

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE
QUEIMADURAS: implicações para a prática da enfermagem**

PAULA KATIÚSCIA VERGUTZ DIEL

RIO GRANDE
2013

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE
QUEIMADURAS: implicações para a prática da enfermagem**

PAULA KATIÚSCIA VERGUTZ DIEL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/ Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientador(a): Prof^aDr^a Giovana Calcagno
Gomes

**RIO GRANDE
2013**

D561c Diel, Paula Katuscia Vergutz

O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente vítimas de queimaduras : implicações para a prática da enfermagem / Paula Katiúscia Vergutz Diel. – 2013.
87 f.

Orientadora: Giovana Calcagno Gomes
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013.

1. Enfermagem. 2. Crianças. 3. Adolescente. 4. Queimaduras. I. Título. II. Gomes, Giovana Calcagno

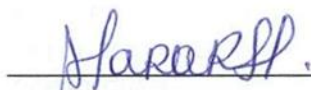
CDU: 616-083.001.17-053.2/6

Catálogo na fonte: Bibliotecária Maria da Conceição Hohmann CRB 10/745

PAULA KATIÚSCIA VERGUTZ DIEL

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE
QUEIMADURAS: implicações para a prática da enfermagem**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de sustentação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovado em 25/03/2013, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



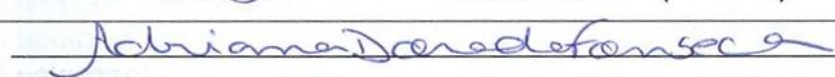
Prof^a Dr^a Mara Regina Santos da Silva

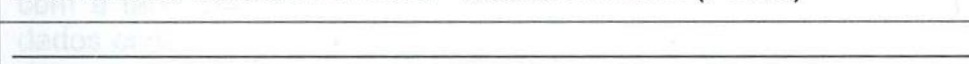
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA


Dra. Giovana Calcagno Gomes – Presidente (FURG)


Dra. Eva Neri Rubim Pedro – Membro Externo (UFRGS)


Dra. Adriana Dora da Fonseca – Membro Interno (FURG)


Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes - Suplente Interno (FURG)

RESUMO

DIEL, Paula Katiuscia Vergutz. O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente vítima de queimaduras: implicações para a prática da enfermagem. 2012; 87p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS

Objetivou-se conhecer as implicações do cuidado à criança e ao adolescente vítimas de queimaduras para a prática da enfermagem. Realizou-se uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Participaram dez profissionais da equipe de enfermagem de um Centro de Referência a Pacientes Queimados do sul do Brasil. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2012 por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. Em relação aos sentimentos frente ao cuidado verificou-se que esses vivenciam ansiedade e tensão frente à dor do paciente, têm a sensação de doação querendo “fazer mais”, tristeza e abalo, sensação de utilidade e de competência ao ver os efeitos do cuidado, impotência por não terem controle sobre a situação vivenciada, revolta e raiva por não compreenderem o porquê este acidente aconteceu e pena dos pacientes e de seus familiares devido o seu sofrimento. Como facilidades para o cuidado referiram a ajuda mútua entre os membros da equipe aliada ao tempo de atuação no setor, o desenvolvimento de um bom relacionamento com a família da criança / adolescente, a sinceridade da criança ao manifestar seus sentimentos, uma identificação e afinidade maior para cuidar crianças e adolescentes e o adolescente ser mais aberto e entender com facilidade a linguagem utilizada no setor. Referiram como dificuldades à falta de preparo e a pouca habilidade para cuidar de crianças/ adolescentes com dor, o desconhecimento acerca do paciente, a falta de habilidades técnicas para realizar procedimentos em crianças/ adolescentes, lidar com o familiar, lidar com a necessidade de manipular o corpo do adolescente, comunicar-se com crianças que não sabem expressar-se, pacientes que não falam o português e adolescentes que possuem linguagem própria, explicar para o paciente a magnitude do trauma sofrido e conversar com esses acerca das sequelas, deformidades e limitações com as quais terão que (con)viver. Quanto às estratégias para se instrumentalizar para o cuidado utilizam a leitura sobre queimaduras e curativos, leituras de materiais de outras áreas da saúde, uso de técnicas de abordagem e interação com pacientes e familiares, a prática diária no setor e a busca de apoio na equipe e na instituição, realizando atividades de educação continuada. Quanto às estratégias utilizadas para cuidar referiram o estabelecimento de vínculo e de uma relação dialógica, o uso de brincadeiras e atividades lúdicas, o fornecimento de apoio, a introdução da família no processo de cuidado, o uso da criatividade, a valorização do aspecto psicológico do paciente, a adaptação do cuidado de acordo com a faixa etária do paciente e o uso da escuta atenta e sensível. A partir dos dados concluiu-se que o cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras é complexo bem como causador de impacto para os profissionais atuantes em Centros de Queimados. Acredita-se que o estudo possibilitará discutir e refletir acerca da prática profissional da enfermagem no Centro de Queimados frente ao cuidado à criança e ao Adolescente vítima de queimaduras.

DESCRITORES: Enfermagem. Adolescente. Criança. Cuidado da criança. Relação profissional-família. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

DIEL, Paula Katiuscia Vergutz. The nursing care to children and adolescents who are victims of burns: implications for nursing practice. 2012, 87p. Dissertation (Masters in Nursing) - Nursing School. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, RS.

Aimed at learning about the implications of child care and adolescent burn victims to nursing practice. We conducted a descriptive, exploratory qualitative approach. A total of ten professional nursing staff of a Reference Center in Burns Patients in Southern Brazil. Data were collected in the second half of 2012 through semi-structured interviews and analyzed using content analysis. Regarding feelings before care was found that those experiencing anxiety and tension regarding pain patient, have a sense of wanting to donate "do more" shock and sadness, feelings of usefulness and competence to see the effects of care, helplessness for not having control over the situation experienced, revulsion and anger for not understanding why this accident happened and sorry for the patients and their families because their suffering. How to care facilities reported mutual aid between team members coupled with the time of operation in the industry, developing a good relationship with the family of the child / adolescent, the sincerity of the child to express their feelings, a greater affinity and identification to care for children and adolescents and adolescents to be more open and easily understand the language used in the industry. Reported difficulties as the lack of preparation and little ability to care for children / adolescents with pain, unaware of the patient, lack of technical skills to perform procedures in children / adolescents, dealing with family, dealing with the need to manipulate the teenager's body, communicating with children who cannot express themselves, patients who do not speak Portuguese and teenagers who have their own language, explain to the patient the magnitude of the trauma suffered and talk about these sequels, deformities and limitations which will have to living. As for strategies to equip to use caution reading about burns and bandages, reading materials other health areas, use of technical approach and interaction with patients and families, daily practice in the sector and to seek support in the team and the institution, conducting continuing education activities. Concerning the strategies used to care mentioned the establishment of a bond and a relationship of dialogue, the use of games and play activities, providing support, the introduction of the family in the care process, the use of creativity, appreciation of the psychological aspect of patient, the adaptation of care according to the patient's age and the use of sensitive and attentive listening. From the data it was concluded that nursing care to children and adolescents victims of burns is complex and adversely impact on professionals working in Burn Centers. It is believed that the study will allow discuss and reflect on the professional practice of nursing in the Burn Center before care to children and teenager burn victim.

KEY WORDS: Nursing. Adolescents. Child. Child care. Family-professional relationship. Nursing staff.

RESUMEN

DIEL, Paula Katiuscia Vergutz. El cuidado de enfermería a niños, niñas y adolescentes que son víctimas de quemaduras: implicaciones para la práctica de enfermería. 2012, 87p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, RS.

Dirigido a aprender acerca de las implicaciones del cuidado de los niños, niñas y adolescentes víctimas de quemaduras a la práctica de enfermería. Hemos llevado a cabo un enfoque descriptivo, cualitativo exploratorio. Un total de diez miembros del personal profesional de enfermería de un Centro de Referencia en pacientes quemados en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados en el segundo semestre de 2012 a través de entrevistas semi-estructuradas y analizados mediante el análisis de contenido. En cuanto a los sentimientos antes de cuidado se encontró que aquellos que experimentan ansiedad y la tensión con respecto a los pacientes el dolor, tener un sentido de querer donar "hacer más" conmoción y tristeza, sentimiento de utilidad y competencia para ver los efectos de la atención, impotencia por no tener control sobre la situación vivida repugnancia y la ira por no entender por qué este accidente que ocurrió y lo siento por los pacientes y sus familias, porque su sufrimiento. Cómo cuidar plantas registraron la ayuda mutua entre los miembros del equipo, junto con el tiempo de operación de la industria, el desarrollo de una buena relación con la familia del niño / adolescente, la sinceridad del niño a expresar sus sentimientos, una mayor afinidad e identificación cuidar a los niños, niñas y adolescentes, niñas y adolescentes a ser más abierto y fácilmente comprender el idioma utilizado en la industria. Dificultades señaladas como la falta de preparación y poca capacidad para cuidar a los niños / adolescentes con dolor, inconsciente del paciente, la falta de capacidad técnica para llevar a cabo los procedimientos en lo s niños / adolescentes, que trata de la familia, que trata de la necesidad de manipular el cuerpo del adolescente, la comunicación con los niños que no pueden expresarse, los pacientes que no hablan portugués y adolescentes que tienen su propio idioma, explicar al paciente la magnitud del trauma sufrido y hablar de estas secuelas, deformidades y limitaciones que tendrá que (con) vivir. En cuanto a las estrategias para dotar a tener cuidado de leer acerca de las quemaduras y vendajes, materiales de lectura otras áreas de la salud, el uso del enfoque técnico y la interacción con los pacientes y las familias, la práctica diaria en el sector y buscar apoyo en el equipo y la institución, la realización de actividades de formación continuada. En cuanto a las estrategias utilizadas para cuidar mencionó el establecimiento de un vínculo y una relación de diálogo, el uso de juegos y actividades lúdicas, el apoyo, la introducción de la familia en el proceso de atención, el uso de la creatividad, la apreciación del aspecto psicológico de la paciente, la adaptación de cuidado de acuerdo con la edad del paciente y el uso de escucha sensible y atento. A partir de los datos se concluyó que la atención de enfermería a niños y adolescentes víctimas de quemaduras es compleja y adversa impacto en los profesionales que trabajan en centros de quemados. Se cree que el estudio permitirá analizar y reflexionar sobre la práctica profesional de enfermería en el Centro de Quemados antes de la atención a los niños y adolescentes víctimas de quemaduras.

DESCRIPTORES: Enfermería. Los adolescentes. Niño. Cuidado de niños. Familia profesional relación. Personal de enfermeira.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVO.....	11
2.1	Objetivo geral.....	11
2.2	Objetivos específico.....	11
3	MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1	Queimaduras em crianças e adolescentes.....	12
3.2	A família frente ao cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimadura.....	19
3.3	O trabalhador da enfermagem frente ao cuidado à criança/adolescente vítima de queimadura e sua família.....	21
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo de estudo.....	26
4.2	Local de realização do estudo.....	26
4.3	Participantes do estudo.....	27
4.4	Método de coleta de dados.....	27
4.5	Métodos de análise dos dados.....	28
4.6	Aspectos éticos.....	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	30
5.1	Caracterização da população participante do estudo.....	30
5.2	Sentimentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem frente ao cuidado a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras.....	30
5.3	Facilidades dos trabalhadores de enfermagem para o cuidado às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras.....	37
5.4	Dificuldades dos trabalhadores de enfermagem para o cuidado às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras.....	41
5.5	A instrumentalização para o cuidado à crianças e adolescentes vítimas de queimaduras.....	50
5.6	Estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem para cuidar de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras.....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70

REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
APÊNDICE B-ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	83
APÊNDICE C-MEMORANDO DE AUTORIZAÇÃO.....	84
ANEXO 1 Parecer do CEPAS/FURG.....	85
ANEXO 2 Parecer do Comitê de Ética da ACSCRG.....	86

1 INTRODUÇÃO

Pouco se conhece acerca do número de pacientes atendidos em Rio Grande/RS/Brasil vítimas de queimaduras. Apenas se sabe através da mídia quando ocorrem grandes incêndios. Casos cotidianos pouco são divulgados. Houve um movimento na cidade para a criação de um Centro de Queimados. Até pouco tempo não havia na cidade nenhum serviço especializado neste tipo de atendimento. Os pacientes eram atendidos pelos profissionais responsáveis pelo plantão, cada um realizando condutas de acordo com seus referenciais. Os pacientes graves eram todos transferidos para a capital do Estado (Porto Alegre).

Há uma carência, no país de dados estatísticos acerca do número de pacientes queimados atendidos cotidianamente nos Serviços de Saúde. Este fato torna difícil traçar um perfil do queimado no Brasil e estipular protocolos efetivos de atendimento (GIMENES et al, 2009).

Queimaduras são, geralmente, causadas por acidentes. Elas ocasionam a necessidade de cuidados especiais por parte do profissional a quem compete prestar assistência de qualidade, para proceder a uma recuperação satisfatória e com o mínimo de sequelas (DAMASCENO; PAGLIUCA; BARROSO, 2009). É requerido um atendimento especializado, com uma equipe multidisciplinar capacitada para o desenvolvimento de ações que promovam a qualidade de saúde e de vida desses indivíduos.

O avanço no atendimento hospitalar tem auxiliado na sobrevivência dos pacientes que sofreram queimaduras pelo calor. Em decorrência disso, tem aumentado às chances das vítimas de queimaduras terem uma boa recuperação (ROSSI et al, 2003). A equipe de enfermagem, em uma Unidade de Tratamento de Queimados, se faz importante no atendimento desses, pois ela é responsável pelo cuidado direto e contínuo desses pacientes. Além disso, queimaduras graves necessitam de cuidados especializados por causa de sua susceptibilidade à infecção e complicações potenciais de lesão inalatória e/ou choque (FORTNER, 2011).

A atuação da enfermagem em seu exercício frente à assistência à criança e ao adolescente vítima de queimadura consiste em atenuar sua dor e sofrimento. Há a necessidade de o profissional compreender o paciente que sofre com dor como um ser integral com características específicas. Ressalta-se ainda a importância de se desenvolverem técnicas de enfrentamento que foquem o profissional e,

consequentemente, auxiliem na participação da equipe no tratamento da criança e do adolescente quanto ao seu tratamento (SILVA; RIBEIRO, 2011).

A realização da assistência a pacientes queimados, em especial às crianças, pode ser causadora de forte implicação aos trabalhadores que atuam neste setor ao que tange a maneira como esses irão enfrentar a dor, o sofrimento, a angústia, o medo de um tratamento longo e que poderá deixar marcas em seus pacientes. Queimaduras causam alterações na imagem desses, impõem-lhes dor, demandam cuidados intensivos e por longo tempo e exigem atendimento por uma equipe preparada para lidar com as situações adversas impostas por esta realidade.

Uma queimadura pode provocar comprometimento emocional no paciente, na sua família, e também na equipe de enfermagem. Uma queimadura, por mais simples que pareça, pode comprometer o paciente fisicamente deixando consequências como cicatrizes pelo corpo. Assim, percebe-se a necessidade de obter uma equipe preparada tanto emocional quanto tecnicamente, para atender a um paciente queimado.

Quando o paciente é uma criança ou adolescente percebe-se que este tipo de agravo é maior, pois nada se compara ao trabalho com crianças e adolescentes queimados, pois se tratam de ferimentos na pele, externos, que atingem o visual, podendo causar dor intensa (TREVISAN, 2005). Os profissionais da saúde podem lidar com a desfiguração da criança ou do adolescente que estava em pleno crescimento, vitalidade e beleza tendo o seu processo de desenvolvimento interrompido.

O trabalho cotidiano da equipe de saúde com crianças e adolescentes exige muito mais do que competência técnica, indo além do uso da razão. É preciso sensibilidade para desenvolvê-lo, pois até o carinho e o abraço são limitados pelo tipo de lesão causada pela queimadura. Nesse cotidiano, os sentimentos de sofrimento e de satisfação dos trabalhadores podem aflorar: o sofrimento com a dor, as deformidades das crianças queimadas, a satisfação em proporcionar o alívio dessa dor e a possibilidade da reconstrução da sua imagem.

A família deve ser inserida no processo de cuidado da criança e do adolescente vítima de queimadura, pois seu tratamento pode ser demorado, envolvendo além da equipe multidisciplinar toda a rede de apoio social dos mesmos. Esta é responsável por dar continuidade ao cuidado oferecido à criança ou ao

adolescente vítima de queimadura após sua alta precisando, para isso, ser instrumentalizada pelos profissionais da equipe de saúde (BRITO et al, 2010).

Acredita-se na importância de uma assistência de enfermagem diferenciada às vítimas de queimaduras. Faz-se importante este estudo porque os pacientes cuidados pela equipe de enfermagem no Centro de Referência a Pacientes Queimados da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG) não são somente adultos, mas também crianças e adolescentes sendo que é imperativo um diferenciar na ação de cuidar. Estas necessitam de mais atenção da enfermagem, tanto na forma de como realizar um procedimento, quanto na abordagem dos aspectos emocionais e físicos.

Há a necessidade de aprofundamento na construção de conhecimento sobre o cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimaduras e seu impacto para o cuidado de enfermagem tanto às vítimas como a seus familiares cuidadores. Tendo em vista que o setor de queimados da ACSCRG é novo e a equipe que atua nele encontra-se em fase de capacitação pergunta-se: **quais as implicações e estratégias utilizadas no cuidado à criança e ao adolescente vítimas de queimaduras para os trabalhadores que atuam no Centro de Queimados da ACSCRG?** Acredita-se que o estudo possibilitará discutir e refletir acerca da prática profissional da enfermagem em Centros de Queimados frente ao cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimaduras.

2 OBJETIVO

A seguir, serão apresentados os objetivos do estudo.

2.1 Objetivo geral

Conhecer as implicações do cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimaduras para a prática da enfermagem

2.2 Objetivo específico

- conhecer os sentimentos gerados nos trabalhadores da equipe de enfermagem frente ao cuidado à criança e adolescente com queimadura;
- conhecer as facilidades e dificuldades dos trabalhadores de enfermagem para o cuidado à criança e ao adolescente com queimaduras;
- conhecer as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem para cuidar e se instrumentalizar para o cuidado a crianças e adolescentes com queimaduras.

3 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir será apresentada uma revisão acerca das queimaduras em crianças e adolescentes, a família frente ao cuidado à criança e ao adolescente vítimas de queimadura e o trabalhador da enfermagem frente ao cuidado à criança e ao adolescente vítimas de queimaduras e sua família.

3.1 Queimaduras em crianças e adolescentes

A pele confere proteção necessária ao organismo e as crianças correm maior risco quanto à gravidade das lesões de queimaduras, pois apresentam pele mais fina que dos adultos devido à constante alteração da imunidade das mesmas (MAZZI; FERREIRA; BITTENCOURT, 2010; SMELTZER; BARE, 2005). Ela é constituída pela epiderme, camada avascularizada, derme, camada interna onde se encontram vasos sanguíneos, glândulas sebáceas e nervos (KOROTKOV, 2012; SILVA; CASTILHOS, 2010).

A pele é o maior órgão do corpo humano. A epiderme é um epitélio escamoso estratificado, um tecido de escala, como em camadas, que serve como proteção contra as agressões externas (lesões, infecções, radiação ultravioleta e perda de água). É constituída por quatro tipos de células queratinócitos (células responsáveis pela formação de proteína queratina formadora da camada externa da pele), células de Langerhans, células responsáveis pelas reações cutâneas do sistema imune e as células de Merkel, Melanócitos (células responsáveis pela pigmentação da pele) responsáveis pela transmissão das mensagens sensoriais que, nas queimaduras têm suas funções alteradas ou suprimidas (BRUNNER; SUDDARTH, 2008; KOROTKOV, 2012).

A pele tem as funções de proteção e transmissão das sensações através das terminações nervosas que permitem ao corpo monitorar as condições do ambiente. Além disso, ela possui receptores para: temperatura, dor, toque suave e pressão. Tem as funções de regular a temperatura corporal, produzir vitamina D através da exposição solar e atuar frente à resposta imune (células de Langerhans) (BRUNNER; SUDDARTH, 2008). É o órgão mais, frequentemente, afetado pela queimadura (BRASIL, 2012).

As queimaduras são lesões causadas pela transferência de energia de uma fonte de calor para o corpo. A destruição do tecido resulta da coagulação, desnaturação da proteína ou ionização do conteúdo da célula. A espessura da lesão depende da temperatura do agente causador de queimadura e da constância do contato com o agente. Elas são classificadas em primeiro, segundo, e terceiro graus, dependendo da gravidade da lesão, apresentando as seguintes características (VALE, 2005; FORTNER, 2011):

QUADRO 1: Características dos diferentes tipos de queimaduras

Primeiro Grau	Causa: queimadura de sol, queimadura por água fervente; Aparência: rosa brilhante, vermelha; Textura: minimamente edematosa; traço esbranquiçado; Superfície: pequenas bolhas; seca; Sensação: dolorosa;
Segundo Grau: superficial de espessura parcial	Causa: a exposição a produtos químicos, chama, líquidos muito quentes; Aparência: brilhante ou manchado vermelha; descoloração da pele possível ao longo do tempo; Textura: pode branquear a tocar; engrossada, mas flexível; Superfície: ampliada com bolhas; Sensação: dolorosa;
Segundo Grau: profunda espessura parcial	Causa: contato direto com a chama; queimaduras químicas; Aparência: vermelha e seca, branco-amarela, manchada, formação de cicatriz considerável; Textura: edema moderado; Superfície: sem formação de bolhas; Sensação: diminuída;

Terceiro Grau:	Causa: chama, eletricidade de alta tensão, gordura quente, alcatrão, cáusticos, químicos concentrados, metal quente. Aparência: branco como cera, marrom ou preto; Textura: couro, grosseiro; Superfície: seca; Sensação: indolor;
Quarto Grau:	Causa: a exposição prolongada ao fogo ou eletricidade de alta tensão; Aparência: preta; se estende através da pele, tecido subcutâneo e músculos subjacentes, tendões, ligamentos e ossos; Textura: carbonizado com escara; Superfície: seca; Sensação: indolor;

Fonte: Vale (2005) e Fortner (2011).

O episódio de queimaduras na superfície corporal procede à perda ou comprometimento da barreira protetora da pele, interferindo no equilíbrio entre a microbiota normal e o tecido saudável (REMPEL; TIZZOT; VASCO, 2011). Portanto, a pele fica exposta a microrganismos nocivos à saúde e que acometem a restauração do tecido epitelial, dificultando sua cicatrização tecidual.

A queimadura, de acordo com a extensão e o grau de profundidade, relaciona-se com dor, incômodo, alterações no organismo, pode causar traumas estéticos e psicológicos tornando importante o seu conhecimento epidemiológico e a criação de programas de prevenção e tratamento das vítimas (SILVA et al, 2010; COELHO; ARAUJO, 2010). Esse conhecimento permite a tomada de decisões estratégicas visando ao aperfeiçoamento da qualidade de atenção (LANETZKI et al, 2012). Queimaduras são vistas como uma tragédia na vida das pessoas acometidas por este tipo de acidente. Quando ocorrem em crianças ou adolescentes os pais podem sentir-se culpados pelo acidente.

A American Burn Association, estima que cerca de 3.000 pessoas morrem a cada ano como resultado de incêndios residenciais, e outros 500 vão morrer de

outras fontes, incluindo queimaduras de veículos e queda de aeronaves e de contato com a eletricidade, produtos químicos ou líquidos quentes e substâncias, nos Estados Unidos. Cerca de 55% dos acidentes com queimaduras geraram um gasto de 45.000 dólares nos Estados Unidos da América (EUA) nos últimos anos, sendo as vítimas atendidas em 125 hospitais com unidades especializadas para pacientes queimados (FORTNER, 2011).

Há predominância de acidentes por queimaduras em indivíduos do sexo masculino. Quanto à idade, há maior concentração de queimados em indivíduos acima dos 16 anos de idade, seguidos pelos de tenra idade (0-5 anos), os quais perfazem 26,81% dos pacientes. Pacientes entre 6-10 anos, com 12,69% dos casos, estando aqueles entre os 11-15 anos entre os menos acometidos [...] (COUTINHO, et al, 2010).

Os principais fatores etiológicos de queimaduras são os líquidos inflamáveis e a água fervente. Percebe-se maior concentração do caso de queimaduras ocasionadas por álcool (domiciliar e automotivo), perfazendo 18,93% dos casos, contra 18,42% das queimaduras ocasionadas por água fervente (COUTINHO et al, 2010; CARTAXO et al, 2011). Verifica-se que as queimaduras por agentes físicos podem ser: térmicas, provenientes de temperatura elevada (mais frequentes); elétricas, por corrente elétrica e raio; radiação, por meio da exposição excessiva ao sol; radioativa, provocada por cobalto (SILVA; CASTILHOS, 2010).

Dessa forma, o domicílio é o local de maior ocorrência das lesões (89%) e os agentes causais corroboram com aqueles encontrados por outros autores (água fervente/quente, café quente, chama direta, óleo quente). Portanto, os acidentes infantis, dentre eles as queimaduras, têm se mostrado como mais um importante problema de saúde pública (CARTAXO et al, 2011). As queimaduras em ambiente domiciliar são, em sua maioria, causadas por chama direta tendo como agente o álcool, atingindo crianças em idade escolar, ou líquidos superaquecidos, atingindo crianças menores de três anos (VENDRUSCULO et al, 2010). Através do conhecimento epidemiológico sobre as queimaduras podem-se criar programas de prevenção e tratamento (SILVA et al, 2010).

O Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta que diariamente, 260 crianças morrem vítimas de queimaduras no mundo. Os acidentes causados pelo contato com chamas ou líquidos quentes podem resultar em longos

períodos de recuperação (BRASIL, 2010). Além disso, gênero, idade da criança, agente térmico que provocou o acidente e local onde este ocorreu, são fatores de risco que mais têm contribuído para a incidência, predominância e complicações das queimaduras pediátricas (SILVA; SANTOS, 2011). Já no Brasil,

as queimaduras representam um agravamento significativo à saúde pública. Algumas pesquisas apontam que, entre os casos de queimaduras notificados no País, a maior parte ocorre nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve a participação de crianças. Entre as queimaduras mais comuns, tendo as crianças como vítimas, estão as decorrentes de escaldamentos (manipulação de líquidos quentes, como água fervente, pela curiosidade característica da idade) e as que ocorrem em casos de violência doméstica (BRASIL, 2012; p.3).

A residência da criança e do adolescente geralmente são espaços propícios para gerar um acidente por queimadura devido ao uso de aparelhos eletrodomésticos, líquidos inflamáveis, fogão a gás, a lenha que muitas vezes são as causas dos acidentes e que podem ser evitáveis. Assim, os agentes causais no contexto doméstico são os líquidos quentes e líquidos inflamáveis que correspondem a 56,71% e 21,95%. Causam queimaduras extensas e graves e, a maioria, poderia ser evitada (OLIVEIRA, FERREIRA, CARMONA, 2009).

As crianças são as vítimas mais comuns das queimaduras, sendo estas a segunda causa de morte acidental na infância (VIANA et al, 2009). Com relação às crianças, as queimaduras consistem em um dos tipos de trauma mais graves e é uma das principais causas de morte não intencionais. O impacto deste tipo de acidente é consequência da lesão física e suas complicações. Além disso, o tratamento do paciente queimado é altamente especializado, prolongado e de alto custo, estando também associado a grandes perdas sociais, estéticas e econômicas (BATISTA, RODRIGUES, VASCONCELOS, 2011).

Por sua fragilidade, a criança acaba sendo a mais atingida com esse tipo de acidente. O acidente ocorre na ausência de um responsável, ou no momento em que este se ausenta por algum instante. Essa situação é mais comum quando a mãe ou o responsável realiza atividades que envolvem riscos para acidente por queimaduras na presença de crianças.

Desse modo, não é permitido que as crianças realizem atividades que envolvam risco para tal como, por exemplo, brincar utilizando álcool ou cozinhar, ferver água ou outros líquidos na presença de crianças que brincam ao seu redor. Além disso, há a despreocupação com a organização das panelas sobre o fogão no

momento do preparo dos alimentos, mantendo os cabos virados para fora, ao alcance das crianças (VENDRUSCULO et al, 2010).

Frente à queimadura na criança/adolescente são comuns as reinternações hospitalares, geradoras de estresse e desencadeadoras de mudanças psicossociais para o binômio criança e família (LEITE et al, 2012). A implicação dessas vivências poderá trazer repercussões psicológicas para a vida adulta da criança.

Quanto ao corpo significado pela queimadura, este passa a ser caracterizado por cicatrizes externas que vão remeter-lhe ao acidente durante toda a sua vida; bem como em relação à aceitação de seu novo corpo constituído após um trauma desta magnitude. Dessa forma, queimaduras causam graves distúrbios da imagem corporal devido às consequências do trauma no corpo. Consoante à profundidade e extensão da mesma, pode provocar alterações mais reparáveis até mesmo irreparáveis na identidade da criança e do adolescente (PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2010). Queimaduras graves não podem ser vistas como lesões cutâneas, mas como um trauma sistêmico produzindo grande desequilíbrio hidroeletrólítico e hemodinâmico (DIAS et al, 2008).

A cronicidade de um quadro ou a irreversibilidade de um estado, por si só, já mobiliza fantasias de impotência frente às sequelas da queimadura, podendo baixar a auto-estima da criança (BERARDINELLI et al, 2010). Ser portador de sequelas afeta, também a autoimagem dessas crianças e adolescentes e, com o passar do tempo, pode ser motivo de vergonha e desconforto (SOUSA et al, 2012). Os pacientes que sofreram de queimaduras graves precisam lidar com as sequelas físicas e psicossociais que geram grande sofrimento a ser superado (VALE, 2005; CARLUCCI et al, 2007). Queimaduras podem causar diversas limitações ao viver desses pacientes, sendo submetidos a tratamentos, procedimentos dolorosos, hospitalizações e exames constantes impedindo de ter uma vida normal.

O processo de amadurecimento físico, emocional e sexual, por si só, é permeado de dúvidas, embaraço, insegurança, e portadores de sequelas de queimaduras podem ficar expostos fisicamente. No caso de uma internação hospitalar, alguns procedimentos como curativos, sondagens e punções são invasivos e em algumas situações os pacientes são expostos fisicamente, podendo gerar sofrimento, afetando seu mundo íntimo e subjetivo (SANTOS, 2012).

Diante do agravo de uma queimadura e considerando-se a especificidade do tratamento para o público infantil, a maior parte das queimaduras ocasiona a necessidade de hospitalização e para a criança e o adolescente constitui uma experiência que, geralmente, exige adequação ao ambiente hospitalar e a sua rotina além de afastamento da família que é o seu ambiente de aconchego e segurança.

A estigmatização, também poderá estar presente no seu viver, pois dependendo do grau as sequelas fazem dele um ser diferente, sujeito ao estigma social, podendo causar sofrimento tanto para o paciente como para o cuidador familiar, o que favorece seu isolamento social. Na escola/creche é comum essas crianças/adolescentes serem discriminadas, excluídas e estigmatizadas, afetando sua socialização. As mesmas são consideradas como desiguais, precisando, frequentemente, dar explicações acerca de suas faltas à escola, dos seus sintomas, da necessidade do uso de medicações e de suas limitações (ZANINI, 2009).

Para isso, torna-se imprescindível a ação da equipe de enfermagem, pois seu auxílio profissional à criança/adolescente e à família poderão auxiliá-las no que concerne às maneiras e aos mecanismos de enfrentamento capazes de auxiliá-las a sobreviver a este trauma. A equipe que atua em Centro de Tratamento a Pacientes Queimados deve estar preparada para identificar situações que podem ser estressantes para o paciente, em especial à criança e ao adolescente, durante o período de internação também após a alta hospitalar. Tendo em vista a sua recuperação fisiológica, auxiliando-a na significação e representação do corpo lesionado que, possivelmente, apresentará deformidades para toda a vida.

A criança e o adolescente vítimas de traumas por queimaduras necessitam de uma rede de apoio social, pois a escola, os amigos e a convivência na sociedade são essenciais para uma reestruturação no que tange ao seu aspecto emocional e sua reinserção no meio social. O apoio das pessoas da escola e do grupo de amigos exerce valor primordial quanto ao enfrentamento da criança/adolescente frente às sequelas deixadas pelo trauma ocorrido por queimadura.

Há a necessidade da implementação de programas de prevenção de queimaduras direcionados a pessoas com baixo nível de instrução, enfocando principalmente o ambiente doméstico. Além disso, o ensino em escolas dirigido também às crianças pode contribuir para a prevenção de acidentes, já que as

crianças são bastante sensíveis e abertas a novas informações (VENDRUSCULO et al, 2010).

3.2 A família frente ao cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimadura

A família vem sofrendo mudanças ao longo de sua história tanto em relação à sua composição, quanto aos papéis desempenhados por cada um de seus membros (MARTINS et al, 2012). Ela exerce um papel essencial na construção da personalidade da criança e do adolescente. Sendo assim, é a responsável pela educação desenvolvida em seu lar e pela inserção desses como seres sociais. Frente ao adoecimento de um de seus membros, a presença da família se faz essencial, principalmente quando acontecem agravos com o público infantil e adolescente.

Tendo em vista as alterações causadas no processo de viver da criança/adolescente vítimas de queimaduras faz-se necessário o aumento da responsabilidade por parte do familiar com o seu cuidado, pois esses tornam-se mais vulneráveis e dependentes. À família é quem lhes possibilita um ambiente seguro, permitindo que, apesar do acidente sofrido tenham uma boa qualidade de vida (SANTOS et al, 2011).

Cuidar um indivíduo doente envolve o acolhimento pela família. Quando uma criança/adolescente é vitimada por uma queimadura pode gerar na família um sentimento de culpa por não ter conseguido protegê-la. Este fato interfere no cuidado a ser prestado por essa à vítima, pois tanto quando o paciente pode estar traumatizada e necessitando de auxílio para o enfrentamento da situação. Dessa forma, “aspectos traumáticos incluem não apenas o evento de lesão, mas também o difícil período de tratamento e hospitalização, envolvendo experiências dolorosas e assustadoras” (GRAF; SCHIESTL; LANDOLT, 2011; p. 924).

Assim, além da situação ser trágica é difícil a aceitação familiar do ocorrido, surgindo, ao mesmo tempo, questionamentos relacionados à terapêutica e ao ambiente hospitalar que geralmente é hostil às pessoas não atuantes na área da saúde. Os trabalhadores de enfermagem têm além da missão de cuidar dos indivíduos adoecidos se inter-relacionar e cuidar da família.

Essa deve ser orientada a como agir durante os procedimentos realizados no setor de queimados, bem como, acerca das rotinas como horários de visitas, alimentos permitidos ou não, entre outros fatores pertinentes ao recinto hospitalar. Portanto, há a necessidade de se construir com cada família uma relação de cuidado que leve em conta sua subjetividade. Ao explorar o autoconhecimento e percepção do enfermeiro, acerca do cuidado às famílias, encontraremos subsídios à aproximação de cuidados relacionais (NUNES; SILVA, 2011).

O familiar cuidador, ao se defrontar com o filho no Centro de Queimados ou em outra instituição de atendimento ao queimado, encontra-se em um local estranho, com indivíduos desconhecidos, sofre com as dores extremas causadas pela queimadura, com a fragilidade da criança/adolescente e com a perda permanente do tecido corporal de seu filho (MAZZI; FERREIRA; BITTENCOURT, 2010). Nessa situação, fazem-se necessárias a interação e a integração dos profissionais da saúde com a criança/adolescente e a família para que o sucesso da reabilitação seja obtido.

É relevante o papel do familiar cuidador para o ajustamento da criança/adolescente ao trauma da lesão, sua consequente hospitalização, e posterior fase de recuperação. Assim, é essencial abordar as necessidades e as preocupações, as vivências e os comportamentos dos membros da família particularmente significativos para a criança, como a mãe e o pai, fornecendo-lhes apoio e orientações sobre as formas adequadas de participar do cuidado à criança, a fim de atender suas necessidades biopsicossociais (VARELA et al, 2009). Os pais exercem um papel crucial no desenvolvimento deste processo, na medida em que o suporte familiar e o modo como estes aceitam a circunstância em que a criança se encontra e seu cuidado servirá de alicerce para a fase posterior ao acidente (SILVA; SANTOS, 2011).

Urge a necessidade dos pais acompanharem o processo de hospitalização sofrido pela criança/adolescente vítima de queimaduras. A participação dos familiares durante a sua permanência no ambiente hospitalar pode promover o desenvolvimento de um ambiente protetor, facilitando a incorporação e o enfrentamento da doença ou trauma, reduzindo a tensão e os riscos de crise e proporcionando melhor qualidade de vida (ROSSI et al 2003; CARLUCCI et al, 2007).

Neste contexto, mesmo dividindo as responsabilidades com o pai ou outro membro da família, a mãe continua a ser a maior referência pelo cuidado dos filhos e, conseqüentemente, pelo acompanhamento do seu tratamento de saúde. O cuidado direto à criança/adolescente é compartilhado entre os profissionais da equipe e a família, pois sua convivência mais próxima com a vítima, seu conhecimento e visão aguçada em relação aos aspectos clínicos e emocionais dos filhos auxilia a equipe neste momento (MARTINS et al, 2012).

3.3 O trabalhador da enfermagem frente ao cuidado à criança/adolescente vítimas de queimaduras e sua família

O cuidado prestado pela enfermagem às vítimas de queimaduras deve ser diferenciado, observando as respostas fisiopatológicas características da infância e da adolescência e à relevância do julgamento clínico por parte do enfermeiro identificando as reais necessidades da criança e do adolescente, apoiando-se no processo de enfermagem para desenvolver ações individualizadas e de qualidade, garantindo a integralidade e continuidade da assistência (BATISTA, RODRIGUES, VASCONCELOS, 2011).

A atuação da enfermagem em uma Unidade de Tratamento de Queimados é semelhante ao trabalho desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo ora ser visto como um trabalho prazeroso frente à possibilidade de aprender ora como um trabalho causador de grande desgaste físico, mental e emocional (COELHO; ARAUJO, 2010). A ansiedade que o trabalho pode causar no trabalhador de enfermagem devido ao seu grau de complexidade em um hospital, em especial nas unidades mais complexas, pode levar a alterações físicas e emocionais afetando sua saúde.

Esses problemas tomam dimensões maiores e atingem a vida particular do trabalhador, pois os transtornos psíquicos são os mais difíceis de serem diagnosticados e seus portadores podem sofrer frente aos demais colegas, perder seu emprego ou ser transferido de determinado setor que goste de atuar para outro. A equipe de enfermagem em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) se faz importante no atendimento destes pacientes, tendo em vista que ela é responsável pelo cuidado direto e contínuo deste.

Muitos profissionais lidam com a falta tanto de recursos humanos como de materiais e equipamentos de qualidade em seus setores de Trabalho. O trabalho tende a perder sua relevância na construção da identidade, levando a um processo de descomprometimento, que põe em risco a qualidade da assistência prestada (SANCHES, 2010).

O sofrimento psíquico que o trabalhador é submetido como a frustração, a hierarquia e seu controle no trabalho podem provocar nesse uma agressividade reativa, assim como angústia e medo. Ao compreender a importância dos efeitos negativos do trabalho, possivelmente gerados pela discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, permite-se auxiliar o profissional na missão de tornar mais humano os contextos de produção de bens e serviços, e estimula a análise coletiva acerca das situações vivenciadas nesse cotidiano (CAMPOS; DAVID, 2011). Assim, em um CTQ, a organização do trabalho pela adequação das rotinas, as escalas, as folgas mais bem distribuídas e em consonância com a liberdade de escolha do profissional. São meios facilitadores para que o trabalhador participe da construção do processo e da organização do trabalho no qual ele está inserido.

No CTQ os profissionais da equipe de enfermagem têm de saber lidar com situações envolvendo as dores físicas, e principalmente, psicológicas das vítimas de queimaduras e também de seus familiares, pois estas também podem sofrer abalo emocional, principalmente, com um filho vítima desse tipo de acidente. No Brasil, ainda existem poucos CTQs especializados, tendo em vista que o atendimento primeiramente é realizado pela Unidade de Emergência (BALAN; OLIVEIRA; TRASSI, 2009). Esse atendimento é complexo, pois envolve uma equipe capacitada a fim de prevenir ou diminuir as complicações como, por exemplo, as infecções que podem evoluir com septicemia, repercussões sistêmicas, complicações renais, adrenais, cardiovasculares, pulmonares, musculoesqueléticas, hematológicas e gastrointestinais, entre outras (VALE, 2005).

É necessário um CTQ com uma equipe capacitada e treinada, a fim de diminuir as consequências causadas por uma queimadura. Neste setor, a terapêutica utilizada dependerá da magnitude do trauma da queimadura impondo um processo de hospitalização sobre a vítima e a família (BRITO et al, 2010; ROSSI et al 2003, CARLUCCI et al 2007).

A situação dolorosa vivenciada pela criança/ adolescente hospitalizados,

principalmente as vítimas de queimaduras, é traumatizante, gerando sofrimento para os familiares que com ela convivem, pois a família fica insegura em não saber como agir frente a essa situação. Desse modo, os profissionais de enfermagem, devem estar preparados para suportar diariamente as situações geradoras de estresse, já que é a principal cuidadora nas 24 horas do dia (DIAS et al, 2008).

A equipe que atua em Unidades de Queimados deve estar preparada para identificar situações que podem ser estressantes para o paciente, não somente durante o período de internação, mas também após a alta hospitalar. Esta é considerada outra etapa a ser vencida pela criança/adolescente e sua família. Assim, considera-se importante a realização de estudos que busquem avaliar o preparo da equipe, que atua em unidades de queimados, para assistir aos pacientes e famílias, enfocando não somente a queimadura do ponto de vista biológico, mas também a experiência de viver essa situação na perspectiva das pessoas envolvidas: pacientes e familiares (CARLUCCI et al, 2007).

A equipe de enfermagem por estar diariamente próxima das crianças e adolescentes e, conseqüentemente, de suas famílias durante o período da internação consegue captar as alterações enfrentadas por esses indivíduos (BRITO et al, 2010). Assim, ela percebe o sofrimento, a angústia da família e também da criança que sofreu o trauma tendo em vista os tratamentos que a criança e o adolescente necessitam para a sua completa reabilitação.

Há que se exaltar a importância dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e a família que foram acometidos por queimaduras principalmente às crianças/adolescentes que necessitam de cuidados especiais e supervisão, pois constituem grupos vulneráveis (VENDRUSCULO et al, 2010). Para isso há a necessidade dos trabalhadores da equipe de enfermagem construir e aprimorar conhecimentos e habilidades distintas para que a ação de cuidar se estabeleça tanto com o paciente infantil e juvenil quanto aos membros do núcleo familiar.

Os profissionais de enfermagem precisam estabelecer vínculos afetivos com a família das crianças/adolescentes vítimas de queimaduras visualizando a construção de um cuidado holístico e integral. Precisam esforçar-se para conhecerem seus pacientes e famílias criando um ambiente hospitalar de reciprocidade e compartilhamento. Assim, o trinômio trabalhador de enfermagem – criança/adolescente e família podem e devem interagir de forma saudável de forma

que esses possam compreender que as ações dos profissionais objetivam a cura terapêutica às vítimas. Para isso,

Essa interação precisa ser efetiva, resgatando o cuidado que visa a preencher a lacuna da necessidade humana ampliada, considerando não somente os momentos de doença, mas o ser em sua totalidade, sua história, origem, identidade, inserção, ambientação. Assistir requer o interesse pela complexidade que abrange sujeito-família-sociedade, seguido de acolhimento e empreendimento de estratégias capazes de melhorar sua realidade (NUNES; SILVA, 2011; p.457).

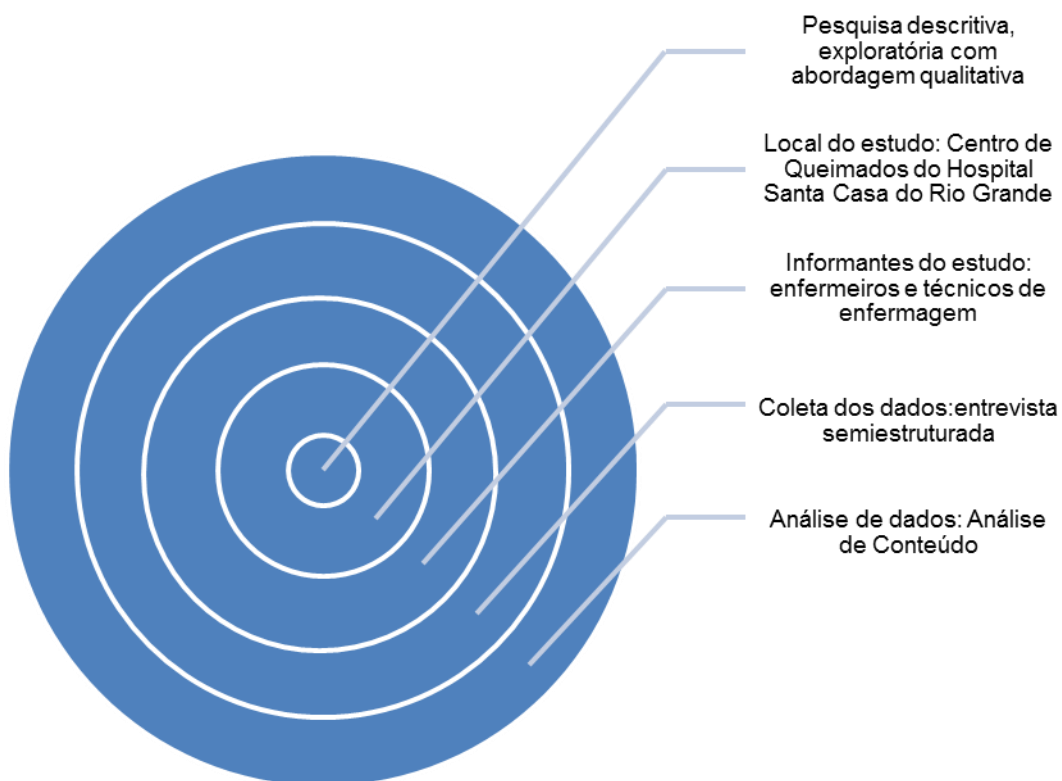
Com isso, os profissionais de enfermagem conseguem tornar evidente a importância da presença da família junto ao paciente, pois seu cuidado se faz essencial para o processo terapêutico da criança e do adolescente. Além disso, auxilia a família a enfrentar a difícil situação de ver um de seus membros afetado por uma queimadura e as consequências desse acidente como, por exemplo, a dor intensa dos procedimentos, tanto de curativos quanto de enxertia assim como posteriormente as cicatrizes deixadas pelo evento.

Cuidar de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras e seus familiares cuidadores é um fenômeno complexo, exigindo dos profissionais da enfermagem preparo para o enfrentamento cotidiano.

4. METODOLOGIA

A trajetória metodológica tem como finalidade projetar as etapas utilizadas para explicitar de forma visual o propósito da pesquisa. Esta trajetória está disposta em forma de círculos, a iniciar-se do menor centro para o maior centro de forma decrescente, ou seja, do menor para o maior. Esta intenção é proposital devido à amplitude e importância das disposições gráficas em evidenciar as fases da pesquisa. Disponho através de organograma, o percurso metodológico para efetivação dessa pesquisa.

Organograma do percurso metodológico para análise dos dados.



4.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa de particular relevância para o estudo das relações sociais devido “ [...] a mudança social acelerada e a conseqüente diversificação das esferas da vida fazem com que, cada vez mais, os pesquisadores sociais enfrentem novos contextos e perspectivas sociais” (FLICK, 2009; p.21).

Buscou-se avaliar diferentes perspectivas e reflexões calcados em uma fundamentação teórica, e na variedade de abordagens e de métodos de pesquisa, estudar o conhecimento e as práticas dos participantes do estudo, analisar as interações que permeiam a questão de pesquisa e também as formas de lidar em um dado campo específico. Considerou-se que os depoimentos de cada trabalhador são investidos de subjetividade, impressões, sentimentos e observações a serem considerados por um pesquisador qualitativo (FLICK, 2009).

4.2 Local de realização do estudo

Foi desenvolvido em um Centro de Referência a Pacientes Queimados de um hospital do sul do Brasil. Trata-se de um hospital geral que possui como serviços de internação Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Maternidade, Centro de Referência a Pacientes Queimados, e U.T.I. Adulto. Atende ainda a pacientes nos setores de Emergência, Centro Cirúrgico, Ambulatório e Serviços de Ressonância Magnética, tomografia, endoscopia digestiva. Possui aproximadamente 281 leitos instalados e planejados.

Adota uma política de investimento na melhoria da qualidade dos serviços prestados, solidificando sua condição de hospital regional, assumindo, como finalidade, além da assistência à comunidade, o desenvolvimento do ensino e da pesquisa. Atende a um expressivo número de clientes da cidade do Rio Grande, das regiões vizinhas, tais como São José do Norte, Tavares, Mostardas, Santa Vitória do Palmar, entre outras. O hospital é referência para cardiologia, neurocirurgia, traumatologia, psiquiatria, cirurgia vascular e nefrologia.

O Centro de Referência a Pacientes Queimados teve suas atividades iniciadas em julho de 2010. Está situado no andar térreo, possuindo quatro

enfermarias, sendo duas com um leito individual e duas com três leitos, totalizando oito leitos. Atende pacientes adultos e pediátricos. Faz parte da estrutura física: sala cirúrgica com lavatório cirúrgico, sala de recuperação com dois leitos providos de suporte ventilatório, carro de urgência e desfibrilador cardíaco; sala de fisioterapia, sala de curativos, sala de utilidades, expurgo, copa, vestiários dividido em masculino e feminino com banheiro, depósito de materiais e soluções e posto de enfermagem. A equipe de enfermagem atuante no setor é composta por seis enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem, perfazendo 16 trabalhadores. Todos foram convidados a participar do estudo.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram dez trabalhadores da equipe de enfermagem que atenderem ao critério de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem atuantes no Centro de Queimados e ter tido experiência de pelo menos seis meses no cuidado à crianças/adolescentes vítima de queimadura e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão utilizou-se estar de férias ou de licença saúde no período da coleta dos dados ou atuar no setor há menos de seis meses.

Após explicação acerca dos objetivos e de metodologias do estudo, os profissionais que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (APÊNDICE A).

4.4 Método de coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante (APÊNDICE B). O ato de:

entrevistar é um processo que consiste em dirigir a conversação de forma a colher informações relevantes. É descrever detalhes de modo mais objetivo possível, evitando interpretações e inferências, e pondo de lado os próprios preconceitos. (ANGROSINO, 2009; p.61).

Após seu aceite em participar do estudo foi marcado dia e hora para a coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas na sala de prescrições por garantir

conforto e privacidade. Para garantir a fidedignidade das falas, as informações foram gravadas em CD mediante a autorização dos participantes e, logo após foram transcritas, iniciando-se, de imediato, o processo de análise dos dados. Utilizou-se para a gravação um mp4.

4.5 Métodos de análise dos dados

Os dados foram analisados pela técnica de Análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma análise dos “significados”, pois este método enriquece a tentativa exploratória, e aumenta a propensão para a descoberta sendo um método empírico (BARDIN, 2011). Esta análise proporciona ao pesquisador trabalhar com as semelhanças e as diferenças traçando características afins entre o conteúdo coletado pelo pesquisador. Por fim, permite que seja trabalhado o conteúdo de uma forma densa e exaustiva.

Deste modo,

a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta recorre a indicadores. [...] essas inferências podem responder a dois tipos de problemas o que levou a determinado enunciado? Quais as conseqüências que determinado enunciado vai provavelmente provocar? (BARDIN, 2011; p.45).

Análise descritiva funciona:

segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] tratar-se-ia de um tratamento da informação contida nas mensagens. É conveniente precisar de imediato que em muitos casos a análise, como já foi referido, não se limita ao conteúdo, embora tome em consideração o “continente” (BARDIN, 2011; p. 41).

Através desta análise podem-se descrever os aspectos ao que tange o ambiente e as impressões que nele foram percebidas. A isto, é constituído o *tratamento descritivo* caracterizando a primeira fase do procedimento. Por fim, é visto como uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo muito aproximativas, subjetivas, para pôr em evidência com objetividade a natureza e as forças relativas aos estímulos a que o sujeito é submetido (BARDIN, 2011).

Portanto,

se a descrição (a enumeração das características do texto) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a ultima fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma a outra (BARDIN, 2011; p. 45).

A técnica de Análise de Conteúdo foi operacionalizada através de três etapas: a pré-análise na qual se realizou a leitura flutuante dos dados, a escolha dos depoimentos a serem utilizados e a preparação do material; a exploração do material na qual se categorizaram os dados e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação na qual os dados foram discutidos a partir de autores estudiosos da temática (BARDIN, 2007).

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande e ao Comitê de Ética do Hospital da ACSCRG. Obteve pareceres favoráveis sob números 58/2012 e 018/2012. A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução N° 196/96 que rege sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi solicitada a autorização à Direção do Hospital, responsável técnico médico do setor e Chefia do Serviço de Enfermagem pedindo sua permissão para a implementação deste estudo (APÊNDICE C). O Termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante do estudo.

Frente à preocupação com o aspecto ético de assegurar o anonimato dos informantes do estudo e, por evidenciar e temer que alguns trabalhadores pudessem ser identificados no decorrer de suas falas, estes forem identificados pela letra T seguida do número da entrevista (T₁, T₂... T₇... T₁₃).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir será apresentada a caracterização da população participante do estudo e as cinco categorias geradas a partir da análise dos dados: Sentimentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem frente ao cuidado a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras; Facilidades dos trabalhadores de enfermagem para o cuidado às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras; Dificuldades dos trabalhadores de enfermagem para o cuidado às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras; A instrumentalização para o cuidado a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras e as Estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem para cuidar crianças e adolescentes vítimas de queimaduras.

5.1 Caracterização da população participante do estudo

Participaram do estudo dez profissionais atuantes no Centro de Queimados, sendo três enfermeiros e sete técnicos de enfermagem. Suas idades variaram entre vinte e dois (22) e quarenta e oito anos (48), nove eram mulheres e um era homem.

O tempo de atuação dos profissionais variou entre seis meses (6) e doze anos e meio (12,5), mas suas atuações no setor variaram entre seis meses e dois anos e meio. Sete não possuíam filhos. Três não possuíam experiência profissional anterior e sete já haviam trabalhado anteriormente em Clínica Psiquiátrica, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI Geral, Serviço de Pronto Atendimento, Pensionato de Idosos e Centro Cirúrgico como instrumentadores cirúrgicos.

5.2 Sentimentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem frente ao cuidado a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras

Frente ao cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimaduras os profissionais da equipe de enfermagem referiram apresentar diversos sentimentos contraditórios como sensação de competência, sensação de utilidade, ansiedade, tensão, tristeza, abalo, revolta, raiva, pena, impotência, entre outros.

Verificou-se que existe um sentimento de utilidade, de se fazer útil a alguém que esta sob seus cuidados e que de certa forma depende disso para sua

recuperação. Esse sentimento surge ao longo do processo de cuidado com a interação com os pacientes. Referiram que a partir da criação de um vínculo com cada paciente surge a possibilidade de combinar com esse como gostariam que realizassem os procedimentos. Isso se dá a partir da intimidade construída para que ele consiga atingir o foco do seu trabalho de forma menos traumática possível.

E ai eles aqui estão dependendo daquilo que a gente faz. O nosso cuidado repercute na cura futura deles. Nem sempre a melhora e a cura são breves, somente em alguns casos. Eu me sinto bastante útil nesse sentido porque tu consegues tirar mais informações, saber mais da vida deles pra conseguir se aproximar mais deles. E dessa parte que às vezes, até a gente conseguir chegar no paciente demora um pouco, não adianta (T3).

Sentimento de utilidade. De conseguir descobrir o que ele está pensando, como ele quer que eu faça, por onde ele quer que eu vá, para atingir aquele objetivo que é o de promover a recuperação dele causando o mínimo de desconforto e dor (T6).

Em muitos momentos a gente se sente impotente. Dá tristeza de ver eles deste jeito. Então, eu me sinto útil quando vejo que eu fiz ele se sentir bem (T5).

A vontade de ajudar e de ser útil decorre, em alguns casos, da tristeza e da impotência emocional diante daquele paciente tão frágil. Na prática diária, os profissionais de enfermagem objetivam desenvolver ações que melhorem a qualidade de vida do indivíduo enquanto este se encontra hospitalizado (OLIVEIRA; FIRMES, 2012).

Os profissionais se colocam no lugar dos pais e das crianças e adolescentes e sentem carinho por esses e que, após um período de adaptação, criação de vínculo e conhecimento dos pacientes, os profissionais passam a tratá-los como se eles fossem membros de sua família, especialmente seus filhos, havendo uma relação de proximidade entre o relacionamento profissional – paciente e o relacionamento profissional – parental. Cuidam como gostariam que seus filhos fossem cuidados em caso de necessidade.

Outro sentimento desencadeado ao cuidar desse paciente foi o de competência. Frente à necessidade de cuidar de um paciente portador de queimaduras, mesmo apresentando dificuldade de lidar com os seus sentimentos, não deixam de realizar as suas atividades de trabalho. Referiram que a competência deve prevalecer, a compaixão deve superar o sentimento na hora de prestar cuidados diretos aos pacientes.

A princípio, eu achava que não tinha muitos pacientes queimados. Mas ai quando eu cheguei e vi que a unidade estava cheia eu achei muito

estranho. Quando é uma criança choca ainda mais porque geralmente é por acidente e teria como ter sido evitado. Então, é complicado. É difícil lidar com nossos sentimentos. Mas agarrar-se no nosso trabalho me faz reagir. Ver a criança melhorando dia a dia me dá uma sensação incrível de poder e de competência (T8).

Ah lidar com os meus sentimentos. E os meus sentimentos interferem na prática. Isso interfere também porque muda a forma do cuidado. Eu procuro ser no máximo competente. Uso várias estratégias, converso, brinco. Compete a nós profissionais fazer com que se sintam melhor. Compete a nós ajudar a dar a volta por cima (T7).

Eu não tenho filho então pra mim, é uma coisa menos sofrida. Se o cuidado é necessário e tem que ser feito eu faço com a maior competência. Claro, mexe com o meu sentimental. Mas a razão vem antes do sentimento para mim (T10).

A queimadura apresenta-se como um fator gerador de crise, tornando-se um problema que não é apenas físico ou fisiológico, mas também relacional (PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2010). Assim, pode surgir o sentimento de estranheza, de compaixão, de apatia. A função da enfermagem exige muito do profissional, pois lidar com a dor, o sofrimento, os quais, associados à proximidade emocional com os pacientes produzem conflitos que afetam os profissionais (OLIVEIRA; FIRMES, 2012). Esses, ao cuidarem das crianças e adolescentes experimentam sentimentos contraditórios entre realizar procedimentos dolorosos ou não, tendo que superá-los para cuidar.

A internação hospitalar de uma criança ou de um adolescente no Centro de Tratamento a Pacientes Queimados é um fator gerador de ansiedade e tensão nos profissionais, pois eles compreendem sua necessidade de cuidados e sentem-se na obrigação de “cuidar mais”, de doar-se para que o cuidado seja efetivo. Por colocarem-se no lugar dos pacientes e familiares entendem o trauma por queimadura como complexo e doloroso, tanto físico como psicologicamente. Referiram, por isso, que em muitas situações sentem a dor do paciente como sua.

Quando interna uma criança é diferente. A tensão parece que é maior porque a gente fica ansiosa. Não tem como não sentir dó ou como não se achar no dever de fazer um pouquinho mais. Então, é uma vontade da equipe de se doar mais. A gente se doa mais quando tem uma criança. Quer muito amenizar a sua dor, quer que o cuidado seja efetivo e produza resultados imediatos (T6).

[...] o cuidado que eu tenho que ter é redobrado. É bem mais complicado porque você pensa que ninguém tem que sentir essa dor, porque tudo é doído e eu sempre me coloco no lugar de todas as pessoas que entram aqui (Centro de Queimados) (T7).

Então, dá uma certa ansiedade, pressão e tensão também. Eu sei que lidar como o sofrimento de qualquer pessoa é difícil. A gente sente, a gente acaba sofrendo junto. A pessoa te olha com aquela cara que diz para você sair porque está doendo muito. A gente fica apreensiva quando o curativo não evolui. E aí tu ficas naquela expectativa de melhora. E quando a criança ou o adolescente vai para o bloco, a gente fica numa tensão, num nervosismo até a chegada dele do bloco de volta. E isso gera a expectativa também, de ele melhorar e ter uma boa recuperação (T9).

Mas lidar é difícil. Tem que ter uma cabeça muito boa e me dói, (fez cara de dor) ver uma criança assim queimada. Eu me coloco no lugar dela, da família. Eu chego a sentir a dor dela (T2).

A dor de um paciente principalmente, criança e adolescente, exige dos profissionais um cuidado redobrado por compreenderem sua fragilidade e sofrimento. Sabem que essa dor é difícil de ser mensurada, mas é vivida intensamente pelos profissionais durante a realização de procedimentos no paciente. Talvez, por esse motivo, esses sintam a necessidade de se doar além do que já o fazem no intuito de amenizar a dor. A avaliação do profissional de enfermagem em relação à dor do paciente é permeada de sensibilidade, pois ele não deseja que o outro sofra (KANAI; FIDELIS, 2010).

Nesse contexto, os profissionais vivenciam o desafio de cuidar, significando enfrentamento da dor do cliente e de suas próprias limitações frente à esta, podendo demonstrar tristeza, ansiedade, sentimentos confusos, irritabilidade, tensão, estresse, desconforto físico e psicológico (COELHO; ARAUJO, 2010; LEITE et al, 2012). Parece viverem em constante expectativa na recuperação dos pacientes porque esses são levados ao centro cirúrgico para procedimentos, como por exemplo, de enxertia, referem medo do ato cirúrgico e do desconhecido, sendo o bloco um local estranho às crianças e aos adolescentes justamente por ser um espaço pouco conhecido e que transmite às pessoas uma sensação de perda e de incerteza do sucesso do procedimento. Assim, os profissionais de enfermagem ficam bastante mobilizados emocionalmente diante dos pacientes, visto que o cuidado ao paciente queimado traz em si o estigma do sofrimento, da dor e da morte (OLIVEIRA; FIRMES, 2012).

Os sentimentos de tristeza e abalo aparecem nas falas dos entrevistados. Os profissionais entendem o cuidado a criança queimada é diferente do cuidado ao adulto e ao adolescente, tendo em vista sua natureza frágil, sua sensibilidade, sua delicadeza, sua inocência e ingenuidade. Vê-la debilitada, por um trauma de queimadura, machuca e incomoda seus cuidadores:

É diferente. A dor da criança é diferente. A gente fica muito mais triste de ver ela assim. É uma tristeza que dá na gente porque criança é diferente, ela é mais frágil, mais delicada. Ver aquilo na criança machuca, incomoda (T2).

Ah eu fico mais sentimental quando é criança, eu fico mais abalada. Tudo que acontece com criança eu fico mais abalada porque é um inocente. Ela tem a pureza e não passou por nada na vida ainda (T10).

[...] mas uma criança me dói ver ela parada sem poder brincar, correr, pular por causa da queimadura (T1).

Dependendo do grau da queimadura desfigura o corpo marcando-o de uma forma que os pacientes acometidos por esse acidente terão de carregar essas alterações ao longo de suas vidas, tendo que aprender a conviver com essa realidade. Compreender essa condição das crianças e dos adolescentes principalmente, dentro do setor, provoca sentimentos de tristeza, de abalo emocional, de incomodo e de dor.

Acredita-se que a criança, por sua pureza, não se encontra plenamente preparada para reagir e enfrentar as cicatrizes deixadas pela queimadura no seu corpo. Compreende-se que esta, devido às marcas, poderá apresentar comprometimento tanto físico como emocional. Assim, é comum que, frente a essas vivências, os profissionais apresentem expressão de tristeza associada ao medo da alteração da imagem corporal e/ou da funcionalidade do paciente (PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2010).

Referem, muitas vezes, sentirem-se impotentes. A impotência advém do fato de não terem controle sobre os acontecimentos e de sentirem-se fragilizados com a situação que se apresenta, por não conseguirem amenizar seus sintomas, por tudo que o paciente irá passar durante seu tratamento e reabilitação. Referiram que buscam compensar o paciente, lhes demonstrando carinho e aconchego.

Me sinto impotente. Em muitas situações o principal é o carinho por eles. Eu tenho amor pela minha profissão. Eu fico bem fragilizada, mas eu trato com carinho como se fosse a minha filha, pois da mesma forma que gostaria que tratasse a minha filha eu cuido deles. E esse sentimento que eu tenho que amanhã poderei ser eu ou a minha filha (T7).

Acho que nada é fácil. A gente faz tudo, mas sabe que muitas vezes é paliativo. A gente fica impotente. Nas crianças e adolescentes é pior porque eles não sabem o que vai acontecer com eles. Serão anos de tratamento, terão sequelas. Alguns sofrerão amputações. Quando estão com dor e a gente vai ali e dá um aconchego, faz uma medicação e a dor passa dá um alívio na gente (chora). Não sei qual seria a palavra, mas a gente fica bem conosco, a gente fica feliz, tranquila. Isso é um ato que me deixa mais

tranquila. Porque a gente tem carinho por eles e sofre junto e se sente impotente (T8).

O envolvimento, a forma de comportamento em que uma pessoa mantém proximidade com outra, expressa claramente a ligação com que a maioria dos profissionais de enfermagem assiste a esses pacientes (OLIVEIRA; FIRMES, 2012). Além disso, a complexidade do cuidado à criança/adolescente requer da enfermagem prática de ações solidárias e norteadas de compaixão, para que assim ofereça apoio efetivo a eles (COSTA; CEOLIM, 2010).

Neste setor, a dor é uma constante. Boa parte do cuidado dispensado ao paciente objetiva à redução da algia, considerada um distúrbio fisiológico, que deve ser suprimido por meio de medicamentos (BUENO; NEVES; RIGON, 2010). No entanto, além da administração de analgésicos os profissionais realizam um cuidado amoroso, que busca o aconchego do paciente. Isso os conforta, devolvendo lhes a alegria e a felicidade, talvez provendo a necessidade de fazer mais, de fazer tudo o possível para minimizar sua dor.

Outro sentimento referido foi o de revolta. Sentem raiva pela negligência com que crianças e adolescentes são (des) cuidados. No entanto, quando conhecem a história do acidente compreendem tratar-se, na maioria das vezes, de um acidente que poderia ter acontecido com qualquer um. A partir disto, sentem raiva pelo acidente ter acontecido, por não compreenderem o porquê.

Às vezes, eu tenho revolta porque às vezes você vê que é descuido porque a mãe que não cuidou. Ai quando você descobre o outro lado da história que não foi descuido que a criança é muito rápida tu entendes, mas o mais engraçado é que a raiva não passa mesmo assim, nem sei de quem é a minha raiva (T1).

Talvez seja porque eu não tenho filho. Então, pra mim, não é tão difícil lidar com eles. É uma coisa necessária, mas que tem que ser feito. Eu me revolto, tenho raiva, fico arrasada com casos gravíssimos que chegam aqui. Crianças com queimaduras extensas, que se queimaram porque mexeram no fogo, derramaram líquido quente. Aí vêm os pais e choram e sofrem. Eu entendo o sofrimento deles, sei que foi um acidente, mas agora não adianta chorar. Temos que atuar para o bem deles. Eu não posso deixar de fazer porque eu estou com muita pena dele porque eu sei que é para o bem dele. Mas eu lido com isso melhor (T10).

Referiram que, apesar da raiva têm muita pena, tanto dos pacientes como de seus pais e cuidadores familiares por saberem o sofrimento pelo qual estão passando e entenderem o seu papel na tentativa de aliviá-lo.

Ao mesmo tempo que tenho raiva, tenho pena. Muita pena mesmo. Sei que foi descuido, que a mãe não cuidou e aconteceu ou que foi um acidente. Mas é uma criança, um adolescente e é a família deles e estão sofrendo muito. É complicado, difícil. A gente tenta ajudar do jeito que pode. Tenta aliviar o sofrimento deles. É complicado. São sentimentos muito contraditórios (T1).

É um sofrimento para a mãe, para o pai, para a criança. Os pais sofrem mais que a criança. Me causa pena porque a gente quer ver uma evolução rápida. Pena por ver aquela situação, e na maioria das vezes é por acidente. Por café quente, água quente, leite quente. E a criança não era nem pra chegar perto do hospital. Hospital é bom só para quem trabalha. E eles tem que ficar aqui não é legal (T9).

O adolescente entende melhor, mas a criança não entende o que está acontecendo. Então, me causa pena, angustia por eu não saber como ele está se sentindo (T10).

E da pena de ver eles assim nessa situação. Tendo que ficar no hospital não podendo brincar, correr, pelo menos no início. E pensar que aquela queimadura pode deixar cicatrizes (T5).

Eu tenho sentimento de pena, porque eu fico assim é cuidado e eu penso poxa onde estava essa mãe que não cuidou porque a criança tem que ter cuidado. Tenho pena dela também, mas mais da criança (T2).

Pena, mas é assim tu vê eles ali e tu perceber que foi um grande descuido que se tivesse tido um pouco de atenção, de cuidado aquilo não teria acontecido. Pena assim de que seria tão fácil ter evitado. Mas acidente é assim mesmo (T8).

A condição do trabalho suscita sentimentos contraditórios na enfermagem, como piedade, compaixão, amor, culpa e ansiedade, raiva e mágoa contra os pacientes e familiares. Diante da condição de sofrimento, tanto do paciente quanto de seus familiares, a equipe de profissionais, como seres humanos dotados de sentimentos e emoções, também manifesta reações ambíguas diante da criança/adolescente (OLIVEIRA; FIRMES, 2012). O enfermeiro vivencia esses sentimentos de forma mais ou menos intensa de acordo com o vínculo que estabeleceu com seu paciente (OLIVEIRA; SPIRI, 2011).

5.3 Facilidades dos trabalhadores de enfermagem para o cuidado às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras

Há entre os membros da equipe atuante no Centro de Tratamento a Pacientes Queimados um sentimento de ajuda mútua que contribui para o aprimoramento da prática do cuidado de enfermagem. Eles percebem que a

habilidade para cuidar é desenvolvida dia após dia. Além disso, ocorrem trocas de informações e de conhecimentos entre as equipes diurna e noturna o que faz com que o trabalho se desenvolva de forma satisfatória tanto para os profissionais quanto para os pacientes. Esse fato aliado ao tempo de atuação na unidade pode auxiliar para que os profissionais sintam-se preparados para prestar o cuidado, tendo em vista que diariamente vivenciaram situações que lhes propicia conhecimento e desenvolvimento de habilidades.

Hoje eu me sinto preparada. Porque eu já aprendi muita coisa, já vi muita coisa. Aqui a gente aprende muito com os colegas e com a atuação do dia a dia (T7).

Quanto mais tempo a gente trabalha aqui mais preparado para o cuidado a gente se sente, pois nosso cotidiano é pesado. Aqui é uma escola. Aprendi mais com minha equipe e pacientes na lida diária do que na faculdade. Aqui a gente está sempre estudando, trocando idéias, informações, discutindo a melhor forma de fazer. (T1)

Com a prática a gente vai conseguindo aprimorar e melhorar dia a dia E as colegas aqui também ajudam bastante. A gente troca bastante informação, conversa entre a equipe (T3).

A gente adquire muita habilidade com eles. O próprio paciente nos ensina a sermos mais e melhores. Eles é que estão dependendo do que a gente faz e terminam nos ensinando mais do que a gente a eles (T4).

O aperfeiçoamento da técnica é adquirido com o exercício diário da profissão em seu local de trabalho. Além disso, quando o setor se constitui de equipes com um bom relacionamento interpessoal o produto da ação do trabalho tende a ser mais positivo, repercutindo na qualidade da assistência. Nesse sentido, “é importante compreender que o paciente é um ser humano e que vários aspectos além do clínico o envolvem” (NEGREIROS et al; 2010, p. 130). Para tanto, “o profissional da área da saúde, além do conhecimento técnico, deve ter habilidades para aplicá-lo em diversas situações e realidades”(SILVEIRA; ROBAZZI; 2011, p. 593).

Sabe-se que o profissional necessita de tempo para adquirir habilidades para o cuidado. Assim, quanto mais tempo atuar em um setor mais preparado para o enfrentamento cotidiano nesse contexto tende a estar. Além disso, como o paciente vítima de queimaduras, geralmente, permanece longos períodos internado o tempo para o desenvolvimento e fortalecimento de um vínculo com os profissionais contribui para o aprimoramento do cuidado.

Outra facilidade encontrada pelos profissionais de enfermagem para atuar frente à criança e ao adolescente vítima de queimaduras é desenvolver um bom

relacionamento com a família dos pacientes. Para isso precisam desenvolver a sensibilidade e o tato, negociando o cuidado à criança/adolescente com essa que se encontra preocupada com o andamento do tratamento relacionada a curativos, medicação e as rotinas do setor. Portanto, a família é esclarecida, tem suas dúvidas amenizadas e seus questionamentos respondidos. Segundo os profissionais, constrói-se uma “grande família”:

Na criança a gente tem que ter sensibilidade para trabalhar com ela e com a mãe. Tem que ter tato. O diálogo é importante. Até porque a mãe ajuda bastante. Quando tu consegues um bom relacionamento com ela tudo fica mais fácil e tudo ocorre com facilidade. Nessa relação a gente faz negociações. E entra toda a explicação dos procedimentos, dos curativos de como deve ser feito, o porquê do curativo, da medicação. Quando o paciente chega à unidade, principalmente com as mãos queimadas, é dependente da gente para comer, para tomar banho, para fazer xixi ou coco aí a mãe nos auxilia no cuidado. Nesse sentido, não fica tão pesado (T3).

Eu percebo que é tranquilo. A gente explica bem as coisas pra família o que pode acontecer como vai ser o acompanhamento dele. Quando a equipe se relaciona bem com os pacientes e a família fica bem mais fácil cuidar (T4).

Parece uma família, todo mundo é uma família porque a gente fica bastante tempo aqui dentro. Então, é mesmo uma grande família porque a mãe já fica íntima nossa e a gente consegue passar informação e ela vai compreendendo e ajudando na recuperação do filho (T10).

No começo eles estranham vai todo mundo para o quarto para saber como é que ele se queimou e aí a família se apavora um pouco. Depois de um tempo é equipe e família trabalhando juntas. E fica uma grande família mesmo porque um paciente ajuda o outro que está do lado. Entre as equipes a gente se conversa troca informação sobre como os pacientes estão se estão evoluindo e como está sendo essa evolução (T1).

Durante a internação do paciente ocorre o seu convívio no setor com a equipe e a família havendo apoio mútuo e formação de vínculo. Nesse contexto, a atuação dos profissionais baseia-se no relacionamento interpessoal, com ênfase no trinômio criança/família/equipe, no ato de cuidar com humanidade, realizando o cuidado merecido por cada ser humano (DIEFENBACH; MOTTA; 2012). Para conseguir desenvolver este tipo de relacionamento é necessária sensibilidade dos profissionais atuantes no centro de tratamento a queimados.

Assim,

“[...] aos profissionais de saúde, é fundamental conseguir identificar e avaliar as necessidades específicas da criança e a capacidade da família para assumir o papel de prestadora de cuidados. Frente a esse contexto suscitam-se questionamentos sobre o comportamento da equipe de enfermagem no cuidado à criança em ambiente hospitalar, sob a ótica da família, considerando-a parte integrante do cuidado” (DIEFENBACH; MOTTA, 2012; p. 459).

Outro fator essencial e importante para que ocorra o entrosamento deste trinômio são que as orientações à família sejam realizadas desde o início da internação, enquanto elemento essencial para o cuidado possibilitando estabelecer as relações interpessoais entre a equipe de enfermagem e o grupo familiar. Desse modo, é possível estabelecer um bom relacionamento interpessoal entre o paciente, o profissional e a família, desenvolvendo relações harmoniosas, fundamental para o processo de cuidado e cura do paciente (RUEDELL et al; 2010).

Outra facilidade relatada para se trabalhar com a criança é a sua sinceridade ao manifestar seus sentimentos, possibilitando a construção de uma relação transparente. Essa situação é possível devido à interação do profissional com a criança e pelo respeito a ela como um ser que sente a dor, a alegria, a tristeza, mas que ao se sentir querida é forte para responder ao tratamento de forma positiva.

A criança fica mais tranquila quando tem o apoio dos pais. Depende muito da pessoa e como está o estado psicológico dela. Mas, a criança é transparente, é honesta, é como uma folha em branco. Fácil de ser lida e isso facilita muito o cuidado. Ela sofre, mas é amorosa mesmo quando sente dor e tristeza. (T1).

A criança é sinceridade, ela sorri contigo. A gente vai fazendo o curativo de um jeito engraçado e depois de terminado a gente vê a alegria deles porque dez minutos depois que tu já fez o curativo eles já estão rindo e brincando (T6).

A criança é muito sincera se está doendo se não está doendo se está tranquilo. A criança diz: - Tia está doendo aí onde tu está tocando e aí a gente pára um pouco para aliviar. Eu respeito muito a criança porque muito adulto não aguenta o que ela aguenta e continua sorrindo e sendo pura [chora] (T9).

A vontade dos profissionais é em evidenciar segurança e estabelecer uma relação de confiança com a criança para que a mesma não tenha receio deles. O cuidado, como ato intencional, tem o objetivo de restabelecer a saúde e a alta da criança para sua residência da melhor forma possível (ROSSI; RODRIGUES; 2010). Neste contexto, busca-se entreter e distrair a criança durante os procedimentos, demonstrando empatia para com ela (PENÃ; JUAN, 2011).

O uso de recursos linguísticos, tais como contar anedotas ou histórias, auxiliam a distrair e diminuem a ansiedade da criança, reforçando o vínculo e a empatia com a mesma de forma que a mesma não tenha no hospital apenas lembranças negativas (PENÃ; JUAN, 2011). Dessa forma, eles conseguem realizar o

procedimento e conquistam a simpatia das crianças e essas respondem usando a sinceridade como forma de retribuição ao ato executado.

Há o papel familiar nesse contexto, “durante as medidas terapêuticas, por diversas vezes, faz-se necessária à internação em instituições hospitalares. Nesse momento, é muito importante a presença de um ente querido, pois este proporciona segurança ao doente, e isso favorece em sua recuperação” (SALES et al, 2012; p. 737). A família acaba por ser um agente facilitador no processo doença/saúde porque proporciona a tranquilidade e a segurança que a equipe necessita para realizar os procedimentos nas crianças e nos adolescentes. Assim,

O brincar pode ser um facilitador para a interação entre os profissionais de saúde, crianças e seus acompanhantes. Sendo o brincar uma linguagem universal e que remete ao prazer e à alegria, ele acaba se estendendo para os familiares, para os próprios profissionais que estão ali diariamente em contato com as crianças (CUNHA; SILVA; 2012, p. 1058).

Muitos profissionais referiram como facilidade para cuidar a identificação e a afinidade que têm com crianças e adolescentes. Sentem-se mais estimulados para o cuidado, pois referiram que estes se recuperam mais rapidamente e parece que o seu trabalho é mais efetivo, sentindo-se mais estimulados.

Particularmente quando interna uma criança ou um adolescente aqui eu digo ah tem que puncionar: deixa comigo; tem que fazer curativo, deixa comigo. A minha mãe diz que eu gosto de cuidar da criança porque eu não tenho filho. Mas eu gosto de cuidar deles porque a recuperação deles é muito mais rápida que a recuperação do adulto. Então, você vê que o teu trabalho é efetivo e ver o resultado te dá muito mais incentivo e vontade para tu seguir em frente (T6).

A assistência à criança hospitalizada transformou-se ao longo dos anos e, paralelamente, aos avanços na prática médica ocorreram modificações de significados e valores sociais em relação à mesma (ROSSI; RODRIGUES, 2010; p. 641). O contraponto de que as internações desses pacientes são prolongadas e ocorrerem com muita frequência aumenta a permanência do contato humano, podendo intensificar a proximidade e intimidade entre os mesmos e a equipe de enfermagem.

Esses laços se estreitam de tal forma que crescem um sentimento de amizade na relação de cuidado. Assim, cuidar de uma criança ou adolescente exige também a capacidade de negociar, ser criativo, estimula a tomada de decisões e a construção de projetos compartilhados (SANTOS; 2012). O profissional que

simpatiza com o ser cuidado tem mais facilidade para atuar e adquire mais habilidade prática em curto período de tempo, justamente por que pode sentir mais satisfação e alegria em oferecer o seu melhor e da melhor forma possível já que o seu objeto de trabalho lhe é agradável.

Os dados revelam que o adolescente por sua maneira diferenciada de se expressar é mais aberto que o adulto. Assim, após um período de adaptação este pode se habituar aos profissionais, com o ambiente hospitalar e com os procedimentos. Assim, entendem com facilidade a linguagem utilizada e, por isso colaboram mais com o cuidado.

O adolescente eu acho que é legal. A linguagem que tu usas para falar com ele é mais fluente. Muitas vezes, ele é mais aberto que o adulto. Depois que passa o período de adaptação eles começam a se abrir mais que o adulto e participam mais do cuidado (T1).

Quando a linguagem do profissional encontra um equilíbrio com a linguagem do adolescente eles conseguem estabelecer relações que vem a somar na conduta terapêutica. Desse modo, a abordagem integral do adolescente envolve lidar com ele utilizando linguagem compreensível, que propicie ao mesmo expressar. Assim, presta-se uma assistência humanizada, na qual este se sinta acolhido, ouvido e respeitado pelos profissionais de saúde (CUNHA; SILVA, 2012)

5.4 Dificuldades dos trabalhadores de enfermagem para o cuidado às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras

Alguns profissionais revelaram falta de preparo para cuidar de crianças e adolescentes com dor. Não se sentem aptos para exercer tal função, pois sofrem mais com esses pacientes, precisando de um controle maior. Referiram pouca habilidade e paciência para trabalhar com uma criança ou um adolescente em virtude de que esses são diferentes de um paciente adulto que compreende e aceita com mais facilidade os procedimentos a serem realizados.

As crianças e os adolescentes eu me preocupo com a dor que eles vão sentir porque a gente percebe que a queimadura é doída. Eu sofro demais. Não me sinto preparada psicologicamente (T10).

Tem que ter muita paciência com criança. Eu já tenho filho então para mim é mais difícil lidar com criança. E ainda mais com dor e eles sentem muita dor. Parece que é meu filho. Eu preciso me controlar muito (T5).

Eu no início achei bastante difícil. Principalmente pelo impacto de olhar uma criança com queimadura, pois eu nunca tinha cuidado uma criança queimada. Eu não tinha habilidade para puncionar, sondar, fazer curativos. Meu Deus tudo é mais difícil (T8).

Quando eu entrei não me sentia preparada assim para trabalhar em um setor tão específico. Tive que me preparar psicologicamente. É muito sofrido ver um jovem assim. Uma criança então é demais [chora] (T3).

Quando eu entrei não, porque o conhecimento da graduação era muito superficial (T4).

Acho que agora no momento sim, mas no início foi bastante complicado. Eu não me sentia preparada porque era uma área que no curso técnico a gente não tinha visto como se deveria ver. A gente entrou aqui sem nenhum treinamento prévio para trabalhar como o paciente queimado. Então, eu levei um susto bem grande quando me disseram “ tu vais para o centro de queimados. Eu tinha dois meses de formada e não me sentia preparada para atuar, nunca tinha entrado em contato com paciente queimado porque na cidade não havia um lugar específico. Não tinha feito estágio em centro de tratamento a pacientes queimados. Aí cheguei e foi pior. Não eram só adultos, tinham as crianças, os jovens. Tive vontade de fugir, sair correndo (T6).

Os profissionais de enfermagem sentem-se vulneráveis e, muitas vezes, despreparados para cuidar da criança e do adolescente com queimaduras, pois acabam sofrendo junto e não sabem lidar com este sofrimento. Ao entrar no setor pela primeira vez há um impacto visual e emocional. Manifestam dificuldade de lidar com a dor da criança tendo em vista que esta não consegue verbalizar o que realmente estão sentindo ficando confusos e têm dificuldade em lidar com tal situação (DUARTE et al, 2012).

Além disso, a equipe de enfermagem refere não ter sido preparada durante o período de estudo, tanto na graduação quanto no ensino técnico, para tal atuação. Verifica-se uma distância entre o saber e o fazer, em que o conhecimento teórico ainda não é totalmente compartilhado pelos enfermeiros na mesma proporção prática (CHRISTOFFEL et al, 2011).

Uma das dificuldades apresentadas pela equipe de enfermagem é o desconhecimento acerca do paciente. Muitas vezes, o adolescente se mostra reservado não interagindo com o profissional que o está assistindo. Além disso, essa dificuldade aumenta mais ainda quando o paciente é de outras cidades. Nesse contexto, a mãe é a única cuidadora do núcleo familiar que acompanha

cotidianamente a criança e o adolescente e possui informações sobre os mesmos.

Nem todos são iguais. Tem os que têm uma facilidade maior, em casa conversam mais. E se eu não sei qual é o costume de casa aí fica mais difícil de lidar. Aí acontece uma trava e fica mais difícil o convívio, a compreensão com os adolescentes (T3).

O adolescente é mais quieto, mais reservado. Se tu pede pra fazer um curativo ele já vem e faz. Se tu vai puncionar ele já te dá o braço. Ele não interage muito, é bastante mecânica a atitude dele em relação ao procedimento. E com a criança a gente tem ser pacienciosa, porque ela chora, grita. Tem que ter muita calma no momento da realização de qualquer procedimento. É difícil. A gente tinha que ter um preparo diferente (T4).

Paciente fora da cidade é dificultoso, em ambiente totalmente estranho, sem família só com a presença da mãe. É complicado e isso influencia no cuidado. Eu acho que mais é o ambiente, as pessoas diferentes, as rotinas. A gente pode trocar um curativo, a equipe já está preparada,. Às vezes, a gente vai deixar para outro dia para não causar tanta dor. Pacientes de fora da cidade é mais difícil. Vir para cá queimado que a gente sabe que dói e não ter ninguém conhecido para desabafar. É muito difícil. Ele só conta com a gente e nós sem nenhuma informação sobre ele, seus costumes, do que gosta. É complicado (T9).

Os profissionais além de terem a tarefa de propiciarem uma assistência qualificada a seus pacientes tem o dever de observar durante a sua atuação quais as necessidades do paciente e do seu núcleo familiar, quais os seus medos e suas potencialidades para o enfrentamento do processo doença/saúde. Por isso, esse profissional deve conhecer como esta família se cuida e quais forças ela é capaz de mobilizar para tal finalidade. Para que ocorra a integração família e equipe, a mesma deve discutir com a família a participação desta no cuidado e fornecer-lhe informações, aconselhamento e suporte para realizá-lo. Não basta apenas informar ou treinar o familiar, mas é necessário dar-lhe condições e apoio teórico e emocional para cuidar de sua criança ou adolescente vítima de queimaduras (ROSSI; RODRIGUES, 2010).

É sabido que alguns enfermeiros e técnicos em enfermagem têm dificuldades relacionadas à realização de procedimentos em crianças. Isso acontece devido a muitos fatores como, por exemplo, a dor que o procedimento pode ocasionar a extensão do trauma, o sentimento de que ele está sendo machucado e punido sem razão específica, mas que ele acredita ser por algum motivo devido à alguma travessura que fez. Verificou-se que os profissionais são fortemente comovidos por essa situação sentindo-se abalados durante a realização de procedimentos nesses pacientes.

Já o adolescente está doendo tudo e às vezes é o dedo e ele diz que é tudo. Dificuldade é no procedimento porque tu conversa, explica e aí já começa o choro. Chamam a mãe, dizem que não vão mais fazer arte, que não querem tomar banho, que a fita do curativo dói. Já adolescente, também, é queixoso. Reclama que está doendo, que a água quente dói, o soro está muito frio, que não quer ficar mais ali. A gente conversa, faz uma medicação. A criança está gritando em cima da cama e tu nem está tocando ainda. E isso é todo dia. É tão estressante. É de enlouquecer (T9).

Tem diferença sim. É bem diferente do adulto. A criança tu tem que ter mais cuidado, tu tens que ter mais jogo de cintura para poder lidar com a área queimada. A dificuldade é no banho, no acesso, porque é criança e tu tens que dizer, tens que explicar, conversar, usar de um artifício porque é criança. Não adiante dizer para ele que é para o bem dele. Ele sabe o que ele sente (T2).

Quando a gente vai abrir o curativo e aí a gente explica que vai e a criança já vem com a mão e não quer deixar a gente tirar o curativo porque ela sabe que é ruim. Então, o mais difícil é abrir o curativo da criança e depois que já está aberto aí passar a pomada já é mais fácil. Eles não querem, eles não aceitam porque é no curativo que vai começar tudo. Têm que tomar banho e eles sabem que vai doer quando for tirar a gaze, que é a parte mais difícil e você molha com sorinho. Já o adolescente entende melhor e é sempre no início do curativo que a dificuldade surge. Eles choram, as mães choram e até a gente tem vontade de chorar. Então, dá para ver que é bem diferente de um adulto. Que não é só a técnica (T10).

Verifica-se que um fator que influencia o bem-estar geral da criança/adolescente é o significado que as famílias e eles mesmos atribuem aos estímulos hospitalares. O afeto, o acompanhamento terapêutico e a relação empática são elementos que influenciam seu estado emocional e a compreensão dos processos que vivenciam (PENÃ; JUAN, 2011). Entretanto, nem sempre é fácil descobrir a forma de estimular a criança e o adolescente para que esse processo de acompanhamento terapêutico seja efetivo e menos traumático. O processo terapêutico em si é sofrido reforçando o estigma de que hospital é local de dor e sofrimento.

Outra dificuldade relatada pelos profissionais é a de lidar com o familiar. Esses muitas vezes compreendem, porém em outras não entendem as ações de enfermagem e querem opinar e decidir sobre situações em que não são tecnicamente preparados, podendo prejudicar o cuidado à criança e ao adolescente. Por se tratar de seu filho querem evitar que este sofra e reagem negativamente em situações em que identificam que os profissionais estão lhes infringindo dor. Apesar de compreenderem que é uma situação difícil para eles e que se encontram fragilizados e vulneráveis acham difícil enfrentar esses conflitos diariamente no seu cotidiano de trabalho.

São difíceis alguns casos porque tem mães que não entendem e acham que não é assim. Elas não aceitam como a gente está realizando o procedimento. Elas não estão preparadas para esse tipo de situação. Sei que ninguém quer ver a criança nesse estado da queimadura, mas tem que fazer os procedimentos. Só isso evitará as retrações, a sepse, as deformidades. É muito complicado (T2).

Na criança a maior dificuldade é lidar com o familiar porque na criança claro que eu entendo. Só que, muitas vezes, eles não entendem que a gente precisa fazer isso para uma melhor chance de cura, para um melhor tratamento. Então, a gente quer fazer as coisas, mas a gente é meio empurrado pela família a não fazer isso. Ai eu acho que a maior dificuldade com a criança é a família. É muito conflito porque ela tem o direito de estar aqui, de participar, de opinar, de decidir. É o filho dela, mas assim põe a eles em risco (T6)

Os pais não entendem porque sentem mais dificuldade em ver o sofrimento do filho. Querem medicação a todo momento. Eles estão vendo o sofrimento e querem amenizar, mas não é assim, de uma hora pra outra. As mães também não conseguem passar segurança para a criança porque elas também não entendem tudo que está acontecendo. Eu acho que isso dificulta bastante porque deixa a gente nervosa. Pelo menos eu fico nervosa. Eu já tive uma experiência em que eu fiquei muito nervosa e eu tive que passar para outra enfermeira porque não consegui. A criança começou a entrar em desespero e ai ou eu dava atenção à mãe ou eu dava atenção e à criança. É estressante (T8).

Com a intenção de cuidar, inserindo a família no contexto do hospital, aceita-se a realidade de conviver com conflitos com famílias, crianças e adolescentes. Esta ação apresenta-se no sentido de fazer e dar o melhor, enfrentando dificuldades de relacionamento através do uso do diálogo (ROSSI; RODRIGUES, 2010).

A introdução de conhecimentos em relação à doença que a criança está enfrentando, suas possibilidades e limitações, pode ser motivadora da adesão ao tratamento, contribuindo para um restabelecimento mais rápido e, por consequência, a redução do tempo de internação (ZOMBINI et al, 2012). Durante este período há a necessidade de se estabelecer o elo entre a família e a equipe de saúde.

Este favorece o repasse de informações necessárias, reduzindo, assim, os momentos de angústia, medo e insegurança. O significado do cuidado se apresenta a partir do sentido atribuído por cada profissional à ação de cuidar. Esta envolve relação, interação, saber-fazer e contribuição na relação. Portanto, do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, o hospitalar constitui-se espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde (ROCHA et al, 2011).

Ao inserir a família no processo de cuidado no hospital se está visualizando à continuidade do tratamento em domicílio. Dessa forma, os profissionais devem

pretender obter uma interação, na qual o familiar é fonte de informações relevantes. Elas percebem essa interação, como algo que irá contribuir para a recuperação da criança. A inclusão do familiar tem a intenção de sua cooperação no cuidado. No entanto, este precisa de apoio psicológico, a fim de suportar o sofrimento da criança/adolescente, sendo ensinado a cuidar e melhorar a situação da criança (ROSSI; RODRIGUES, 2010).

Outra dificuldade para cuidar enfrentada pelos profissionais é a necessidade de manipular o corpo do adolescente, que possui pudor e vergonha, podendo sentir-se invadido e violentado. A adolescência é uma fase da vida de transformações tanto do corpo físico como do seu emocional. É o momento em que o adolescente pode sentir vergonha do seu corpo pelas mudanças físicas ocasionadas pela passagem do corpo infantil para o corpo de uma pessoa adulta.

Nessa fase, ele tem vergonha de se expor na frente de estranhos. Essa situação é vista como uma agressão pelo adolescente. Frente à queimadura há a necessidade de punções, banhos, sondagens, curativos, tendo, muitas vezes, que o paciente ser mantido nu e exposto aos olhos e à ação dos profissionais.

Tem que por uma camisola. O adolescente ele já está na fase da adolescência em que ele está se descobrindo, o seu corpo esta mudando. E por isso ele não quer ficar com a mãe. O corpo fica exposto, tem o banho, tem que ficar pelado na frente da equipe, da mãe. A dificuldade é exatamente esse pudor. É como se a gente estivesse agredindo ele, na hora de tirar a roupa na nossa frente, de ficar nu (T1).

E a vergonha e a vontade de fazer sozinho como o banho, ir ao banheiro, vestir-se e estar impossibilitado naquele momento devido às queimaduras no corpo. Eles sentem muita vergonha, choram. Parece que estão sofrendo uma violência. E não deixa de ser. É para o bem deles, mas é uma violência. É muito delicada a situação. A gente tem que respeitar, tem que entender este pudor deles. Eu me sinto mal e tento fazer o possível para não expor tanto, para cobrir, para evitar a circulação de pessoas. Uso biombos, barraquinhas com lençol. Mas é difícil (T3).

Na etapa da pré-adolescência e adolescência os profissionais destacam-se, segundo esses pacientes, pela sua simpatia (PENÃ; JUAN, 2011). No entanto, é percebida pelas falas dos profissionais a falta de preparo para o desenvolvimento de uma relação interpessoal que favoreça suas condutas ante as crianças e os jovens hospitalizados. Os profissionais colocam que o diálogo com o adolescente é um obstáculo difícil de ser vencido. O adolescente por estar em uma idade de transição pode se mostrar rebelde, pouco comunicativo, frente à situação vivida, passando a manter seu enfoque na sua

recuperação e nos procedimentos que são realizados no setor como forma de se proteger (ZOMBINI et al, 2012).

Os profissionais de enfermagem referiram como difícil comunicar-se com crianças que ainda não sabem se expressar, com adolescentes que possuem uma linguagem própria ou com pacientes que não falam a língua portuguesa.

Tem certas situações de pacientes como esse que a gente tem é um caso a parte em que ele não fala nossa língua. Então, às vezes, eu acho bem difícil por causa da própria comunicação mesmo. Pois quando tu fala é difícil a pessoa entender. Então, com a criança a dificuldade é a comunicação porque tu vai fazer um curativo ela vai chorar, mas ela não sabe te dizer onde está doendo. A linguagem é diferente com o adolescente a gente tenta puxar ele para nós porque ele está naquela fase de rebeldia e ele não quer ficar com a mãe porque ele fica exposto e estar em um hospital longe dos amigos, longe da turma dele. É difícil para ele. Então, nem a linguagem tem que ser a mesma que ele usa e aí é que está a dificuldade (T1).

A dificuldade que tenho é de que é criança mesmo, mas eu converso com ele. Ao fazer um curativo eu chego e explico como vai ser o curativo: a tia vai tirar devagar, explico tudo que esse lado está estéril, esse não. E tudo tem que ser de forma que a criança compreenda. Eu não minto que ela não vai sentir dor. Eles aceitam bem, porém quando chega na hora da dor mesmo eles não aguentam. Não há nada que faça eles entenderem (T7).

Com o adolescente o difícil é a comunicação, é a conversa com ele. O difícil é conseguir chegar nele pra fazer o procedimento (T3).

A gente procura conversar muito com eles, porque é um ambiente pequeno tem poucos pacientes e eles ficam muito tempo internados. Então, diariamente, eles perguntam como é que está lá na rua. Hoje, aconteceu tal coisa e aí a gente pergunta para eles: como é que você passou? Alguém veio te visitar? Os adolescentes não conversam, definitivamente, eles ficam focados no tratamento, no curativo, na medicação para dor. Os adolescentes que eu tive contato, eles eram todos muito fechados. Às vezes, eu tentava puxar alguma coisa do acidente e eles não se abrem muito. Até porque estão criminosos, se sentindo culpados do acidente. Então, acho que tem que ter um manejo que eu ainda não desenvolvi para conseguir uma aproximação com o adolescente (T6).

A comunicação estabelecida com as crianças e os adolescentes têm um papel fundamental na mediação das suas experiências e nas ideias que elaboram sobre o processo saúde e doença. Assim como, há crianças e adolescentes mais abertos, na hora de estabelecer um vínculo, há outras de não o fazem (PENÃ; JUAN, 2011). Para estabelecer uma relação de conversa há a necessidade de ambos os comunicantes estarem preparados emocionalmente para que este contato se estabeleça e possibilite ou não uma alteração em seus comportamentos.

Assim, a educação em saúde junto aos adolescentes pode ser um instrumento efetivo na assimilação das transformações vividas após a queimadura. Porém, sua efetivação só acontece por meio de uma metodologia participativa, que permita o diálogo, a reflexão, a conscientização do ser, e oportunize trocas de ideias, conhecimentos, experiências e a expressão de sentimentos e inquietações. Ao mesmo tempo, tem o potencial para fortalecer o elo entre os pacientes e a equipe de enfermagem, suscitando a criatividade e a sensibilidade, facilitando a ação de cuidar da enfermagem (OLIVEIRA; RESSEL, 2010).

Outra dificuldade com a qual os profissionais de enfermagem se deparam é com a reclusão e isolamento em que os pacientes são mantidos no serviço. Têm dificuldade em conseguir que a criança/ adolescente apreenda o fato de ser retirado de sua casa, estar afastados de seus amigos, da escola, de outros familiares e ter sua livre movimentação restrita ao setor. Compreendem que estão em um hospital, que estão machucados, porém não têm o amadurecimento suficiente para perceber a gravidade da situação e necessidade da restrição da convivência com pessoas e ambientes.

Os profissionais de enfermagem enfrentam a dificuldade em explicar para a criança/ adolescente a magnitude do trauma sofrido. O que torna para eles uma situação mais complicada e complexa é o fato de eles perceberem a criança/ adolescente como seres inocentes cheios de energia e vitalidade sendo o leito de hospital visto como um castigo, uma condição desagradável.

A criança não entende porque é uma vivencia nova para ela. O adolescente já viu na televisão, já foi conversado na escola e a criança é completamente diferente. É bem desagradável também. Até porque a criança é sempre agitada e ficar numa cama de hospital presa no leito. É desagradável pelo fato deles não poderem se movimentar. Quando é isolamento de contato e aí a gente entra primeiro, toda paramentada. Eles nos veem com uma roupa e depois com a paramentada e é um choque. Bom é uma coisa completamente diferente. Eu acredito que a paramentação assusta um pouco as crianças e aos pais também. Então, é difícil falar-lhes sobre a gravidade do seu quadro clínico, a necessidade de realizar uma escarotomia. Como dizer isso? Como esperar que eles entendam? É muito cruel! (T8).

Para mim tem diferença porque com a criança tu tens que ter mais cuidado. Criança é mais inocente e não tem uma personalidade ainda formada. É mais difícil de fazê-la compreender isso (T10).

Os dados evidenciam que a comunicação com as crianças/ adolescentes representa um desafio, tornando-se tarefa mais sensível e complexa que aquela

estabelecida com pacientes adultos (PENÃ; JUAN, 2011). O profissional, ao atuar junto a um paciente em estado debilitado, deve procurar estabelecer uma forma de contato baseada no cuidado. Pode ser o protagonista de conhecimentos, auxiliando os pacientes a captarem informações no próprio contexto da assistência, operando de forma construtiva e partilhada com a família.

O acolhimento como princípio norteador e possibilidade de construção de relações dialógicas, pode promover a produção de laços que auxiliem a comunicação eficaz. Além de compreender a criança/ adolescente como sujeito capaz de exercer sua autonomia em parte e sua capacidade protagonista, compartilhando a responsabilidade pelo cuidado (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009).

Um acidente por queimadura causa em seus pacientes traumas físicos e estéticos, pois pode deixar sequelas irreversíveis, com as quais o paciente terá que conviver. Essas afetam sua imagem corporal e autoestima. Assim, os profissionais referiram que grande dificuldade de conversar com os pacientes acerca das sequelas, deformidades e limitações com as quais terão que (con)viver.

Os pequenos eles não entendem, mas os adolescentes sofrem mais por causa da cicatriz, de ver a sua aparência mudar. Sentem-se tristes e fragilizados. Cada um age de um jeito. Tem uns que ficam mais rebeldes, se fulano falar eu vou partir para cima. Tem outros que ficam mais reservados, mais acuados. Os pais ficam bem preocupados porque ninguém quer ver o filho sofrer bullying. E os pais se sentem culpados pela queimadura. E se ficar uma cicatriz aquilo vai ficar estampado e isso vai ser lembrado pelo resto da vida (T7).

Os adolescentes se preocupam se vai ficar alguma cicatriz e como vai ser recebido pela sociedade, seu grupo de amigos na escola, se vão ficar sequelas, com limitações de movimentos. Perguntam e querem saber. A gente não sabe o que dizer, como dizer. Como falar dos enxertos que terá que fazer, que poderá ter que amputar um membro, que ficará com o rosto desfigurado (T8).

A criança é como se ela não soubesse o que vai acontecer. Ela não questiona o amanhã. Para ela é o hoje que importa. Mas os adolescentes estão muito preocupados com o depois. Tem medo. Aqui dentro não tem espelho e eles não pedem para se ver. É difícil falar sobre isso. Parece que a gente faz um pacto de silêncio. Mas isso não resolve o problema. Porque as lesões estão ali (T1).

Os adolescentes ficam preocupados se vai sair as manchas, como a pele vai ficar depois. Mas eu acho que só cai a ficha deles quando eles saem daqui e aí ele se questiona será que eu vou ficar manchado assim para sempre. Ficam tristes, choram. Eu procuro sair de perto para garantir a privacidade deles ou dou a mão e fico quieta, mas a vontade é de chorar e de gritar junto com eles (T10).

Os pacientes, que tiveram alta do setor, sofrem, no seu cotidiano, preconceitos em relação às cicatrizes, as marcas deixadas pelas queimaduras. As perspectivas de retorno do paciente à sociedade e o preconceito das pessoas em relação às cicatrizes da queimadura é uma realidade que dificulta a reinserção social dos pacientes queimados, no pós-alta (DUARTE et al, 2012).

Atualmente, há uma supervalorização da imagem, uma cultuação ao corpo (VALENÇA; GERMANO, 2009). Assim para os adolescentes e para as crianças com o corpo marcado pela queimadura pode ser difícil reintegrar-se à sociedade, sendo necessário aporte psicológico para auxiliá-los nessa tarefa.

A acomodação à hospitalização, não depende apenas das condições psicológicas, sociais, culturais e biológicas do paciente, mas, também, da sua captação acerca da experiência vivida (PENÃ; JUAN, 2011). Nessa perspectiva, ela pode ser aproveitada para auxiliá-los a compreenderem e conhecerem sua nova imagem corporal e como conviver com a mesma (VALENÇA; GERMANO, 2009).

Além disso, cada criança e adolescente reage de uma maneira e, muitos, se mostram agressivos bem como outros já se tornam mais tímidos e reservados. Ainda de acordo com as entrevistas, os pais podem sentir-se culpados pelo acidente ter ocorrido. Não desejam que, futuramente, seus filhos sofram bullying. A cicatriz da criança/ adolescente pode ser interpretada por eles como a personificação do seu descuido, sendo sofrido e difícil conviver com as mesmas. Por isso, esses também precisam de auxílio para superar seu trauma e seu sentimento de culpa.

5.5 A instrumentalização para o cuidado a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras

Os profissionais atuantes no Centro de Tratamento a Pacientes Queimados evidenciaram que uma das estratégias que utilizam para se instrumentalizarem para o cuidado é o estudo de artigos e livros sobre queimaduras e curativos, como é explicitado nos fragmentos:

Aqui a gente tem que ler muito para conhecer os curativos novos. Então, agente está sempre se informando e a doutora traz bastante coisa pra nós lermos. A gente discute também entre nós(T3).

A gente está sempre lendo coisas novas sobre queimaduras para a gente estar sempre se atualizando (T10).

Aqui a gente lê para a gente poder fazer o nosso trabalho da melhor maneira possível (T5).

Quando entrei eu não sabia muita coisa sobre queimadura, sobre paciente queimado. Então, eu fui ler conhecer, saber dos curativos e aqui a gente sempre procura conhecer alguma coisa nova (T4).

Há ainda a preocupação dos profissionais da equipe de enfermagem em alicerçar em seu cuidado em leituras de textos de outras áreas do campo da saúde, como a psicologia, na intenção de sustentar uma prática holística para o cuidado às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras.

Eu tento ler mais sobre a psicologia (T1).

Ler sobre assuntos variados faz com que me sinta mais preparado. Eu gosto! (T2).

Ler sobre tudo um pouco implica no aprendizado de um método de ajuda. Mais capacitados a gente ajuda melhor eles. Eu acho que quanto mais se sabe mais se cuida melhor, neste ponto de vista sim (T6).

Percebe-se nas falas dos trabalhadores a presente preocupação em adquirir maior conhecimento sobre o processo de cuidar inerente à atividade profissional da enfermagem que executam. A experiência de cuidar pode ser considerada como parte essencial do processo humano, como um modo de assegurar a manutenção da existência.

Assim, as formas para a realização do cuidado holístico/integral e significativo para os indivíduos envolvidos têm sido o foco de muitos estudos e a busca constante do profissional enfermeiro em sua prática. Espera-se que um dos meios para atingir esse cuidado seja a aquisição de conhecimentos (SEIMA et al, 2011).

Verificou-se que, para conseguir se aproximar da criança e do adolescente queimado, no ambiente hospitalar, são necessárias iniciativas pessoais dos membros da própria equipe, buscando definir a melhor forma de abordá-lo. Buscam na interação com os pacientes e colegas da equipe subsídios para instrumentalizar-se para cuidar de forma individualizada e pessoal.

Através da nossa interação com eles a gente adquire bastante habilidade com eles. Como a gente ensina a gente aprende muito com eles aqui (T3).

Procuro conversar com a equipe para conseguir ter subsídio para conseguir ter uma aproximação melhor com as crianças e como ter um melhor diálogo com os adolescentes. Até porque a gente tem uma base pela nossa casa, pelo nosso irmão, pelo nosso amigo. E pela maneira que ele se mostra, como rebelde, eu tenho que chegar de um jeito diferente. Assim, aquele eu

tenho que entrar mostrando como que é e o que tem de ser feito e com o outro, de repente, tenho que agir completamente diferente (T9).

Frente aos problemas do dia a dia enfrentados, pelos usuários no Centro de Tratamento a pacientes Queimados, os profissionais da equipe da saúde buscam introduzir estímulos no ambiente e se instrumentalizar acerca dos vários aspectos da enfermidade, do tratamento e do prognóstico como apoiar a família e os acompanhantes para que possam participar ativamente na recuperação do paciente. Tais ações evidenciam o propósito de amenizar os efeitos negativos – físicos emocionais e sociais – da internação garantindo o respeito e a cidadania das crianças e dos adolescentes ali internados (ZOMBINI et al, 2012).

Os trabalhadores também evidenciam que sua preparação para o cuidado vem com a prática diária de trabalho e as dificuldades impostas por este. A realização de uma ação de cuidado diferenciado no ambiente hospitalar que exige o conhecimento e o manuseio de novas tecnologias como a inserção de curativos especiais e peles artificiais até então desconhecidas e utilizadas apenas nesse meio faz com que os profissionais da equipe de saúde se instrumentalizem para o cuidado no setor no seu próprio ambiente de prática.

Hoje me sinto preparada, porque a gente aprende com a vivência do dia a dia. A gente pesquisa. Depois que eu vim para cá (Centro de Tratamento a Pacientes Queimados) eu comecei a ler bastante. A doutora nos trouxe algumas coisas que nem o pessoal aqui conhecia, como peles artificiais e curativos especiais. Eu acho que com a vivência do dia a dia a gente vai se sentindo mais segura e vai se achando mais capaz (T6).

Eu me sinto preparada hoje, porque com o tempo a gente vai adquirindo experiência e adquirindo capacidade (T10).

Só que quando eu entrei, elas me prepararam. Hoje eu me sinto preparada para atuar em um CTQ. (T4)

[...] na faculdade a gente não vê muito isso. Mas aqui as colegas nos dão bastante suporte e com a prática começa-se a aprender mais e a conhecer sobre queimadura (T9).

A atuação em centro especializado de tratamento faz com o trabalhador da enfermagem, para cuidar efetivamente, aprenda a dominar a tecnologia disponível no setor. A incorporação de novas tecnologias ocasiona novas demandas, como consequência pode aumentar a intensidade do trabalho, requisitar a multidisciplinaridade do conhecimento de trabalhadores com especialidades diversas e complementares.

Desta forma, os trabalhadores evidenciam que a capacidade, a segurança vai sendo polida e adquirida com a experiência cotidiana. Entretanto, o trabalho em equipe que proporciona o aprendizado em conjunto demonstra que, ao longo do tempo da sua experiência profissional, vão aprendendo e conhecendo sobre a queimadura e seu cuidado.

O apoio mútuo entre os membros da equipe promove o senso de união e a compreensão de aspectos emocionais relacionados ao cuidado do paciente que sofreu queimaduras. Para os trabalhadores de enfermagem, harmonia, união, respeito, compartilhar experiências, são situações que tornam o trabalho melhor, menos penoso e sofrido, proporcionando uma assistência qualificada. Um clima de compreensão e respeito favorece o compartilhamento de experiências e vivências, bem como oportuniza condições do livre exercício de expressão para opinar e sugerir acerca das questões assistenciais (DUARTE et al, 2012).

Como se evidencia nas falas os profissionais valorizam o apoio encontrado na própria equipe e na instituição através da realização de atividades de educação em serviço oferecidas acerca da temática:

Aqui a gente consegue fazer bastante curso de capacitação. Agente consegue ir às palestras e oficinas (T10).

[...] a gente faz curso sobre curativos e eu tenho aprendido dentro da instituição (T1).

A unidade de queimados é um espaço novo para mim, tenho lido muitas coisas e como tudo é novo para mim eu tenho lido muito. Tenho perguntado muito para a equipe e realizado cursos de capacitação (T8).

Para que a equipe de enfermagem consolide as ações de cuidado é imprescindível que exista nas instituições de saúde a educação em serviço, pois ela auxilia à capacitação do profissional e permite deixá-lo atualizado, possibilitando que preste um cuidado de enfermagem qualidade. Assim, deve ser contínua a preocupação do enfermeiro na educação em serviço dos profissionais, especialmente na área da saúde. Por fim,

a singularidade das organizações hospitalares tem sido destacada pela assistência a clientes em situações de saúde cada vez mais críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas que atendam as suas necessidades. Dessa forma, o trabalho hospitalar exige novas competências dos profissionais que se deparam com mudanças tecnológicas e exigências de sua clientela, provocando transformações no seu processo de trabalho (CAMELO, 2012; p.2).

Para tanto, o enfermeiro sendo visto como educador de uma equipe de enfermagem, tem a condição de organizar o processo de trabalho e ao mesmo tempo capacitar seus trabalhadores no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras bem como sua família, instrumentalizando-os para o cuidado. Com a finalidade de ocorrer uma educação permanente efetiva e participativa, deve-se pensar na sua elaboração e execução minuciosa, partindo-se de uma apreciação estratégica juntamente com a cultura institucional dos serviços de saúde em que está inserida (BRASIL, 2009).

O enfermeiro, por meio da educação em serviço, pode qualificar as ações da equipe de enfermagem visto que esta concepção proporciona à transformação das práticas a partir do pensamento crítico, em ambientes grupais, baseado na problematização da realidade diária de trabalho e nas necessidades de atos educativos (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Nesse sentido, a educação em serviço, há a possibilidade de melhorar a capacitação técnica dos profissionais de enfermagem, conferindo conforto, segurança e tranquilidade na execução dos procedimentos de enfermagem. Além disso, a educação permanente constitui-se como um espaço de aprendizado e aprimoramento de conhecimentos e habilidades, favorecendo a tomada de decisões, o pensamento crítico sobre as situações, melhorando a capacidade de analisar e julgar as perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. O raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam esse processo (CAMELO, 2012).

5.6 Estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem para cuidar de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras

Os trabalhadores do Centro de Tratamento a Pacientes Queimados estabelecem como estratégia para realizar a assistência de enfermagem o estabelecimento do vínculo paciente-equipe. Entretanto, esse gera certa dependência do paciente para com a equipe, tendo em vista que um indivíduo com queimaduras necessita dessa para auxiliá-lo no banho, no curativo sendo esse o momento mais tenso entre ambos.

Eu sei chegar até às crianças. Todos que entram aqui a gente acaba tendo um vínculo e no final agarra no colo e chama para brincar (T7).

O paciente é bastante dependente da gente aqui. E essa dependência cria um vínculo maior ainda entre a gente e essa parte. Às vezes, entre a gente conseguir chegar no paciente demora um pouco. Ai é que vem o fator do conversar, de tentar assimilar a situação vivida porque não adianta ali ficar dois mudos se não conversar não consegue de jeito nenhum. E essa dependência cria um vínculo maior ainda entre a gente (T3).

Assim, os trabalhadores colocam que o fator diálogo entre equipe e paciente confere o vínculo e isso somente é conseguido com certo tempo de hospitalização e convívio mútuo. Tais ações são importantes para que a criança/ adolescente possa receber atenção à saúde adequada e contextualizada ao seu meio e ser estimulada ao cuidado e atendimento específico às suas necessidades, dirigindo ao seu desenvolvimento saudável. Para constituir esse vínculo os profissionais utilizam o instrumento básico da enfermagem à comunicação.

Eu tento conversar bastante explicar o que estou fazendo e sempre conversando o que eu pretendo fazer nunca os deixo na dúvida, no vácuo para eles não pensarem o que ela vai fazer comigo oh a tia vai fazer isso (T1).

A gente conversa e muito. Mas é bom que os pais escutam porque eles também estão fragilizados nesse momento mas lembrar eles que no momento é a criança que precisa de ajuda (T7).

Dessa forma, o estabelecimento de um vínculo por meio da comunicação aparece como estratégia para cuidar e fortalecer o vínculo afetivo, para se iniciar uma conversa e os trabalhadores adentrarem no “mundo” interno das crianças e dos adolescentes; bem como auxiliar aos pais para que estes possam ajudar na recuperação do filho. Há ainda pelas falas, uma identificação com a criança quando essa interna na Unidade. Identifica-se a comunicação como um fator essencial para que ocorra o processo de cuidado:

A comunicação expressa pelo diálogo é ferramenta essencial da humanização nas práticas de saúde. O diálogo humaniza a relação entre os sujeitos, promovendo a aproximação e a confiança necessária para uma abordagem mais ampla e adequada ao processo de restabelecimento da saúde. A comunicação dá a oportunidade de expressar necessidades e emoções que se manifestam diante do sofrimento (ZOMBINI et al; 2012, p.75).

Por meio da comunicação os profissionais da equipe de enfermagem podem conseguir utilizar estratégias de promoção e de prevenção, intervindo o mais precocemente, ressaltando a responsabilidade de disponibilizar uma assistência à

saúde qualificada e humanizada e de favorecer o desenvolvimento humano (FALBO et al, 2012).

A busca da relação dialógica possibilita que o profissional possa conhecer o paciente e a atuar com ele de forma mais instrumentalizada.

O diálogo principalmente o diálogo tem que ter. A gente tem que conversar. Com um paciente é tranquilo, tem que ter um jogo de cintura e com outro tu tem que conversar um pouco mais. Ai me sinto mais preparada para cuidar (T9).

Eu uso bastante o diálogo. Como eu sou muito comunicativa gosto de falar eu converso com o adolescente tento entrar no mundo deles fazer parte daquilo que eles estão vivenciando, para facilitar o cuidado. E também porque eles dependem de nós pra muitas coisas. Às vezes, eles só têm nós para ajudá-los. Com a criança tento o diálogo com os pais para que eles possam auxiliar nos procedimentos. A criança é pura safadeza. Tu fazes o procedimento eles choram e brigam, mas logo depois estão rindo e brincando contigo (T3).

Com a criança eu acho que é uma situação de vínculo afetivo na verdade. Acho que todas nós nos identificamos muito quando chega uma criança (T6).

Por meio dessa relação dialógica realiza-se a “negociação” do cuidado, “pois a criança, quando doente, sente dificuldade em compreender o que está se passando com ela, tanto em relação à doença em si, como no que se refere aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, aos quais é submetida” (SOUZA et al; 2012, p. 687). Assim, preparar os profissionais para interagir criando relações construtivas e comunicativas com os clientes são essenciais para a prática de enfermagem. Elementos da comunicação são sistematicamente aprofundados no ensino de enfermagem (ROSENBERG; LES, 2011).

A dor em pacientes que sofreram queimaduras é inevitável e intensa podendo ser amenizada pela analgesia oferecida pela medicação. Frente à dor da criança/adolescente vítimas de queimaduras e as dúvidas e questionamentos desses e de sua família há a necessidade de se ter paciência e saber manejar a situação como forma de evitar o conflito e conseguir manter o controle sobre seu processo de trabalho.

Ah! Com certeza eu gosto muito de trabalhar com criança e adolescente, mas a gente tem que ter muito mais manejo porque o paciente queimado realmente sente muita dor. Na criança essa dor é triplicada porque ele não tem a consciência, não tem a sabedoria de que aquilo está doendo, mas com remédio vai passar. Então a gente tem que ter mais manejo, tem que explicar, ter muita calma porque ela chora, muita paciência. Tem que ter muita paciência senão a gente perde o controle e já desiste. É estressante, dá vontade de ir embora, do hospital, da unidade. (T6).

Geralmente é o pai ou a mãe que perguntam como vai ficar, se vai ter cicatriz. Os adolescentes se preocupam bastante. Eles cuidam e muito deles se olham no espelho. Então, choram, ficam deprimidos, ficam revoltados, agredem a gente. O que fazer? Tem que ter muita paciência. Temos que nos colocar no lugar e tentar entender isso aí. Muita paciência pra conseguir desenvolver nosso trabalho sem ficar louca ou deprimida. Sem perder o controle, a razão(T9).

Tratar esses pacientes constitui-se tarefa desafiadora e, muitas vezes, frustrante, para os agentes envolvidos (NEGROMONTE; ARAUJO; 2011). É confiado aos profissionais da equipe de enfermagem realizar diversos procedimentos com esses pacientes que causam dor intensa. Obter a cooperação do paciente torna-se, assim, tarefa difícil que requer equilíbrio, prática e técnica. A construção de um relacionamento de confiança é um processo gradual que exige o gasto de reservas emocionais da equipe de enfermagem.

Carinho e empatia são atividades de enfermagem relacionadas, mas não são semelhantes. Cuidar é um ato físico de atender as necessidades do um paciente, enquanto que a empatia é cuidar colocando em palavras, comunicando-se de forma não verbal e através do comportamento do profissional frente ao paciente (ROSENBERG; LES, 2011).

Devido a isso, eles necessitam praticar a habilidade de manejar, conversar usar a intuição para conseguir chegar a seu objetivo final que é o restabelecimento desses indivíduos que, muitas vezes, não conseguem compreender a gravidade da situação em que se encontram ou não se conformam com essa. Tal situação ocorre devido à pouca idade, à dor intensa, ao afastamento da família, dos amigos, da escola e de seu ambiente doméstico e da sua inserção em um ambiente desconhecido que lhes causa temor e pânico: o hospital.

A internação hospitalar devido à uma queimadura, geralmente, é traumática e geradora de tensão, angústia e sofrimento para a pessoa que necessita de cuidados. Se para uma pessoa adulta já é um momento difícil, de estresse e ansiedade para crianças e adolescentes pode ser pior. Mudam sua condição de sujeitos saudáveis, ativos e independentes para sujeitos dependentes dos profissionais da equipe para a realização das atividades da vida diária (AVD), como da higiene pessoal e/ou banho e alimentação, entre outras, mesmo que temporariamente (SILVEIRA; JOAQUIM; CRUZ, 2012).

Os trabalhadores usam brincadeiras com a criança como estratégia para convencê-la a aceitar o cuidado e com o adolescente utilizando a conversa, porque

ele parece ser mais tranquilo e prático. Através de brincadeiras e do lúdico os profissionais conseguem realizar uma comunicação efetiva e a abordagem para a realização dos procedimentos torna-se mais fácil e dinâmica.

Eu sou bobalhona mesmo. Eu fico o tempo inteiro fazendo bobagem, eu trago presentinho, eu faço um balão com uma luva, desenho uma carinha, pego uma máscara e coloco uns olhinhos; puxo a touca. Eu fico o tempo inteiro de brincadeira. Coloco um DVD, conto umas historinhas, para eu poder conquistar, para poder fazer os procedimentos (T10).

Com a criança é brincadeira mesmo, vamos fazer curativo? A tia te oferece uma luva. Vamos fazer a medicação? A tia oferece uma seringa. Ai depois que se realizam os procedimentos a gente vai desenhar pintar, mas primeiro vamos fazer os procedimentos. Então, a gente negocia com a criança (T6).

A criança tu tem que agir mais na brincadeira que na conversa. Explicar os procedimentos e junto oferecer um balão de luva, um seringa, brincar com um brinquedo dela ou então eu faço um balão de luva. Com o adolescente eu converso um pouco, explico como vai ser o procedimento. Com ele é mais tranquilo, pois ele é mais prático (T4).

Às vezes, eu chego cantando, conversando, mostrando um bichinho para poder chegar até ele (T2).

É imperativo haver a articulação entre a história do indivíduo e sua constituição subjetiva como ser de linguagem. As intervenções de enfermagem extrapolam o caráter técnico e ultrapassam o conhecimento profissional por meio da escuta e participação ativa dos sujeitos abrangidos (PENNAFORT; QUEIROZ; JORGE, 2012).

Por meio do uso da comunicação terapêutica efetivamente se pode criar uma relação enfermeiro-paciente, promovendo a escolha e responsabilidade, maximizando os resultados dos cuidados. Entende-se que a integração do conhecimento com compaixão, a habilidade de comunicação terapêutica é o maior patrimônio do enfermeiro na redução de tensões e estabelecer a harmonia. A comunicação terapêutica pode ser realizada quando o paciente é capaz de ser parceiro na gestão da sua própria saúde, aprendendo a participar ativamente do seu processo de cuidado (ROSENBERGER; LES, 2011).

Verificou-se a importância da ludoterapia na prática da assistência de enfermagem como uma forma de comunicação com a criança capaz de sensibilizar crianças/ adolescentes e familiares para as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para inseri-lo em seu cotidiano (FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2012; p.19).

A equipe de enfermagem usa atividades lúdicas e brincadeiras como artifício para a realização de ações de cuidado como fornecimento de brinquedos, a música e a televisão. Os trabalhadores referiram que o uso da música torna a prática do cuidado mais sensibilizada e menos “robótica”. Há ainda interação da família com a criança através do uso do brinquedo para que o hospital possa ser visto como um ambiente acolhedor e parecido com a residência da criança como é percebido nas frases:

Aqui a gente tem as televisões e cada quarto tem a sua. Então, colocamos um filmezinho, colocamos um DVD, uma musiquinha. Cantamos uma musiquinha, brincamos e vai indo né? (T6).

Quando a gente entra em alguns curativos a gente pergunta se o adolescente se importa se pusermos uma música. E a música distrai mais e nessa conversa a gente já termina o curativo e ele nem percebeu. Então, é uma estratégia bem boa de usar. A equipe também tem uma interação maior quando a gente usa a música para não ser uma coisa muito robótica. A gente pede para o pai trazer um brinquedo favorito, até para que ele possa ter um pouco da casa no hospital. Com as crianças a gente usa luva, balão” (T9).

Com o adolescente a gente toca uma música, eu passo uma do meu celular para o dele e ele para o meu, a gente tira foto junto, a gente se adiciona nas redes sociais, fica mais fácil da gente se aproximar (T10).

Utilizar o artifício da música, do brinquedo como um modo de conseguir realizar a ação do cuidado de enfermagem é uma ferramenta essencial. Os trabalhadores entrevistados evidenciam isso em suas falas. Dessa forma, essa pesquisa vem a corroborar para a importância do uso de métodos alternativos para se estabelecer um processo terapêutico com o objetivo de tornar a hospitalização do adolescente e da criança vítimas de queimaduras menos traumática e estressante.

Estudos relatam a utilização do brinquedo terapêutico, da música e do teatro como instrumentos que amenizam as tensões e facilitam o enfrentamento de situações estressantes, como as vivenciadas durante a hospitalização. Percebe-se também que a enfermagem tem grande parcela de contribuição para que essa tensão seja minimizada, pois os profissionais abordam de modo respeitoso a criança em sua individualidade e, nisso, consiste o sucesso de sua recuperação. O lúdico tem um importante valor terapêutico: a utilização de brinquedos, músicas e dramatizações assegura o cuidado integral e humanizado (MARQUES; SANTOS, 2012; p. 84).

Além disso, essa forma lúdica de preencher o tempo dessas crianças e adolescentes no hospital faz com que os profissionais possam se aproximar dessa clientela singular. Essa aproximação permite que se conheçam melhor, promovendo uma interação maior e mais íntima, facilitando a assistência de enfermagem ao

mesmo tempo em que aprimora a sua qualidade. Desta forma, o relacionamento entre o enfermeiro e seu paciente pode se transformar em um potencial de cuidado. Este relacionamento que surge através do cuidado é a essência da enfermagem (OLIVEIRA; SPIRI; 2011).

O uso de comunicação terapêutica fornece um meio de enfrentamento do desafio que é cuidar uma vítima de queimaduras, permitindo aproximação entre os indivíduos. A capacidade de absorver novas informações e adquirir novas habilidades de cuidados a cada dia é inerente à prática da enfermagem. Os profissionais precisam ter disposição e talento para criar e sustentar relações de confiança com os pacientes. Uma relação de confiança promove o crescimento e auxilia na cura de um paciente, podendo ser fonte de energia, de crescimento e de gratificação, tanto para os profissionais da equipe de enfermagem como para o paciente (ROSENBERG; LES, 2011).

A hospitalização para esse público compõe-se de um agravo em suas vidas já que pode levar a sentimentos de abandono do lar, da família, e à sensação de que vão experimentar no hospital situações dolorosas. Aliado a isso, há ainda as rotinas a serem seguidas dentro de uma instituição, bem como, o receio das cicatrizes, amputações, retrações, deformidades, cegueira, entre outros. Por isso outra estratégia utilizada pelos profissionais para realizarem o cuidado da criança e do adolescente é auxiliá-los na sua adaptação à situação vivida, transmitindo-lhes o máximo de informações e tranquilidade possível.

Então, depois que passa o período de adaptação que eles passam a confiar na gente eles se abrem mais que o adulto. Durante essa transição eles ficam apavorados, mas é legal ver essa transição e ver que eles conseguiram transpor essas barreiras da vergonha, do pudor através das informações que a gente vai aos poucos lhes transmitindo. Eles vão se acalmando e tendo menos medo (T1).

Teve uma menina que fez a reconstituição do dedinho. Então ela dizia: - Olha tia que lindo que está o meu dedinho, está igual ao das minhas amigas. Então, tu vias que para ela era deslumbrante. Os adolescentes ficam muito preocupados se vão ficar marcados, se vai ficar escuro, se vão poder ir à praia, se vão poder usar biquíni, se vão poder tirar foto. Ai eles te indagam bastante. Eles querem saber se vão ficar com cicatriz, se eles vão poder sair, se vai ficar muito feio. Ai a gente explica, informa que tem cirurgia plástica, que a doutora vai acompanhar e ai eles ficam mais tranquilos. Mas eles se preocupam bem mais com a imagem que as crianças (T6).

A hospitalização de crianças e adolescentes é carregada de sentimentos negativos tais como: tristeza, prisão, saudade de casa, falta dos amigos, irmãos, parentes, falta de brincar, medo estranheza, solidão, insegurança (GOMES et al, 2012). Dessa forma, após o período de mudanças, ocorre a adaptação e a ação de cuidado de enfermagem torna-se mais fácil e eles conseguem confiar na equipe, sentindo-se ambientados com o hospital e com os procedimentos a serem realizados no setor.

Os profissionais do Centro de Tratamento a Pacientes queimados procuram acompanhar o paciente e sua família durante todo o período em que permanecem no hospital, dando-lhes apoio, esclarecendo suas dúvidas com relação às cicatrizes, à situação vivida e seu tratamento (CRUZ; ANGELO, 2011). Entre as informações fornecidas aos pacientes está a orientação acerca dos cuidados com o sol, sobre o uso da pomada cicatrizante e o do uso de roupas adequadas.

Eu acho que tudo que a gente faz desde quando tu te apresentas para o paciente até o próprio procedimento. Eu vejo que aqui a gente caminha muito junto com o paciente. E engloba toda a assistência, até mesmo quando os médicos vêm a gente vai junto para que eles sintam-se apoiados e fortalecidos (T1).

Teve um adolescente que perguntou como ele devia fazer porque depois que eles saem daqui eles tem que usar uma pomada, cuidar para não tomar sol. Ai ele perguntou: Mas e como eu vou ir para colégio? Como eu vou fazer? As colegas orientam a usar uma manga longa, se a queimadura for na mão usar uma luva, na perna uma bermuda, e eles se preocupam bastante com a questão da escola e da sua aparência. Às crianças, são os pais que perguntam sobre a coceira, se vai ficar marcado e depois como vai ser quando ele sair daqui, se vai ficar com aquela ferida. Então, eles precisam muito deste apoio nesta hora (T9).

A adolescência é um período de transformações corporais, que ocorrem paralelamente à elaboração da identidade. O corpo transformado habilita os adolescentes a práticas antes não exploradas e as descobertas são vividas de maneira intensa. O adolescente é um ser intransitivamente apaixonado. Na sociedade ocidental contemporânea, para demonstrar suas paixões e atrair o olhar dos outros, algumas vezes, o adolescente usa seu corpo, marcado por vertiginosas mudanças, como estandarte (CARONI; GROSSMAN, 2012).

Dessa forma, fica a preocupação dos mesmos após o período de internação hospitalar com seu aspecto físico e sua maneira de se relacionar na sociedade. Há nesse momento, outra etapa, talvez, bastante dolorosa a ser vencida: as marcas

corporais deixadas pela queimadura. Os adolescentes são vulneráveis às pressões exercidas pela sociedade de consumo e necessitam serem aceitos para sentirem-se bem (CARONI; GROSSMAN, 2012).

É necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para a investigação da necessidade de autocuidado de adolescentes e crianças com o intuito de programarem intervenções que atendam a singularidade de cada momento específico do seu crescimento e desenvolvimento (SOUSA et al, 2012). Como “a imagem corporal é algo significativo à autoestima e bem estar do adolescente” (SILVA, 2012; p. 20), os profissionais atuantes no Centro de Tratamento a Pacientes Queimados precisam fornecer-lhes um suporte maior para conseguirem auxiliar os adolescentes a vivenciarem este período de forma menos sofrida. Necessitam realizar orientações pertinentes às suas queixas, dúvidas, angústias, tristezas reveladas durante o convívio no hospital.

Outra estratégia de cuidado às crianças e adolescentes vítimas de queimaduras é introduzir a família no seu processo de cuidado, cuidando-a e instrumentalizando-a a cuidar. É preciso compreender e encontrar meios para lidar com a situação familiar. Cuidar de crianças e adolescentes não envolve somente um único indivíduo, mas sim todo o contexto em que ele está inserido, ou seja, seu núcleo familiar. As estratégias se complementam com a inserção da família na ação do cuidado de enfermagem. Para isso há a necessidade de se conversar com a família quando a equipe percebe que um dos pais está exausto até mesmo quando a equipe percebe que a criança ou o adolescente se sente mais seguro perto de um membro específico da família.

A gente chama a parte o familiar quando é necessário para oferecer as orientações que nós também precisamos passar para ele. Às vezes, a gente percebe a necessidade do pai vir e a mãe passar um tempo em casa ou outro familiar, ou de repente trocar para a criança se sentir mais segura e confortável e para que este exausto descanse(T9).

O cuidado sempre existe em todos, mas quando é uma criança tu lidas com os pais que estão ali sempre perto. Para a criança, tu explicas, mas ela não entende muito. Até os pais, muitas vezes, não entendem. E quem está sentido a dor é a criança. Mas a diferença é essa tu tens que ter mais cuidado e inserindo a família é melhor. A criança se sente mais segura com ela aqui (T7).

É preciso o exercício da paciência com a família. Em especial com os pais, devido à situação em que o filho se encontra, explicando as rotinas do hospital bem

como a importância da equipe unida e em sintonia para servir de sustentáculo ao paciente e família.

A gente respira fundo e conversa com a mãe, pois os pais também ficam estressados por ver o filho chorando com dor. Então, é muito importante estarmos aqui para dar-lhes apoio (T6).

A gente sabe que há a dor, mas é necessário explicar as rotinas do hospital, o horário de visita o horário de banho. A gente conversa com o paciente e com o familiar. A alimentação que ele precisa ingerir, que é importante pra ele. Eu acho que aqui a gente tem um diálogo muito bom, entre o paciente, equipe e família (T9).

A equipe também entra num consenso de como devemos chegar naquela criança, quando é necessário. Quando a gente percebe que a criança está muito chorosa. A presença do familiar que ele goste mais torna-se fundamental para que ele possa se sentir protegido. Saber que sua família está ali presente. Então, tem que ter paciência, explicar, conversar (T9).

Se não houver uma boa relação a gente não vai conseguir oferecer um melhor tratamento para a criança. Então, da melhor maneira possível, explicar tudo para a mãe para ela não vir nos cobrando alguma coisa e mesmo assim ela nos cobra (T8).

Neste contexto, é importante que se aprenda com as mães, pais ou cuidadores acerca da criança/adolescente, abordando seus problemas individualmente, o que pode ser conseguido no momento da consulta de enfermagem, através de momentos de interação com esses (CARTAXO et al, 2011). É necessário problematizar com esses a situação em que se encontra a criança ou o adolescente, as perspectivas de melhora do seu quadro, os curativos, a importância de realizar todos os procedimentos de enfermagem prescritos na intenção de uma alta hospitalar precoce e satisfatória.

No que concerne ao cuidado de enfermagem, é fundamental considerar a família como parte indispensável do processo assistencial não sendo plausível afastá-la do cenário do hospital, pois antes da queimadura eles faziam parte da vida da criança/ adolescente e continuará a fazer durante todo seu processo de internação, alta e reabilitação pós-alta (CRUZ; ANGELO, 2011). Portanto, o acolhimento e a participação da família no cuidado requerem o compartilhamento de ideias e de cuidados. (DUTRA et al, 2010).

Assim, para os profissionais do Centro de Tratamento a Pacientes Queimados adaptar a prática do cuidado faz parte do seu cotidiano de trabalho, pois nem sempre eles conseguem realizar os procedimentos de forma eficaz e eficiente. Por isso, outra estratégia de cuidado referida por eles é ser criativo, paciente e flexível,

garantindo a realização de procedimentos, mesmo que tenham que ser realizados no colo da mãe como forma de ter maior conforto e segurança.

Eu acho que a gente tem que ter paciência e tentar fazer o melhor trabalho possível, mas adaptando as formas de se fazer. A gente já fez curativo com a criança no colo da mãe, já administrou medicação VO que eles não gostam muito junto com refrigerante. Então, a gente tem que ter a paciência para fazer aquele curativo e fazer o procedimento do modo mais correto possível, mas também visando o bem estar da criança. Temos que ser flexíveis e criativos dentro das possibilidades de ação (T6).

Para que mudanças ocorram, é necessário respeitar o tempo de cada pessoa, além de proporcionar condições e ferramentas capazes de instrumentalizá-la para o novo. Toda mudança é capaz de gerar ansiedade e, por vezes, resistência, pois sair da zona de conforto, expandir o conhecimento para novas possibilidades, pode não ser fácil para muitos profissionais. No entanto, vivenciar um cuidado diferenciado, ao visualizar formas criativas de atuar, pode gerar melhor receptividade da criança/adolescente e seu familiar à abordagem do profissional. Estas são situações apresentadas diariamente aos profissionais de enfermagem em seu trabalho cotidiano (SOUZA; FAVERO, 2012).

O uso da paciência para conseguir realizar as ações de enfermagem, faz com que se ampliem as ações em saúde e implica levar em consideração que o indivíduo sofre influências do contexto no qual estão inseridos. Para que práticas criativas e a flexibilidade no manejo do cuidado possam ser consolidadas é necessário alterar a maneira de pensar e fazer saúde, considerando as reais necessidades do indivíduo e possibilitando à criança/adolescente e seu cuidador familiar sentirem-se sujeitos nesse processo (LEITE et al, 2012).

Os profissionais referiram que trabalhar com o estado psicológico das crianças e dos adolescentes é um fator que auxilia no processo do cuidar. Para eles o cuidado em si é o mesmo para crianças e adolescentes, ou seja, a técnica para realizar a prática do cuidado é igual; porém ressaltam a importância de fazê-lo de forma individualizada e caracterizada de acordo com a faixa etária de cada paciente.

A postura do profissional é revista ao prestar a assistência de enfermagem a esses indivíduos, e dirigida para situações específicas de acordo com os tipos de sujeitos envolvidos e a situação que levou a queimadura. Torna-se, então,

necessário levar a questão psicológica em consideração na hora de prestar o cuidado.

Eu acho que o estado psicológico afeta muito e tem que trabalhar muito o psicológico deles. Eu acho que o cuidado mesmo em si é semelhante entre os dois (criança e adolescente). Mas o cuidado tem que ser mais individualizado conforme as suas características. É o cuidado mesmo não digo que tem que ser o mesmo, mas dependendo da lesão o cuidado vai ser o mesmo, só vai mudar as nossas atitudes perante o ser cuidado. A criança é mais agitada, é tentar acalmá-la, ver outros meios para entreter a criança. Com os jovens o psicológico é muito importante. O que eu acho que para a criança é uma experiência nova porque no decorrer da maturidade dela, ela vai ter uma maior aceitação do que aconteceu com ela do que com o adolescente que já compreendem (T8).

Eu tenho lido muita coisa de psicologia. E o que vejo é que essa parte puxa muito disso. Às vezes, é um problema que levou ele até aqui como uma tentativa de suicídio. Às vezes, alguém quis colocar fogo nele, uma pessoa que não gosta da outra, ou perdeu a casa num incêndio. Então, tem a questão psicológica muito forte e a gente tem que levar isso aí em conta (T1).

Os profissionais enfatizam que o estado psicológico da criança e do adolescente é bastante afetado sendo que cada um é cuidado de acordo com a sua maturidade e situação em que ocorreu a queimadura. Assim, ao prestar cuidados são levados em consideração às necessidades psicológicas das crianças e dos adolescentes (CRUZ; ANGELO, 2011). Este fato é essencial e evidencia uma atitude de respeito perante o indivíduo.

Tal situação promove a assistência integral com uma abordagem global, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se limitando apenas às demandas biológicas. Neste sentido, a criança apresenta uma perspectiva de crescimento e de desenvolvimento, pois ela tem o seu ritmo, o seu tempo cronológico necessitando ser acolhida e entendida por sua rede social, e os profissionais da saúde precisam se mostrarem sensíveis a este movimento. Assim, a integralidade do cuidado advém do bem-estar fisiológico, intelectual, sociocultural, psicológico e espiritual da criança/ adolescente e dos seus familiares (REFRANDE et al, 2012).

Outra forma dos profissionais de enfermagem atingir o cuidado é realizar a escuta atenta e sensível para identificar o real estado em que a criança/ adolescente se encontra para poder abordá-los de uma forma diferente na intenção de conseguir uma aproximação efetiva. Ainda assim, os profissionais referem que quando a criança não quer realizar um procedimento mesmo eles arriscando usar alguma

forma de convencimento como um brinquedo particular, e esta não aceita torna-se difícil a realização do seu cuidado.

Não tem uma estratégia específica até porque depende do estado da criança: se ela está mais calma, mais agitada. Aí a gente vai ter que chegar com mais calma. Ver o melhor momento. A gente tem que prestar atenção, escutar de forma atenta e sensível. De repente tem que usar o brinquedo dela, mas às vezes não tem jeito mesmo. Quando eles dizem não eles não querem fazer, não querem falar e aí não adianta. Tu não consegues fazer nada. Criança é pior que adulto porque o adulto tu explica e convence, mas criança por mais que tu fale quando ela não quer fazer alguma coisa não adianta, ela não faz. Aí tem que ser um pouco a força e o sofrimento dela é maior (T8).

É importante ter estratégias relacionadas à saúde da criança/ adolescente para poder realizar o cuidado de enfermagem. Consoante, os resultados alcançados neste estudo reforçam o conceito de complexidade para promover a saúde. Demanda a participação da família e dos profissionais da saúde, cooperando mutuamente em prol da recuperação do paciente.

O emprego do lúdico se configura como estratégia de enfoque, especialmente para a equipe de enfermagem que atua com a criança e o adolescente, no âmbito do cuidar assistencial. Doravante, acredita-se que o lúdico é a forma mais efetiva de estabelecer contato com a criança e o adolescente (NASCIMENTO et al, 2012). Porém, se este contato não se mostra efetivo, mesmo usando artifícios lúdicos, os profissionais compreendem que é melhor não insistir com a criança principalmente para realizar o cuidado de enfermagem.

Entretanto, os trabalhadores diferenciam algumas estratégias de cuidado entre adolescentes e crianças. Para trabalhar com esses dois públicos, com idades tão diferenciadas, há a necessidade de abordá-los de forma distinta. Com crianças utilizam mais atividades lúdicas, o uso do brinquedo terapêutico, o compartilhamento de informações e ações com sua família de forma individualizada. Buscam esclarecer à família acerca dos procedimentos e sua importância, já que citam a família como “observadora”.

Já com os adolescentes os trabalhadores procuram proporcionar-lhes segurança, explicando todo o procedimento e os benefícios desse para a sua melhora. Eles colocam também que o adolescente por ter um entendimento maior sobre sua situação vivenciada são mais tranquilos e colaborativos. Porém, alguns são rebeldes e, às vezes, expõe a sua fragilidade por estar em uma idade de

mudanças, se mostrando sensíveis à seu estado de saúde. Assim, os profissionais procuram descobrir como o adolescente pensa para estabelecer uma forma de interação com a intenção de compreendê-lo e auxiliá-lo na otimização de sua terapêutica.

Dessa forma, há que estabelecer um quadro comparativo entre criança e adolescente para caracterizar as formas de enfoque dos profissionais com seus pacientes:

Estratégias com a criança	Estratégias com o adolescente
Cada paciente tem uma particularidade cada um é único e a gente trabalha em cima disso. Mas com certeza a criança a gente vai tentar ser mais breve (T1). A criança a gente tem que dar uma atenção maior não é só porque é criança mas é que tem familiar junto e familiar observa muito e esta sempre na volta e a gente tem que tomar muito cuidado e perceber o que não é (T8). A gente tenta manter a melhor relação possível até porque com a criança a gente vai estar com a mãe ou o familiar 24 horas do dia então se não tiver uma boa convivência é difícil estabelecer o tratamento (T6). A criança é daquele jeito delicado brincando, mostra na bonequinha que assim a gente vai fazer em ti (T9).	Com o adolescente a estratégia que eu uso é deixar ele o mais seguro possível, é chegar ao quarto e falar: isso aqui tu vai fazer agora é para isso, se você não fizer vai acontecer isso; se você fizer tu vai melhorar por causa disso. É deixar ele seguro do que eu vou fazer com ele (T6). O adolescente é mais tranquilo porque ele já entende mais, mas também são mais rebeldes eles já não são mais crianças eles sabem o que é certo e o que é errado. Mas eles ainda têm um pouco de criança de serem sensíveis, de correr, de chorar de espernear tem tudo isso (T7). O adolescente respeita. É o rebelde tem que mostrar para ele que é para o bem dele, que não tem escapatória. É necessário ter com ele uma conversa meio firme (T9). E o adolescente é legal assim porque tu vai tentar pensar o que ele pensa (T1).
Estratégia para ambos: criança e adolescente	
Eu acho que a gente está aberta para qualquer dúvida, indagação que eles tenham equipe com o paciente. Eu vejo que a gente tenta o máximo por eles. E que a gente não está aqui para furar eles dez vezes. A gente está aqui para que ele volte para casa o mais rápido e da melhor maneira possível (T6).	

A adolescência é uma etapa da vida na qual surgem uma série de transformações tanto físicas, quanto psicológicas e sociais que contribuem para a formação da sua personalidade (GÓMEZ et al, 2012) . Assim, os profissionais de enfermagem precisam apresentar atitudes firmes ao realizar a assistência de

enfermagem bem como necessitam transmitir ao adolescente segurança e compreender a fase de transição da infância para a adolescência. Ele, o adolescente, talvez compreenda melhor que a criança o processo saúde/doença, e o porquê de sua internação hospitalar, porém, às vezes, pode apresentar comportamento infantil devido a sua imaturidade.

Dessa forma,

para corresponder a essa necessidade, é essencial que os profissionais de saúde demonstrem não somente o aprimoramento técnico científico, mas que tenham atitude humana e sensibilidade ao trabalhar com adolescentes. Por sua vez, as ações direcionadas aos adolescentes necessitam estratégias eficazes e eficientes, levando em consideração a suscetibilidade e vulnerabilidade a que estão submetidos (CARVALHO; ERDMANN; SANTANA; 2011; p.272).

Por isso, os profissionais de enfermagem precisam apreender e conseguir transmitir a confiança necessária para a realização do ato assistencial com esses indivíduos, respeitando suas particularidades com a finalidade de tornar a sua ação tranquila e eficaz, minimizando o medo dos procedimentos executados.

A maneira como cada paciente convive e se relaciona com a situação de doença é único, e está vinculado a aspectos mentais, ambientais, sociais e de âmbito familiar. Há ainda que atentar como o impacto da doença interfere no sentimento de domínio e controle do jovem sobre um corpo em modificação; pois, ele se torna distinto dos demais em um momento da vida em que ser diferente é inaceitável ao grupo de colegas (CARVALHO; MOREIRA; NUNES; 2012). A queimadura ocasiona uma desfiguração no sujeito acometido pelo trauma. E isso reflete em seu comportamento tanto em ambiente hospitalar quanto em seu ambiente social futuramente.

Assim, a família exerce papel essencial na recuperação da criança e do adolescente, pois ao vivenciar acontecimentos perturbadores e agressivos, necessitam de afetividade, cuidado, atenção, carícia, abraço maternal, fraternidade e proteção dos adultos (CARVALHO; ERDMANN; SANTANA, 2011).

Dessa forma, é um desafio para os profissionais, pois muitas vezes podem vir a se sentir como intercessores entre as crianças, os adolescentes com queimadura e suas famílias. Essa relação de convivência entre família e equipe de enfermagem deve ser baseada na confiança mútua, na troca de informações pertinentes, bem como, a compreensão por parte dos familiares de que a intenção

dos profissionais é promover a recuperação de seus pacientes o mais rápido possível e da melhor forma.

O foco principal reside no encontro com o mundo da família que vivencia a experiência da hospitalização da criança e do adolescente e suas necessidades de saúde, o que demanda uma abordagem multidimensional. A isto, demanda, dos profissionais, a compreensão das experiências de cada pessoa, considerando-se a temporalidade e a historicidade, tendo como fio condutor a ética.

O estabelecimento de relações de confiança e respeito entre a família e os profissionais significa a possibilidade de transformar o ambiente hospitalar em um local de menos desconforto para os envolvidos, sejam eles a criança, o adolescente, a família ou os profissionais, e a construção do vínculo afetivo por meio da valorização da confiança estabelecida funciona como elo importante entre os sujeitos da hospitalização (LEITE et al, 2012). Portanto, valorizar a confiança e a reciprocidade entre equipe e paciente torna-se fundamental para a boa prática do exercício da enfermagem (MONTENEGRO, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou conhecer as implicações do cuidado à criança e ao adolescente vítimas de queimaduras para a prática da enfermagem. Em relação aos sentimentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem frente ao cuidado verificou-se que esses vivenciam ansiedade e tensão frente à dor do paciente, têm a sensação de doação querendo “fazer mais”, tristeza e abalo durante a prestação do cuidado, sensação de utilidade devido à dependência desses pacientes de seus cuidados, sensação de competência ao realizar o cuidado e ver seus efeitos, impotência por não terem controle sobre a situação vivenciada pelos pacientes, revolta e raiva por não compreenderem o porquê este acidente aconteceu e pena dos pacientes e seus familiares devido seu sofrimento.

Como facilidades para o cuidado referiram a ajuda mútua entre os membros da equipe aliada ao tempo de atuação no setor, o desenvolvimento de um bom relacionamento com a família da criança / adolescente, a sinceridade da criança ao manifestar seus sentimentos, uma identificação e afinidade maior para cuidar crianças e adolescentes e o adolescente ser mais aberto e entender com facilidade

a linguagem utilizada no setor.

Em relação às dificuldades referiram a falta de preparo e a pouca habilidade para cuidar de crianças/ adolescentes com dor, o desconhecimento acerca do paciente, a falta de habilidades técnicas para realizar procedimentos em crianças/ adolescentes, lidar com o familiar, lidar com a necessidade de manipular o corpo do adolescente, comunicar-se com crianças que não sabem expressar-se, pacientes que não falam o português e adolescentes que possuem linguagem própria, explicar para o paciente a magnitude do trauma sofrido e conversar com esses acerca das sequelas, deformidades e limitações com as quais terão que (con)viver.

Quanto às estratégias para se instrumentalizar para o cuidado utilizam a leitura sobre queimaduras e curativos, leituras de materiais de outras áreas da saúde, uso de técnicas de abordagem e interação com pacientes e familiares, a própria prática diária no setor e a busca de apoio na equipe e na instituição através da realização de atividades de educação continuada.

Como estratégias utilizadas para cuidar referiram o estabelecimento de vínculo e de uma relação dialógica, o uso de brincadeiras e atividades lúdicas, o fornecimento de apoio, esclarecendo dúvidas e fornecendo informações úteis para o viver após a alta, a introdução da família no processo de cuidado, o uso da criatividade, a valorização do aspecto psicológico do paciente durante a realização do cuidado, a adaptação do cuidado de acordo com a faixa etária do paciente e o uso da escuta atenta e sensível.

A partir dos dados concluiu-se que o cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes vítimas de queimaduras é complexo e causador de impacto para os profissionais atuantes em Centros de Queimados. Esses convivem diariamente com a dor do paciente ora aliviando-a, ora causando-a durante a realização de procedimentos. Alguns profissionais podem reagir a isto com adoecimento, outros solicitando, após algum tempo, troca de setor de trabalho. No entanto, outros podem sentir satisfação em atuar junto a pacientes dependentes e necessitados de cuidados especializados.

Como implicação para a prática da enfermagem vislumbra-se a necessidade desses profissionais estarem constantemente se atualizando quanto às técnicas para o cuidado ao paciente queimado, apreendendo e incorporando no seu fazer esta tecnologia. Há, também, a necessidade que esses recebam apoio psicológico

de forma a manterem sua saúde psíquica, pois vivenciam situações de conflito e estresse cotidianamente.

O compromisso dos profissionais da equipe enfermagem de uma unidade de tratamento de queimados é promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes vítimas de queimaduras. Este requer dedicação, doação, paciência e compaixão. É necessário atuar, adaptando o cuidado de enfermagem a cada paciente e a cada familiar cuidador, de forma a que se sintam fortalecidos para o enfrentamento de seu processo terapêutico.

Apesar das queimaduras serem, geralmente, apresentadas como um acidente se observou que, na maioria das vezes, essas ocorrem em casa por que crianças/adolescentes manipularam água ou leite quente, velas acesas, líquidos inflamáveis, levaram choque elétrico, entre outros. Na maioria das vezes, estavam sem supervisão de um adulto. Este fato mostra a necessidade dos profissionais da enfermagem investirem em ações educativas na comunidade com vistas a ensinar a família a minimizar os riscos de queimaduras na sua casa.

Há necessidade da implementação de políticas públicas voltadas especificamente ao paciente vítima de queimaduras, a ampliação do número de Unidades de Tratamento de Queimados no país, de forma descentralizada, mas principalmente, a qualificação dos profissionais da saúde/ enfermagem para o cuidado às vítimas, pois, apesar da melhora no tratamento da queimadura nos últimos anos, ela ainda configura-se como importante causa de morbidade e mortalidade, além de resultar em sequelas que comprometem o viver.

Acredita-se que o estudo possibilitará discutir e refletir acerca da prática profissional da enfermagem no Centro de Queimados frente ao cuidado à criança e ao Adolescente vítimas de queimaduras. Outros estudos poderão ser realizados no sentido de verificar as repercussões da queimadura para a autoestima e autoimagem de crianças e adolescentes, como se dá o a vivência da sexualidade por adolescentes vítimas de queimaduras, quais as repercussões desta para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes e como se dá o enfrentamento familiar para o cuidado à criança/adolescente vítimas de queimaduras.

REFERÊNCIAS

- ALVES CA, DESLANDES SF; MITRE RMA. **Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade.** Interface - Comunic.,Saude, Educ. 2009; 13(1): 581-94.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante.** Artmed POA, 2009.
- BALAM MAJ, OLIVEIRA MLF, TRASSI, G. **Características das vítimas de queimaduras atendidas em unidade de emergência de um hospital escola do noroeste do Paraná.** CiencCuid Saúde, 2009 Abr/Jun; 8(2): 169-175.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo.** Ed.70, 2011.
- BARDIN L. – **Análise de Conteúdo;** Ed 70 Lisboa; 2007.
- BATISTA LTO, RODRIGUES FA, VASCONCELOS JMB. **Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças Vítimas de queimadura.** Rev Rene, 2011 jan/mar; 12(1): 158-65.
- BERARDINELLI LMM, SANTOS I, SANTOS MLSC, CLOS AC, PEDROSA GS, CHAVES ACS. **Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado.** Rev. enferm. UERJ, 2010 out/dez; 18(4): 553-8.
- BUENO, P.C.; NEVES, E.T.; RIGON, A.G. **O manejo da dor em crianças com câncer: contribuições para a enfermagem.** Cogitare enferm jun 2011;16(2): 226-31
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em janeiro de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série B. Textos Básicos de Saúde.Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9; Brasília – DF, 2009. Acesso em outubro de 2013.
- BRITO MEM, DAMASCENO AKC, PINHEIRO PNC, VIEIRA LJES. **A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras.** Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(2): 321-25.
- BRUNNER& SUDDART. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica/** [editores] SMELTZER SC, BARE BG, HINKLE JI, CHEEVER KH. Rio de janeiro 2008.
- CAMELO SHH. **Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa.** Rev. Latino Am. 2012 Jan 20(1): [09 telas].
- CAMPOS JF, DAVID HSL. **Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho.** Rev esc. Enferm. 2011,

45(2): 363-68.

CARLUCCI VDS, ROSSI LA, FISCHER AMFT, FERREIRA E, CARVALHO EC. **A experiência da queimadura na perspectiva do paciente.** RevEscEnferm USP 2007; 41(1): 21-28.

CARONI MM, GROSSMAN E. **As marcas corporais segundo a percepção de profissionais de saúde: adorno ou estigma?** Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(4): 1061-70.

CARTAXO ANB, ALENCAR AMPG, SAMPAIO KJA, OLIVEIRA JD. **Caracterização dos Casos de Queimaduras Infantis em Hospital Materno- Infantil de Referência Municipal.** Cad. Cult. Ciênc. 2012 ;10(1): 45-53.

CARVALHO JN, ERDMANN AL, SANTANA ME. **A autonomia do cuidado exercido por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem.** Cogitareenferm. [online]. 2011,16(2): 268-74.

CARVALHO MF, MOREIRA MRC, NUNES CM. **Estágios do pesar nos discursos de jovens em Tratamento renal substitutivo.** Rev. enferm. UERJ, 2012 abr/jun; 20(2): 203-08.

CRUZ AC, ANGELO M. **Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos.** CiencCuidSaude. 2011; 10(4): 861-65.

COSTA TF, CEOLIM MF. **A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura.** Rev Gaúcha Enferm. 2010 dez; 31(4): 776-84.

COELHO JAB, ARAUJO STC. **Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados.** Acta paul. enferm. 2010; 23(1): 60-64.

COUTINHO BBA, BALBUENA MB, ANBAR RA, ALMEIDA KG, ALMEIDA P. **Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermaria de queimados da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS.** Rev. Bras Queimaduras. 2010; 9(2): 50-53.

CUNHA GL, SILVA LF. **Lúdico como recurso para o cuidado de enfermagem pediátrica na punção venosa.** Rev Rene. 2012; 13(5): 1056-65.

CHRISTOFFEL MM, SOUZA TV, SILVEIRA ALD, VALENTE EV, MEIRELLES JR, SILVA PL. **Grupos de pesquisas em enfermagem na área do recém nascido, da criança e do adolescente: perfil e tendência.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 147-55.

DAMASCENO AKC, PAGLIUCA LMF, BARROSO MGT. **Aplicação dos conceitos da teoria humanística numa unidade de queimados.** Rev. Rene. Fortaleza, 2009 abr-jun 10(2): 78-85.

DIAS MF, AFONSO MSA, MARCELINO TSB, SANTOS JM, MORITA ABP. **A criança vítima de queimadura e sua dor no momento da realização de**

procedimentos diários: uma revisão bibliográfica. Janus Lorena, 2008 jul; 5(8): 33-43.

DIEFENBACH GDF, MOTTA MGC. **O cuidar em enfermagem: família e criança com dor oncológica.** CogitareEnferm. 2012 Jul/Set; 17(3): 458-63.

DUARTE MLC, LEMOS L, ZANINI LNN, WAGNES ZI. **Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados.** Rev Gaúcha Enferm. 2012 mar; 33(1): 77-84.

DUTRA CF, NEVES NVG, BARRETO MLM, SOUZA MV, MAYER E M, CUPERTINO MC, MARQUES MAR. **Programa de atendimento à família no ambiente hospitalar: uma ação de humanização junto aos acompanhantes das crianças internadas no Hospital São Sebastião de Viçosa, MG.** PART. 2010; 17: 54-60.

FALBO BCP, ANDRADE RD, FURTADO MCC. MELLO DF. **Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem.** Rev. bras. enferm. [online]. 2012, 65(1): 148-54.

FRANCISCHINELLI AGB, ALMEIDA FA, FERNANDES DMSO. **Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros.** Acta paul. enferm. [online]. 2012; 25(1): 18-23.

FORTNER PA. **Perioperative Nursing Considerations in Burn Care.** Perioperative Nursing Clinics. 2012; 7: 35–52.

FLICK U. **Introdução a Pesquisa Qualitativa.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIMENES GA, ALFERES FCBA, DORSA PP, BARROS ACP, GONELLA HA. **Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.** RevBras Queimaduras. 2009; 8(1): 14-7.

GOMES ILV, OLIVEIRA MV, QUEIROZ LLA L, BEZERRA NPGS. **A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas.** CogitareEnferm. 2012 Out/Dez; 17(4): 703-9.

GÓMEZ EP, VARGAS LCO, FIGUERA FAC, BERRÍO JA, MORENO LM. **Bullyingen adolescentes escolarizados: validación del diagnóstico de enfermería “riesgo de violencia dirigida a otros”.** Hacia la Promoción de la Salud; 2012, 17 (1): 45–58.

GRAF A, SCHIESTL C, LANDOLT MA. Posttraumatic stress and behavior problems in infants and toddlers with burns. Jpeditr psychol, 2011 Set; 36(8): 923-31.

KANAI KY, FIDELIS ZMZ. **Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada.** Rev Dor. 2010; 11(1): 20-27.

KOROTKOV RGK. **Computerized analysis of pigmented skin lesions: A review.** Artificial Intelligence in medicine. 2012 out; 56(2): 69-90.

LANETZKI CS, OLIVEIRA CAC, BASS ML, SULIM AS, TROSTER, E J. **O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital Israelita Albert Einstein.** Einstein. 2012; 10(1): 16-21.

LEITE MF, GOMES IP, LEITE MF, OLIVEIRA BRG, ROSIN JCN. **Condição crônica na infância durante a hospitalização: sofrimento do cuidador familiar.** CiencCuidSaude. 2012 Jan/Mar; 11(1): 051-05.

MARQUES JF, SANTOS HA. **A criança como unidade de cuidado e campo de investigação da enfermagem.** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde; 2012 maio-ago; 37(2): 81-86.

MARTINS AJ, CARDOSO MHCA, JÚNIOR JCL, MOREIRA MCN. **A concepção de família e religiosidade presente nos discursos produzidos por profissionais médicos acerca de crianças com doenças genéticas.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(2): 545-53.

MAZZI L, FERREIRA LA, BITTENCOURT MN. **Aspectos emocionais da mãe em relação ao filho queimado após a alta hospitalar.** Saúde Coletiva, 2010. 44(7): 232-36.

MONTANHA D, PEDUZZI M. **Educação permanente em enfermagem levantamento de necessidades e resultados esperados a concepção dos trabalhadores.** Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3): 597-04.

MONTENEGRO, G. **Comunicación acerca de la Red Internacional de enfermería en salud Infantil (RED ENSI).** Revista cubana de enfermeira. 2012, 28(2): 83-96.

NASCIMENTO AA, OLIVEIRA BVD, TOLEDO IMAVJG, NASCIMENTO MLS, BISAGGIO QAV, GEDEÃO RA, PACHECO ZML. **A enfermagem utilizando o lúdico para abordar a violência entre os adolescentes no ambiente escolar.** Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, 2012; 8(1): 68-75.

NEGREIROS PL, FERNANDES MO, MACEDO CKNF, SILVA GRF. **Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar.** Rev. Eletr. Enf.[Internet]. 2010; 12(1): 120-32.

NEGROMONTE MRO, ARAUJO TCCF. **Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2011,19(2): 238-44.

NUNES ECDA, SILVA LWS, PIRES EPOR. **O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2011,19(2): 252-60.

OLIVEIRA MCL, FIRMES MPR. **Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente oncológico.** remE – Rev. Min. Enferm. 2012; 16(1): 91-7.

OLIVEIRA EM, SPIRI WC. **O significado do processo de trabalho cuidar para o enfermeiro da uti.** CiencCuidSaude 2011 Jul/Set; 10(3): 482-89.

OLIVEIRA FPS, FERREIRA EAP, CARMONA SS. **Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2009; 19(1): 19-34.

OLIVEIRA SG, RESSEL LB. **Grupos de adolescentes na prática de enfermagem: um relato de experiência.** CiencCuidSaude, 2010 Jan/Mar; 9(1):144-48.

PINTO JM, MONTINHO LMS, GONCALVES PRC. **O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura.** Rev. Enf. Ref. 2010 jul, 3(1): 81-92.

PENÃ NAL, JUAN CL. **A experiência de crianças hospitalizadas sobre sua interação com os profissionais de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2011 dez,19(6): 1429-36.

PENNAFORT VPS, QUEIROZ MVO, JORGE MSB. **Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem.** RevEscEnferm USP; 2012, 46(5):1057-65.

REMPEL LCT, TIZZOT MRPA, VASCO JFM. **Incidência de infecções bacterianas em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitário de Curitiba.** RevBrasQueimaduras; 2011,10(1): 3-9.

REFRANDE SM, SILVA RMCRA, PEREIRA ER, SILVA MA. **Estratégias em saúde da criança: contribuições ao ensino em enfermagem a partir do pensar Merleau-Pontyano.** Revista Cubana de Enfermeira. 2012; 28(2): 156-58.

ROCHA RS, LÚCIO IML, LOPES MMCO, LIMA CRC, FREITAS ASF. **Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal.** Rev Rene, Fortaleza. 2011; 12(3): 502-9.

ROSENBERG S, LES GS. **Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting.** Teaching and Learning in nursing. 2011; 6(1): 2-8.

ROSSI LA, FERREIRA E, COSTA ECFB, BERGAMASCO EC, CAMARGO C. **Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares.** Rev Latino-am Enfermagem. 2003; 11(1): 36-42.

ROSSI CS, RODRIGUES BMRD. **Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada.** Acta Paul Enferm 2010; 23(5): 640-5.

RUEDELL LM, BECK CLC, SILVA RM, LISBOA RL, PROCHNOW A, PRESTES FC. **Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico.** Cogitare Enferm, 2010 Jan/Mar; 15(1): 147-52.

SALES CA, GROSSI ACM, ALMEIDA CSL, SILVA JDD, MARCON SS. **Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar.** Acta Paul Enferm. 2012; 25(5): 736-42.

SANCHES EN, PRÓSPERO EMS, STUKER H, BORBA JÚNIOR MC. **Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família.** Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(2): 294-300.

SILVA GPF, OLEGARIO NBC, PINHEIRO AMRS, BASTOS VPD. **Estudos Epidemiológicos dos pacientes idosos queimados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Instituto Doutor Jose Frota do município de Fortaleza-CE, no período de 2004 a 2008.** Rev Bras de Queimaduras. 2010; 9(1): 7-10.

SILVA IG, SANTOS AJ. **Qualidade da vinculação e modelo interno de funcionamento do Self, em crianças vítimas de queimaduras.** Rev. Enf. Ref., 2011 ; 3(3): 85-93.

SILVA RMA, CASTILHOS APL. **A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para a implementação das ações de enfermagem.** Rev Bras Queimaduras. 2010; 9(2): 60-5.

SILVA BA, RIBEIRO FA. **Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado.** Rev. dor [online]. 2011; 12(4): 342-48.

SALVADOR PTCO, OLIVEIRA RK, COSTA TD, SANTOS VEP, TOURINHO VSF. **Tecnologia e Inovação para o cuidado em enfermagem.** Rev enferm. UERJ, 2012 jan/mar; 20(1): 111-7.

SANTOS MH, MOCHEI EG, RAFAEL EV. **Vivenciando a morte: experiência de profissionais de enfermagem no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal.** RevPesqSaúde. 2010, 11(3): 9-15.

SANTOS RA. **A construção da resiliência pelos trabalhadores de enfermagem na atenção a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos.** [dissertação]. Fiocruz; Rio de Janeiro, 2012.

SEIMA MD, MICHEL T, MÉIER MJ, WALL ML, LENARDT MH. **Utilização da Teoria de Madeleine Leininger.** Esc Anna Nery (impr.) 2011 out-dez; 15(4): 851-57.

Silva RAT. **Percepção da imagem corporal dos adolescentes.** [monografia]. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012.

Silveira RCP, Robazzi MLC. **Modelos e inovações em laboratórios de ensino em enfermagem.** R.Enferm.Cent.O.Min. 2011; 1(4):592-02.

SILVEIRA, AM, JOAQUIM RHVT, CRUZ DMC. **Tecnologia assistiva para a promoção de atividades da vida diária com crianças em contexto hospitalar.** Cad. Ter. Ocup. 2012; UFSCar, São Carlos, 20(2): 183-90.

SOUZA LPS, SILVA RKP, AMARAL RG, SOUZA AAM, MOTA EC, SILVA CSO. **Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico.** Rev Rene. 2012; 13(3): 686-92.

SOUSA MLXF, LIMA SI, KENYA LN, COLLET, NMM. **Déficits de autocuidado em crianças e adolescentes com doença renal crônica.** Texto & Contexto Enfermagem [en línea] 2012. 21(1): 95-02.

SOUZA AFL. **Uso do brinquedo terapêutico no cuidado de enfermagem à criança com Leucemia hospitalizada.** CogitareEnferm. 2012 Out/Dez; 17(4): 669-75.

SMELTZER SC. BARE B. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Guanabara Koogan, 2005.

TREVISAN, E.M.B.M. **A dinâmica satisfação-sofrimento e a qualidade de vida no trabalho de uma equipe de saúde no atendimento à criança queimada.** [dissertação]. Florianópolis/SC; 2005.

VALE ECS. **Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista.** AnBrasDermatol. 2005; 80(1): 9-19.

VALENÇA CN, GERMANO RM. **Percepção da auto-imagem e satisfação corporal em adolescentes: perspectiva do cuidado integral na enfermagem.** Rev. Rene. Fortaleza, 10(4): 173-80, out-dez 2009.

VARELA MCG, VASCONCELOS JMB, SANTOS IBC, PEDROSA IL, SOUSA ATO. **Processo de cuidar da criança queimada: vivência de familiares.** Rev Bras Enferm; Brasília 2009 set-out; 62(5): 723-8.

VENDRUSCULO TM, et al . **Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(3): 444-51.

VIANA FP, RESENDE SM, TOLEDO MC, SILVA RC. **Aspectos epidemiológicos das crianças com queimaduras internadas no Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia – Goiás;** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(4): 779-84.

ZOMBINI EV, BOGUS CM, PEREIRA BIMT, PELICIONI MCF. **Classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS.** Trab. educ. saúde [online]. 2012; 10(1): 71-86.

ZANINI RS. **Validação da escala de percepção de estigma em crianças com doenças crônicas.** [Tese]; UFSC. Florianópolis / SC, 2009 Jun.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO EM
ENFERMAGEM

Prezado(a) Colega:

Meu nome é Paula Katiuscia Vergutz Diel, Enfermeira e estou cursando mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FURG e da ACSCRG, temos o prazer de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: **“O CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA: implicações para a prática da enfermagem”**.

Este estudo tem como objetivo: **“conhecer as implicações do cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimaduras para a prática da enfermagem?”**

A pesquisa será desenvolvida somente após parecer favorável do Comitê de ética e pesquisa. A metodologia adotada prevê a realização deste estudo numa abordagem qualitativa delineada a partir do marco referencial teórico e utilizando-se do método de pesquisa análise de conteúdo. Para a coleta de dados será realizada entrevista semiestruturada sendo realizada no Centro de referencia a pacientes queimados do hospital ACSCRG, no próprio horário de trabalho, conforme agendado previamente, com a sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com o seu consentimento para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o anonimato dos participantes. Os depoimentos serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa. Assumimos o compromisso de garantir o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-lhe as condições de acompanhamento durante a sua realização e também devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a sua participação. No entanto, sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do

processo não terá nenhuma implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espera-se que tragam benefícios para o seu processo de trabalho.

Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Declaro que fui informado:

- de forma clara dos objetivos, da justificativa, da metodologia de trabalho, em que a coleta de dados se dará por entrevista gravada em um aparelho de mp4.
- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações.

Este documento está em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que, será assinado em duas vias e ficará uma com a professora responsável pela pesquisa e a outra via será entregue ao participante.

Atenciosamente,

Paula Katiuscia Vergutz Diel

Dra. Giovana Calcagno Gomes

Eu, _____ de
acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar
devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: **“O CUIDADO
DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE
QUEIMADURA: implicações para a prática da enfermagem** Fui igualmente
esclarecido(a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa
pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam
utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via
com a participante da pesquisa.

Na certeza de contar com a sua colaboração aproveito a oportunidade para
registrar minha consideração.

Rio Grande, de Agosto de 2012.

Orientadora
Profa. Dra. Giovana Calcagno Gomes
Telefone: (53) 3231-2564

Mestr. Enf. Paula Katiuscia V. Diel
Telefones: (53) 84279342
E-mail: paulavergutz@hotmail.com

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

Dados de identificação:

1. Idade:
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Possui filhos? Sim () não ()
4. Tempo de atuação profissional:
5. Tempo de atuação no Centro de Queimados:
6. Escolaridade: ensino técnico () ensino superior ()
7. Tempo de formação:
8. Experiências profissionais anteriores:

Questionário:

Você se sente preparado para atuar em um CTQ? Por quê?

Para você existe diferença na ação do cuidado de enfermagem entre um paciente adulto, uma criança e um adolescente? Quais são as semelhanças e as diferenças? Por quê?

Quais as implicações do cuidado à criança e ao adolescente queimados para a prática da enfermagem?

Que sentimentos o cuidado à criança e adolescente com queimadura lhe desperta?

Que facilidades / dificuldades você apresenta para cuidar a criança e o adolescente com queimaduras?

Que estratégias você utiliza para cuidar a criança e o adolescente com queimaduras?

Que estratégias você utiliza para se instrumentalizar para o cuidado à criança e ao adolescente com queimaduras?

APÊNDICE C- MEMORANDO DE AUTORIZAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO EM
ENFERMAGEM
MEMORANDO

Ao adm. Sr Rodolfo De Brito
Ir. Rosete Gasparetto

Prezado administrador e chefia de enfermagem,

Como aluna do programa de Pós-graduação em enfermagem-Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal Do Rio Grande-FURG e realizando meu projeto de dissertação de mestrado, venho por meio deste solicitar a vossa autorização para desenvolver a pesquisa **“O CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA: implicações para a prática da enfermagem”**junto aos trabalhadores de saúde do Centro de Referência a Pacientes com Queimadura sob a orientação da Dra Giovana Calcagno Gomes.

Tenho como questão de pesquisa estudar **quais as implicações e estratégias utilizadas no cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimaduras para os trabalhadores que atuam no Centro de Tratamento a Queimaduras da ACSCRG?**

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

Paula Katiuscia VergutzDiel

Ciente. De acordo.

Data:

(Administrador do Hospital)

(Chefia de Enfermagem)

ANEXO 1 - Parecer do CEPAS/ FURG



CEPAS/ FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 115/ 2012

CEPAS 58/2012

PROCESSO Nº: 23116.004915/2012-34

TÍTULO DO PROJETO: "O Cuidado à Criança e ao Adolescente Vítima de Queimadura: Implicações para a prática da enfermagem."

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Giovana Calcagno Gomes

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento as pendências informadas no parecer 109/2012, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "O Cuidado à Criança e ao Adolescente Vítima de Queimadura: Implicações para a prática da enfermagem."

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/04/2013.

Rio Grande, RS, 10 de dezembro de 2012.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética da ACSCRG



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Protocolo: Nº 018/2012

Título do Projeto: “O cuidado à criança e ao adolescente vítima de queimadura: implicações para a prática da enfermagem”.

Objetivos: Conhecer as implicações do cuidado com a criança e ao adolescente vítima de queimaduras para a prática da enfermagem; conhecer os sentimentos gerados nos trabalhadores da equipe de enfermagem ao cuidado à criança e adolescente com queimadura; conhecer as facilidades e dificuldades dos trabalhadores de enfermagem para o cuidado à criança e ao adolescente com queimaduras; conhecer as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem para cuidar e se instrumentalizar para o cuidado a criança e adolescentes com queimaduras.

Pesquisador (a) responsável: Paula Katiúcia Vergutz Diel

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande APROVA o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 06 de dezembro de 2012.

Prof.ª Dra. Sasi Helene Lauz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG

