

# IMPACTO DA QUEIMADURA E DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE QUEIMADOS SOBRE A DINÂMICA FAMILIAR: REVISÃO DE LITERATURA

Fernanda Loureiro de Carvalho \*  
Lídia Aparecida Rossi \*\*

---

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever, através de revisão de literatura, o impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma Unidade de Queimados sobre a dinâmica familiar. A revisão foi realizada mediante levantamento nas bases de dados *Lilacs*, *Medline* e *Dedalus*, utilizando-se as palavras-chave *família*, *queimadura* e *hospitalização*, no período de 1975 a 2005. Foram analisados 17 artigos referentes à temática em estudo. Após análise, foram identificados os núcleos temáticos impacto da queimadura sobre a família durante a internação de um de seus integrantes em Unidades de Queimados; intervenções e possibilidades de apoio oferecidas pela equipe à família; participação dos pais durante a internação de seus filhos em Unidades de Queimados; atitudes da equipe frente à participação dos pais no cuidado aos filhos internados e dificuldades enfrentadas pela equipe no contato com os familiares. Estudos relativos a tal temática são necessários, haja vista que visam fornecer subsídios para incrementar a participação da família em unidades de queimados.

**Palavras-chave:** Família. Queimadura. Hospitalização.

---

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, têm ocorrido avanços na assistência a pessoas hospitalizadas, tanto no aperfeiçoamento técnico e pessoal dos profissionais envolvidos quanto na inovação tecnológica em prol do processo de cuidar. Observa-se também uma maior preocupação da equipe de saúde com a humanização da assistência e, neste sentido, a facilitação do acesso de familiares no cuidado a seus parentes no ambiente hospitalar. Entretanto, Unidades Especializadas, como é o caso de Unidades de Queimados, enfrentam dificuldades ou estão iniciando sua estruturação em relação à organização da

assistência no que tange à permanência da família nesse ambiente, a sua participação no tratamento, bem como no que se refere à natureza da relação entre familiares e equipe multiprofissional.

O foco de interesse dessa investigação é o impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma Unidade de Queimados sobre a dinâmica familiar.

A família caracteriza-se como um sistema intercomunicante, que tem objetivos comuns, regras e acordos de relação. Frente a um evento qualquer, as alterações que esse evento provocará e as necessidades adaptativas dos membros de uma família dependerão de como ele se iniciou, dos recursos que os familiares

---

\* Psicóloga da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP).

\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP.

dispõem para lidar com essa crise e da importância que atribuem a esse acontecimento. Diante de uma situação que gera crise, além da intensidade do traumatismo sofrido pelo sujeito, também é importante a forma como ele lida com o inesperado da nova situação (ROMANO, 1997).

A família é parte de um sistema composto de muitos subsistemas como, por exemplo, o subsistema mãe e filho, o casal e os irmãos. Ao mesmo tempo, a família é uma unidade que faz parte de um supra-sistema composto pelos vizinhos, organizações, igreja, instituições de saúde, escola etc. Os limites entre esses sistemas são definidos arbitrariamente e ajudam a estabelecer quem está dentro e fora e a importância de cada subsistema e supra-sistema para a família em um determinado momento (GALERA; LUIS, 2002).

Assim, na abordagem sistêmica, a relação entre a dinâmica familiar e uma problemática de saúde é bastante complexa, o que torna praticamente impossível a distinção dos efeitos diretos de uma sobre a outra. No entanto, pode ser observada a *co-evolução*, na qual a dinâmica familiar influencia a evolução da doença e esta, por sua vez, influencia a dinâmica familiar, em um processo permanente, que se modifica ao longo da evolução da experiência da doença vivenciada pela família (GALERA; LUIS, 2002).

A interpretação da doença ou de um evento traumático, enquanto experiência vivida pelo doente e sua família, tem uma dimensão temporal e muda no decorrer do tempo. A sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e equipe de saúde. O conhecimento acerca da doença, de um indivíduo ou de seus familiares, continuamente é reformulado e reestruturado em decorrência de processos interativos específicos (ALVES, 1993).

O surgimento da doença, além de atingir o paciente em sua subjetividade, incide também sobre a família. O desgaste físico e emocional devido à enfermidade e as conseqüentes limitações que constroem o doente suscitam certo isolamento e tendem a fazer com que ela seja vivida, conforme o possível, na intimidade da família. O deslocamento para o espaço

público de hospitais e de locais de exame e de atendimento é vivido pelo doente como uma violação da privacidade. A família passa a ser a instituição relevante em relação aos cuidados dispensados à saúde e à doença de seus integrantes pelo modo como seus componentes desempenham a tarefa de cuidar permeada por relações afetivas e personalizadas em contraposição ao atendimento informal e impessoal prestado por serviços públicos e privados de saúde (ROMANELLI, 2003).

A participação dos familiares durante a hospitalização 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. A participação dos familiares possui dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual (OLIVEIRA, 1994). Por isso, tornou-se importante o incentivo e a adoção de um sistema de alojamento conjunto pediátrico implantado em várias instituições de assistência à saúde da criança e do adolescente no país (BRASIL, 1991).

As reações e a atuação dos familiares diante da experiência de uma doença ou trauma não devem ser vistas de maneira coletiva, pois devem ser considerados os atributos individuais dos seus integrantes (“idade, gênero, inserção ou não no sistema produtivo, produção de valores de uso para consumo doméstico, grau de escolaridade, experiência e conhecimento adquiridos formal ou informalmente”). É importante considerar ainda que esses atributos são dinâmicos e que, dessa forma, sofrem mudanças tecidas nas trajetórias individuais no ciclo de vida familiar nas relações com o mundo social dessas pessoas. (ROMANELLI, 2003).

Para revisar o impacto do trauma da queimadura e, conseqüentemente, do processo de hospitalização sobre a dinâmica familiar em Unidades de Queimados, faz-se necessário abordar as particularidades da hospitalização, tratamento e recuperação das pessoas que sofrem queimaduras e o enfrentamento de sua família, tendo em vista uma dimensão biopsicossocial da assistência.

De maneira geral, a hospitalização decorrente de queimaduras acontece de forma rápida e imprevisível, não havendo tempo para que o indivíduo e seus familiares se preparem para uma internação hospitalar, como comumente ocorre na situação de outras doenças. A queimadura é tratada como trauma de urgência, sendo necessário o socorro imediato. Tal pessoa está em perfeito funcionamento físico e mental e se vê, de repente, enfrentando a hospitalização, a dor e o comprometimento de suas funções vitais. O paciente gravemente queimado sente dores; torna-se enrijecido e edemaciado; fica impossibilitado de movimentar-se; sua pele se torna úmida e seu corpo fica exposto a outras pessoas. Ele passa por tratamentos dolorosos como, por exemplo, o debridamento, a enxertia, injeções, banhos, curativos e cirurgia (BARBOSA, 1984).

Três fases da recuperação psicológica de uma lesão por queimadura têm sido categorizadas. A fase aguda ocorre desde o início do trauma até a completa ressuscitação do paciente. Nessa fase, a maior inquietação psicológica decorre da preocupação com a sobrevivência e uma reação psicológica comum é o delírio. O paciente apresenta diminuição do nível de consciência, alterações sensório-perceptivas e na atenção, agitação psicomotora ou retardamento, alterações na memória, ruptura do ciclo sono/vigília e labilidade emocional. Nesse estágio, os pacientes têm capacidade limitada para processar novas informações e a presença da família e de amigos pode aliviar a ansiedade e a agitação (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

Na fase subaguda, a inquietação psicológica mais comum inclui tristeza profunda, depressão, ansiedade generalizada e estresse. Podem ocorrer pesadelos, problemas com o sono e regressão do comportamento, acarretando dificuldades no relacionamento interpessoal em razão das manifestações de hostilidade, raiva e dependência. Esse é o período mais difícil, porque começa o processo de convivência com as lesões e com as conseqüências de seus danos. Curativos dolorosos, árdua fisioterapia e sentimento instável de solidão somam-se às dificuldades vivenciadas pelos pacientes (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

Na fase crônica, a ênfase é na reabilitação, principalmente na recuperação das funções e da aparência e na retomada das atividades diárias. Ela tem início com o término da hospitalização e com o início do enfrentamento do desafio de se reintegrar à sociedade. Alguns pacientes relatam dificuldades de adaptação. Os problemas emocionais mais recorrentes são a ansiedade e depressão. Alguns pacientes encontram no suporte social da família e dos amigos a possibilidade de recuperação de sua autoestima e da qualidade de vida (ADCOCK; BOEVE; PATTERSON, 1998).

A compreensão do impacto do trauma da queimadura e do processo de hospitalização em Unidades de Queimados sobre a dinâmica familiar é importante porque pode permitir que a equipe compreenda muitos comportamentos que são apresentados pelos familiares e que podem ser considerados, a princípio, como inadequados e contraproducentes para o cuidado e também permitir à equipe o planejamento de intervenções adequadas, visando ao apoio aos familiares. Nesse aspecto, buscam-se na literatura sobre o tema publicações subsidiadas para compreender como essa temática tem sido enfocada.

Assim, neste estudo, o objetivo foi descrever, por meio de revisão de literatura, o impacto do trauma da queimadura e do processo de hospitalização em Unidade de Queimados sobre a dinâmica familiar.

## METODOLOGIA

Foi feito um levantamento utilizando-se as bases de dados *Lilacs*, *Medline* e *Dedalus* e as seguintes palavras-chave família, queimadura e hospitalização, em inglês *family*, *burns/burn* e *hospitalization*, estendendo-se a busca por um período entre 1975 a 2005. Realizou-se a busca por um período de 30 anos, pois foi observado que havia poucas pesquisas focalizando o impacto da queimadura e da hospitalização sobre a família.

Nesse levantamento, foram encontrados 18 artigos, sendo 17 publicados em periódicos internacionais e um em periódico nacional. Dos 18 artigos encontrados, 15 foram obtidos na íntegra e três apenas o resumo. Esses três

artigos não estavam disponíveis no Brasil; portanto, foram analisados os resumos, sendo que, dentre esses, um artigo foi excluído visto que o resumo não oferecia dados suficientes para análise, totalizando 17 artigos.

As publicações foram analisadas considerando-se inicialmente o tipo de estudo investigações com pacientes e/ou familiares (9) e também com equipes (2), descrição de modelos e/ou teorias (3), re-análise de dados coletados (1), relatos de casos ou experiências (2). Com a leitura dos 15 artigos na íntegra e dos 2 resumos, os artigos foram organizados em quadros (Quadros 1, 2, 3 e 4) considerando-se a referência, os objetivos, a metodologia/tipo de artigo e os resultados. Os temas de cada publicação foram identificados e, posteriormente, agrupados em núcleos temáticos.

Foram identificados os seguintes núcleos temáticos: impacto da queimadura sobre a família durante a internação de um de seus integrantes em Unidades de Queimados; intervenções e possibilidades de apoio oferecidas pela equipe à família; participação dos pais durante a internação de seus filhos em Unidades de Queimados; atitudes da equipe frente à participação dos pais no cuidado aos filhos internados e dificuldades enfrentadas pela equipe no contato com os familiares.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que, dentre os estudos classificados como investigações, cinco utilizaram abordagens qualitativas, seis utilizaram abordagens qualitativas e quantitativas e um utilizou abordagem quantitativa. Dentre os estudos que utilizaram a abordagem qualitativa e quantitativa foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a entrevista estruturada, a entrevista semi-estruturada, a observação participante, o questionário e testes. Os demais estudos (5) se referem a abordagens teóricas: estudos de revisão com relatos de experiências e estudo descritivo de modelo teórico. Os resultados são apresentados a seguir, considerando-se as categorias identificadas neste estudo.

O Quadro 1 apresenta uma síntese das investigações relacionadas ao impacto da queimadura sobre a família durante a internação de um de seus integrantes em Unidades de Queimados. Dois dos estudos apresentados nesse quadro propuseram intervenções frente aos problemas identificados e por essa razão foram também repetidos no Quadro 2 e estão assinalados com asterisco (\*).

Observa-se que os estudos apresentados no Quadro 1 têm como foco principal o impacto do trauma pela queimadura e pelo processo de hospitalização sobre os pais de crianças que sofreram queimaduras (CAHNERS, 1979; CAHNERS; BERNSTEIN, 1979; MEYER et al., 1994; RIZZONE et al., 1994; VERITY, 1995; WATKINS, 1996; THOMPSON et al., 1996; LEDOUX et al., 1998; ROSSI, 2001; MANCUSO et al., 2003). Na análise dos resultados e conclusões desses estudos verificou-se uma gama de comportamentos e sentimentos que são apresentados pelos familiares de pacientes queimados frente ao trauma. Dentre esses destacam-se tristeza, desamparo, desesperança, ansiedade, raiva, culpa ou projeção da culpa, medo e sentimento de incapacidade para o cuidado dos filhos (CAHNERS; BERNSTEIN, 1979; VERITY; 1995; WATKINS; 1996, ROSSI, 2001). Cahners (1979) salienta as reações de estresse e a tendência a superproteger os filhos, o ajustamento das rotinas domésticas no período de hospitalização da criança e as alterações no relacionamento conjugal como decorrentes do impacto do trauma pela queimadura. Relata também que os familiares desenvolvem preocupações com o estado físico e psicológico do paciente como, por exemplo, com o tempo destinado à cicatrização da ferida e com a imagem corporal dos filhos diante da possibilidade de cicatrizes (CAHNERS, 1979). Diante dessa situação, durante a hospitalização os pais sentem necessidade de informações contínuas sobre o paciente e assistência as suas necessidades pessoais, como suporte financeiro e acomodação (THOMPSON et al., 1996).

Quadro 1 - Síntese das investigações relacionadas ao impacto da queimadura sobre os familiares, período 1975/2005

Referências	Objetivos	Metodologia	Resultados
MANCUSO et al., 2003.	Examinar como a ruptura da saúde da criança que sofreu queimadura afeta o estado emocional, social e comportamental de seus irmãos.	Pesquisa quantitativa e qualitativa com familiares.	Observou-se que o grupo de irmãos queimados estava mais bem adaptado que o grupo controle em dimensões psicológicas, contudo, manteve-se pior em termos de desempenho social. Os irmãos de crianças queimadas moderadas apresentaram-se mais bem adaptados psicologicamente em relação aos irmãos de crianças queimadas graves e moderadas.
ROSSI, 2001.	Identificar os significados culturais atribuídos por familiares à participação no processo de cuidar da pessoa queimada e as estratégias que os familiares focalizam frente à participação no cuidado.	Estudo etnográfico; dados coletados a partir de observação participante e a entrevista semi-estruturada.	O significado cultural atribuído por familiares de pessoas vítimas de queimaduras no processo de cuidar tem duas dimensões: a física e a moral e gera principalmente medo.
LEDOUX, et al., 1998.	Examinar a relação entre o ajuste psicossocial da criança com queimadura e as características da família da criança.	Pesquisa quantitativa e qualitativa. 35 familiares utilizando Escalas: - Child Behavior Checklist; -Family Environment Scale (FES); - Impact of Events Scale; - Beck Depression. Com base nos escores da CBCL, os sujeitos foram divididos em 2 grupos: problemáticos (p+ ou = 60) ou não problemáticos (T- 60).	Os instrumentos utilizados não revelaram diferenças significativas entre os 2 grupos no modo de reagir ao impacto do evento e em relação à depressão parental. O grupo de não problemáticos apresentou alta coesão, organização, moral religiosa e menos conflito.
THOMPSON et al., 1996.	Identificar as preocupações e as necessidades de apoio dos membros da família de pacientes adultos e crianças numa Unidade de Queimados; Explorar a relação entre as necessidades dos familiares e a gravidade da queimadura dos pacientes.	Pesquisa qualitativa e quantitativa, com 35 familiares. Foram utilizados na coleta de dados: um modelo de observação e entrevistas semi-estruturadas.	65% dos familiares apresentaram preocupações gerais com o paciente, 21% se referiram ao estado físico, 11% ao estado psicológico do paciente e 14% se dirigiram a satisfação de suas necessidades pessoais. As maiores fontes de apoio foram família e amigos, equipe da Unidade de Queimados e espiritualidade.
WATKINS et al., 1996. (*)	Descrever um modelo de adaptação pós-queimadura que delinea a seqüência mais comum do processo cognitivo e emocional enfrentado pelos familiares de sobreviventes de queimaduras; Descrever intervenções específicas que a equipe pode fazer com a família para facilitar o processo de adaptação pós-queimadura.	Estudo descritivo de modelo teórico	Descreve o processo de tristeza como composto pelas fases: de crise; de controle; de compromisso e de adaptação.
VERITY, 1995. (*)	Conhecer o processo de tristeza vivenciado pelos pais de crianças que sofreram queimaduras; Oferecer alternativas que possibilitem suporte emocional aos familiares e maneiras de lidar com materiais domésticos para evitar acidentes com queimaduras.	Estudo teórico	Conclui que durante o processo de tristeza, os familiares apresentam sentimentos de culpa, raiva e ansiedade.
RIZZONE et al., 1994.	Determinar quais fatores estão relacionados aos sintomas de PTSD- Posttraumatic Stress Disorder – em pais de crianças queimadas.	Pesquisa quantitativa com 25 familiares que utilizou para coleta de dados a entrevista clínica estruturada do DSM-III-R.	52% das mães apresentaram PTSD após o trauma, sendo que quatro destas mães (31%) ainda apresentavam os sintomas no momento do estudo. Queimaduras extensas estavam mais relacionadas aos sintomas de PTSD no momento do estudo.
MEYER et al., 1994.	Examinar a relação entre comportamentos problemáticos de crianças que sofreram queimaduras e o bem estar de seus pais.	Pesquisa quantitativa e qualitativa com 38 mães. Utilizaram-se instrumentos para a coleta de dados: Child Behaviour Checklist; Parental Stress Index; Eight State Questionnaire. Com base nos escores da CBCL, os sujeitos foram divididos em 2 grupos: problemáticos ou não problemáticos	As diferenças do índice do estresse do grupo de pais de crianças problemáticas em relação ao grupo de referência foram significativas.
CAHNERS; BERNSTEIN, 1979.	Avaliar os tipos de distúrbios emocionais que os familiares apresentam.	Estudo Teórico	Diferentes tipos de adaptação ocorrem: reações crônicas de tristeza e sentimento intermitente de desamparo e desesperança. Entretanto, a habilidade para acompanhar o cuidado varia e isto está correlacionado com o aumento da depressão das mães.
CAHNERS, 1979. (*)	Relatar a experiência de desenvolvimento de um grupo com pais de crianças gravemente queimadas após o período de hospitalização.	Pesquisa qualitativa o com familiares. A participação no grupo era semanal dependendo da escala de atendimento clínico, podendo haver participação contínua dos pais ou não.	Observou-se que alguns problemas eram recorrentes nos encontros do grupo: ajustamento às rotinas do lar após a hospitalização, fase de desenvolvimento da criança e tempo para o cuidado com a ferida; que havia tendência dos pais em projetar sua culpa, superprotegendo seus filhos, adolescentes com problemas frente às cicatrizes, afetando a imagem corporal e auto-estima e alterações no relacionamento conjugal.

Alguns estudos discorrem sobre como a queimadura afeta os parentes próximos. Rizzone et al. (1994) afirmam que, a partir do trauma pela queimadura, as mães podem desenvolver a Síndrome do Estresse Pós-Traumático. Mancuso et al. (2003) concluíram que os irmãos de crianças queimadas apresentam piora de ajustamento social em comparação com irmãos de crianças não queimadas, havendo diferenças significativas conforme a gravidade da queimadura. Outros estudos tentaram buscar uma relação significativa entre o ajuste psicossocial da criança com queimadura e as características de sua família (MEYER et al., 1993; LEDOUX et al., 1998).

Assim, o adoecer interfere no equilíbrio do sistema familiar. O desequilíbrio dinâmico decorre das necessidades internas (como redistribuição de papéis, reorganização emocional, surgimento de sentimentos de aflição, insegurança, medo, culpa, agressividade) e também das solicitações e pressões que o ambiente externo faz (como quebra de rotina e aspectos econômico-financeiros). A hospitalização de um membro da família é um evento que gera estresse. A doença, a hospitalização e os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e/ou cirúrgicos ameaçam o sistema familiar, os papéis de seus membros e seus canais de comunicação. Logo, paciente "incapacitado" (mesmo que temporariamente) é igual à família incapacitada, ainda que disponha de potencial interno para reorganizar-se rapidamente, pois a doença é experimentada de forma coletiva (ROMANO, 1997). A queimadura poderá envolver diferentes situações, desde a situação inesperada do acidente, a luta pela sobrevivência na fase inicial, os desbridamentos cirúrgicos e enxertos, a frustração com os resultados e a reabilitação que, por sua vez, poderá envolver outros procedimentos cirúrgicos, a fisioterapia e a convivência com a nova aparência.

A presença da doença, no caso do trauma pela queimadura, altera o cotidiano das famílias e tende a gerar situações de

desconforto para o doente e para os integrantes da unidade doméstica, motivando situações de estresse e problemas financeiros. Todavia, o modo como a doença atinge a vida doméstica varia segundo os atributos do doente e da família. Assim, seus componentes têm que conviver e lidar com o sofrimento físico e emocional do doente (ROMANELLI, 2003) e também deles próprios.

Considerando-se as categorias identificadas neste estudo, o Quadro 2 apresenta uma síntese das investigações relacionadas às intervenções e possibilidades de apoio oferecidas pela equipe à família. Observa-se que dentre os estudos classificados como investigações três utilizaram abordagens qualitativas, duas se referem a estudos descritivos de modelo teórico e uma à relato de experiências. Os estudos que utilizaram abordagem qualitativa aplicaram como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação.

Frente ao impacto provocado pelo trauma da queimadura, intensificar o acolhimento, favorecendo a expressão ou o reconhecimento de sentimentos e a assistência às necessidades básicas, restabelecer a confiança pela disponibilidade da equipe em oferecer informações sobre o paciente, encorajando a família para assumir, gradativamente, o cuidado ao paciente, promover momentos de discussão sobre os sentimentos, preocupações e dificuldades vivenciados durante o período de hospitalização e levantar os recursos que os pais dispõem para utilizar materiais domésticos de maneira mais segura em casa são possibilidades de apoio ao familiar (VERITY, 1995; WATKINS, 1996). Outra possibilidade de apoio seria a existência de reuniões em grupo com os familiares, oferecendo espaço para questionamentos, expressão de sentimentos, principalmente com o objetivo de que eles conheçam a si mesmos e percebam que não estão sozinhos durante a internação (CAHNERS, 1979).

**Quadro 2** - Síntese das investigações relacionadas às intervenções e possibilidades de apoio oferecidas pela equipe à família, período 1975/2005.

Referências	Objetivos	Metodologia	Resultados
HART; MATORIN, 1997.	Descrever um programa de treinamento realizado com estudantes, baseado na associação dos cuidados da pastoral com os princípios do serviço social.	Pesquisa qualitativa com estudantes de medicina e seminaristas, que foram submetidos a um programa de treinamento dividido entre seminários didáticos e supervisão em grupo ou individual.	O programa focalizou seminários sobre intervenções em crise e discutiu a teoria sistêmica de família para possíveis interações dos estudantes com familiares em crise. Na ilustração de um caso de atendimento, o estudo relatou que os estudantes foram capazes de ajudar a mãe da criança queimada compreendendo seu sentimento de culpa, além de ajudá-la a reconhecer seus problemas, a se re-conectar com a igreja e a renovar sua fonte de apoio.
WATKINS et al., 1996. (*)	Descrever um modelo de adaptação pós-queimadura que delinea a seqüência mais comum do processo cognitivo e emocional enfrentado pelos familiares de sobreviventes de queimaduras e as intervenções específicas que a equipe pode fazer com a família para facilitar o processo de adaptação pós-queimadura.	Estudo descritivo de modelo teórico	Frente ao processo de tristeza as intervenções propostas nesse modelo são: acolhimento a partir da expressão de sentimentos e assistência às necessidades básicas; restabelecimento da confiança pela disponibilidade para oferecer informações sobre o paciente; encorajamento da família para assumir o cuidado ao paciente e discutir sentimentos, preocupações e dificuldades vivenciados no processo.
VERITY, 1995. (*)	Conhecer o processo de tristeza vivenciado pelos pais de crianças que sofreram queimaduras; e oferecer alternativas sobre suporte emocional aos familiares e maneiras de lidar com materiais domésticos para evitar acidentes com queimaduras.	Estudo teórico	O suporte emocional que traria benefícios aos familiares seria ajudá-los a expressar e reconhecer seus sentimentos e dar possibilidade para pensarem e verbalizarem sobre os recursos que dispõem para utilizar materiais domésticos de maneira mais segura.
DAVIDSON et al., 1981.	Aperfeiçoar o atual modelo do serviço de reabilitação física e social; estabelecer e desenvolver um programa de pesquisa que garanta a redução da incapacidade física e aumente o sucesso da reabilitação social; definir um programa compreensivo de reabilitação que facilite as necessidades de uma Unidade de Queimados.	Pesquisa qualitativa com 314 pessoas que sofreram queimaduras. Foi utilizada para a coleta de dados entrevistas focalizadas na obtenção de dados socioeconômicos e padrão de vida pós-queimadura, incluindo o número de semanas afastados do emprego ou da escola.	Para os pacientes analisados subjetivamente em relação a satisfação de vida, auto-estima e participação em atividades recreativas e sociais, as maiores fontes de apoio foram a família, amigos e pessoas próximas. Houve também evidências de que o apoio social regula o processo de reabilitação independente da gravidade da queimadura.
CAHNERS, 1979. (*)	Relatar a experiência de desenvolvimento de um grupo com pais de crianças gravemente queimadas após o período de hospitalização.	Pesquisa qualitativa com familiares A participação no grupo era semanal, dependendo da escala de atendimento clínico, podendo haver participação contínua dos pais ou não.	Nas reuniões do grupo, os pais sentiam que poderiam fazer questionamentos, expressar sentimentos, principalmente, conhecerem-se entre si e perceberem que não estavam sozinhos. Os pais de crianças que estiveram gravemente queimadas passaram a ter mais cuidado em prol do apoio futuro aos filhos.
BARNES; BUDD, 1999.	Relatar casos demonstrando que o cuidado centrado na família é priorizado.	Relato de duas experiências de cuidado aos familiares.	O cuidado centrado na família superou as práticas anteriores de restrição da visita familiar. Os familiares expressaram satisfação com o cuidado recebido. Essas duas experiências levaram a equipe a perceber que a abertura da visita aos familiares não aumenta a incidência de infecção na Unidade de Queimados, o que possibilitou facilidades de acomodação para os familiares no quarto dos pacientes.

Os estudos relacionados no Quadro 2 descrevem algumas estratégias de intervenção: uma efetiva comunicação entre a equipe pode contribuir para o cuidado compartilhado, o fortalecimento da capacidade da família em tomar decisões críticas, controle do seu estado de confusão emocional e para a manutenção da esperança (HART; MATORIN, 1997). Segundo

Davidson (1981), a família é uma das maiores fontes de apoio social que regula o processo de reabilitação dos pacientes queimados. Barnes e Budd (1979) referem a satisfação de familiares com o cuidado recebido por eles nos momentos de visita aos parentes em uma Unidade de Queimados.

Considerando-se as categorias identificadas neste estudo, o Quadro 3 apresenta uma síntese de estudos em relação à participação dos pais durante a internação de seus filhos em

Unidades de Queimados. Os estudos estão classificados como relato de experiências e re-análise de dados coletados em estudos anteriores.

**Quadro 3** - Síntese de estudos em relação à participação dos pais durante a internação de seus filhos em Unidades de Queimados, período 1975/2005

Referências	Objetivos	Metodologia	Resultados
GEORGE; HANCOCK, 1993. Resumo	Descrever e avaliar o desenvolvimento e implementação de um programa de participação dos pais em uma Unidade de Queimados.	Relato de Experiência sobre o estabelecimento de um padrão mínimo de cuidado e regras para a participação da família no cuidado.	A participação intensa dos pais reduz a experiência de dor nas crianças durante a realização de procedimentos invasivos e permite que o relacionamento familiar continue mesmo com a hospitalização. Observaram melhora nas estratégias de enfrentamento dos pais e uma maior compreensão do processo de cicatrização e da necessidade de medidas específicas como o uso da malha de compressão, durante a reabilitação.
BENIANS, 1988.	Reconhecer os efeitos benéficos do contato de crianças queimadas com seus pais.	Investigação a partir de re-análise de dados coletados.	De 7 crianças que sofreram queimaduras acima de 25% da superfície corpórea, quatro foram visitadas diariamente pelos pais e se recuperaram, enquanto que das outras três crianças que não receberam visitas diariamente, duas morreram. De 15 crianças que sofreram queimaduras entre 10 e 24% da superfície corpórea, não houve diferenças quanto ao número necessário de dias de visita feita pelos pais junto aos filhos.

A visita dos pais aos filhos hospitalizados pode contribuir para a recuperação dos pacientes e aumentar sua expectativa de vida, além de reduzir a experiência de dor nas crianças durante a realização de procedimentos invasivos (GEORGE; HANCOCK, 1993). Benians (1988) confirma a necessidade de incluir no cuidado aos familiares o transporte e a acomodação para encorajá-los a visitar e a participar da internação.

A família desempenha a tarefa de cuidar de forma afetiva e personalizada, em contraposição ao atendimento informal e impessoal prestado por serviços públicos e privados de saúde (ROMANELLI, 2003). Essa relação favorece a recuperação dos pacientes.

Considerando-se as categorias identificadas nesses estudos, o Quadro 4 reúne as atitudes da equipe frente à participação dos pais no cuidado aos filhos internados e as dificuldades enfrentadas pela equipe no contato com os familiares. Há dois estudos de investigação de abordagem qualitativa e quantitativa. Nesses estudos, foram utilizados para a coleta de dados escalas, questionários e entrevistas.

Os estudos de Tinsley et al. (1994) e Johnson e Lindschau (1996) caracterizam os profissionais da equipe em relação à atitude que eles dirigem à família e às dificuldades emocionais enfrentadas por eles para notificar os familiares sobre a morte de parentes em

Unidades de Queimados. De acordo com Tinsley et al. (1994), o sofrimento da família que perdeu um ente querido pode se manifestar com um aumento dos sintomas somáticos, uso de drogas e álcool, hospitalização e até mesmo morte. A fim de suprir as necessidades dos familiares, há uma concordância generalizada de que a educação acerca da morte e pacientes terminais deve ser incorporada ao currículo das faculdades de medicina e enfermagem. Os professores devem discutir todos os aspectos da morte de um paciente, incluindo as habilidades de antecipação e como enfrentar a situação, a notificação da morte e o acompanhamento à família. Discussões abertas sobre o impacto emocional da morte de um paciente nos profissionais de saúde deveriam ser parte integrante do programa educacional (TINSLEY et al., 1994).

O sucesso do envolvimento dos pais depende das atitudes, do entusiasmo e da disposição de trabalhar juntos, tanto da equipe quanto dos pais (PALMER, 1993). Diante das mudanças significativas acarretadas pelo trauma da queimadura e pela hospitalização, a evolução dos relacionamentos pais e equipe e a aceitação dos pais dentro do ambiente hospitalar para dividir o tratamento (cuidado de seu filho) pode ocorrer em cinco estágios, os quais compreendem: 1) a rejeição dos pais

por parte da equipe que, como conseqüência, faz com que a criança seja entregue à equipe com um acesso mínimo permitido à família; 2) a aceitação dos pais como visitantes diários, mas com tempo limitado; 3) a aceitação dos pais por períodos de tempo maiores com a permissão para desempenharem algum papel no cuidado de seu filho, tais como higiene e alimentação; 4) a admissão “residencial” dos pais com seu filho para continuar na função de cuidar o máximo possível e 5) a aceitação dos pais como membros “residenciais” da equipe do setor, capazes de fazer parte não somente

do cuidado da criança, mas também nos tratamentos médicos e de enfermagem após aprendizagem adequada dessas habilidades. Nesse último estágio, os pais estão aptos para se tornarem parte do processo de tomada de decisões em relação a seu próprio filho e influenciar as políticas da equipe do setor (HART, 1979). A evolução desses estágios pode não ser completa, permanecendo, em alguns casos, nos estágios iniciais, quando a participação da família ou não ocorre ou ocorre parcialmente.

**Quadro 4** - Síntese das investigações relacionadas às atitudes da equipe frente à participação dos pais no cuidado aos filhos internados e dificuldades enfrentadas pela equipe no contato com os familiares, período 1975/2005.

Referências	Objetivos	Metodologia	Resultados
JOHNSON; LINDSCHAU, 1996.	Identificar as atitudes da equipe em relação aos pais participando no cuidado de seu filho no hospital e as características pessoais e profissionais que possam influenciar essas atitudes.	Pesquisa quantitativa e qualitativa com 62 membros da equipe. Foram utilizados para a coleta de dados: -Parent Participation Attitude Scale (PPAS); -Personal and Professional Characteristics Data questionnaire;	A maioria dos membros da equipe teve uma atitude neutra frente à participação dos pais no cuidado aos filhos hospitalizados. Membros da equipe que eram enfermeiras, pais, casais, ou os associados a unidade de queimados, cirurgias gerais ou craniofaciais ou a unidade de doenças infecciosas tiveram mais atitudes positivas em relação à participação dos pais que os outros membros da equipe que não possuíam essas características.
TINSLEY et al., 1994.	Avaliar as atitudes dos cirurgiões, dos enfermeiros e dos familiares dos falecidos, sobre a morte e sobre pacientes terminais num centro de queimados.	Pesquisa quantitativa e qualitativa com equipe e familiares. 13 cirurgiões, 13 enfermeiros e 9 familiares de pacientes queimados falecidos. Foi utilizado um instrumento psicométrico que foi desenvolvido e validado.	A maioria dos cirurgiões (seis) e dos enfermeiros (sete) disseram ser emocionalmente difícil oferecer apoio emocional à família, após a morte do paciente. Para mais da metade dos cirurgiões (sete) e enfermeiros (sete) o processo de lidar com a família do paciente falecido era diferente da experiência vivida em outros setores do hospital. Os cirurgiões atribuíam essa diferença à longa duração da hospitalização.

Johnson e Lindschau (1996) enfatizam que, antes de tentar promover mudanças em hospitais para facilitar a participação dos pais no tratamento, é importante entender as atitudes da equipe e identificar quais membros da equipe podem oferecer maior resistência às mudanças dos papéis exercidos e aqueles que podem facilitar essas mudanças. A avaliação da atitude torna-se um desafio para novas pesquisas, pois poderá oferecer uma indicação da aceitação da equipe ou da rejeição do conceito de participação de pais, e também ajudar a identificar as barreiras potenciais que precisarão ser trabalhadas durante o planejamento, o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de um modelo para tratamento colaborativo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos levantados nessa revisão abordaram os sentimentos, os comportamentos, as reações, as preocupações e as necessidades apresentadas pelos familiares de pacientes queimados, principalmente em relação à figura materna e após a ocorrência do trauma e durante o período de hospitalização e a maneira como os profissionais de saúde vêm desenvolvendo e/ou poderiam desenvolver estratégias ou possibilidades de apoio à família. Embora na literatura seja reconhecida a contribuição para o cuidado da presença e acompanhamento da família na recuperação dos pacientes, poucos estudos discorrem sobre a intensidade e a forma de participação dos

pais no cuidado aos filhos em Unidades de Queimados. A necessidade de explorar as dificuldades da equipe para estabelecer contato com a família e suas atitudes frente à participação dos pais no cuidado aos filhos internados também foi motivo de preocupação em alguns estudos, podendo ser aprimorado em investigações futuras de forma a enriquecer o cuidado em uma Unidade de Queimados.

Nas últimas décadas, os estudos realizados com famílias centralizaram-se, em sua maioria, na figura materna como principal sujeito acompanhante de pacientes internados no ambiente hospitalar. A escolha da figura materna talvez seja para favorecer a manutenção do vínculo entre o binômio mãe-filho, talvez pela sua presença no hospital ser marcante devido à responsabilidade moral que ela assume ao cuidar do mesmo, ou também pela própria dinâmica familiar em termos estruturais e econômicos. Embora a presença da mãe esteja crescendo nas Unidades de Internação Pediátricas, em outras unidades hospitalares, principalmente em Unidades Especializadas, o acesso de familiares, inclusive da mãe, ainda é restrito e suscita controvérsias entre os profissionais de saúde.

Além disso, alguns fatores de estresse podem diminuir a aproximação da família com o doente ou impedir que os membros da família ofereçam e mantenham seu apoio no hospital. Eles podem se sentir sobrecarregados com o ambiente hospitalar ao tentar processar as novas informações, com as idas e vindas

entre a casa e o hospital e também com o trabalho e as tarefas do lar. A queimadura afeta profundamente os membros da família. Eles precisam ter suas necessidades pessoais supridas, comunicação consistente com a equipe de saúde, segurança emocional e serviços de apoio disponíveis. Os familiares são uma conexão crucial para a obtenção de resultados positivos no tratamento de pacientes queimados, assim, talvez seja necessário, primeiramente, que a própria equipe de saúde permita uma maior aproximação com os familiares para ouvi-los, conhecê-los, apoiá-los, explorar seus recursos e dificuldades, trocar saberes e ajudá-los para que possam desempenhar o papel de apoio e cuidado aos pacientes que sofreram queimaduras.

É neste sentido que essa revisão pretende oferecer informações, estimular reflexões e investigações desse tema. Talvez um caminho possível seja buscar a reunião das questões cruciais que envolvem o contexto das relações entre família-paciente, família-doença, família-equipe e família-Estado e o fortalecimento de programas de apoio e orientação a familiares, apontados como espaços de expressão, de entendimento e de benefícios ao suprimento das demandas familiares e às complexas inter-relações que se estabelecem na instituição hospitalar, como meio de promoção e prevenção à saúde e, principalmente, como meio de compreensão e integração do indivíduo na sua dimensão interna: biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

---

## IMPACT OF BURNS AND THE HOSPITALIZATION PROCESS AT A BURNS UNIT ON FAMILY DYNAMICS: A LITERATURE REVIEW

### ABSTRACT

This study aimed to describe, by means of a literature review, the impact of burns and the hospitalization process at a burns unit on family dynamics. The review was accomplished through a bibliographic survey in *Lilacs*, *Medline* and *Dedalus*, using the following key words: *family*, *burn* and *hospitalization*, from 1975 to 2005. Seventeen articles were analyzed. The studied themes were organized in the as follow: impact of the burn on the family during the hospitalization of one of its members at burns units; interventions and possibilities of support the team offers to the family; parents' participation during their children's hospitalization at burns units; teams' attitudes towards parents' participation in care for hospitalized children and difficulties faced by the team in contact with the relatives. Studies about this subject are needed to support greater family participation at burns units.

**Key words:** Family. Burn. Hospitalization.

---

## IMPACTO DE LA QUEMADURA Y DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS SOBRE LA DINÁMICA FAMILIAR: REVISIÓN DE LITERATURA

### RESUMEN

La finalidad de este estudio fue describir, mediante una revisión de literatura, el impacto de la quemadura y del proceso de hospitalización en una Unidad de Quemados sobre la dinámica familiar. La revisión se efectuó a través de una recopilación bibliográfica en las bases de datos *Lilacs*, *Medline* y *Dedalus*, utilizándose las siguientes palabras-clave: *familia*, *quemadura* y *hospitalización*, de 1975 a 2005. Fueron analizados 17 artículos referentes a la temática en estudio. Los temas estudiados se organizaron en: impacto de la quemadura sobre la familia durante el ingreso de uno de sus integrantes en Unidades de Quemados; intervenciones y posibilidades de apoyo ofrecidas por el equipo a la familia; participación de los padres durante el ingreso de sus hijos en Unidades de Quemados; actitudes del equipo ante la participación de los padres en el cuidado a los hijos ingresados y dificultades enfrentadas por el equipo en el contacto con los familiares. Se considera necesario realizar estudios sobre esa temática, con objeto de ofrecer apoyo al incremento de la participación de la familia en unidades de quemados.

**Palabras Clave:** Familia. Quemadura. Hospitalización.

### REFERÊNCIAS

- ADCOK, R. S.; BOEVE, S. A.; PATTERSON, D. R. Psychological and emotional recovery. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and therapy**. New York: Mosby, 1998. cap. 13, p. 329-357.
- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.
- BARBOSA, L. T. **Aspectos psicossociais da assistência à criança hospitalizada**. Rio de Janeiro: Imprensa Universitária, 1984.
- BARNES, A.; BUDD, L. Family-centred burn care. **Can Nurse**, Montreal, v. 95, n.º 6, p. 24-27, June 1999.
- BENIANS, R. C. The influence of parental visiting on survival and recovery of extensively burned children. **Burns Incl. Therm. Inj.**, Bristol, v. 14, n.º 1, p. 31-34, Feb. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, DF, 1991.
- CAHNERS, S. S. Group meetings benefit families of burned children. **Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.**, Stockholm, v. 13, n.º 1, p. 169-171, Jan. 1979.
- CAHNERS, S. S.; BERNSTEIN, N. R. Rehabilitating families with burned children. **Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.**, Stockholm, v. 13, n.º 1, p. 173-175, Jan. 1979.
- DAVIDSON, T. N.; BOWDEN, M. L.; THOLEN, D.; JAMES, M. H.; FELLER, I. Social support and post-burn adjustment. **Arch. Phys. Méd. Rehabil.**, Chicago, v. 62, n.º 6, p. 274-278, June 1981.
- GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2, p. 141-147, ago. 2002.
- GEORGE, A.; HANCOCK, J. Reducing pediatric burn pain with parent participation. **J. Burn Care Rehabil.**, Lake Forest, v. 14, n.º 1, p. 104-107, Jan./Feb. 1993.
- HART, C. W.; MATORIN, S. Collaboration between hospital social work and pastoral care to help families cope with serious illness and grief. **Psychiatr. Serv.**, Washington, D.C., v. 48, n.º 12, p. 1549-1552, Dec. 1997.
- HART, D. Parents and professionals as partners. **New Horizons in Education**, Hong Kong, v. 61, n.º.16, p. 8-11, Nov. 1979.
- JOHNSON, A.; LINDSCHAU, A. Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. **Pediatr. Nurs.**, Pitman, v. 22, n.º. 2, p. 99-102, Mar./Apr. 1996.
- LEDOUX, J.; MEYER, W. J.; BLAKENEY, P. E.; HERNDON, D. N. Relationship between parental emotional states, family environment and the behavioral adjustment of pediatric burn survivors. **Burns**, Guildford, v. 2, n.º. 5, p. 425-432, Aug. 1998.
- MANCUSO, M. G.; BISHOP, S.; BLAKENEY, P.; ROBERT, R.; GAA, J. Impact on the family: psychosocial adjustment of siblings of children who survive serious burns. **J. Burn Care Rehabil.**, Lake Forest, v. 24, n.º. 2, p. 110-118, Mar./Apr. 2003.
- MEYER, W. J.; BLAKENEY, P.; MOORE, P.; MURPHY, L.; ROBSON, M.; HERNDON, D. Parental well-being and behavioral adjustment of pediatric survivors of burns. **J. Burn Care Rehabil.**, Lake Forest, v. 15, n.º. 1, p. 62-68, Jan./Feb. 1994.
- OLIVEIRA, A. G. C. **Convivendo com a doença crônica da criança: a experiência da família**. 1994. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- PALMER, S. J. Care of sick children by parents: a meaningful role. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 18, n.º. 2, p. 185-191, Feb. 1993.
- RIZZONE, L. P.; STODDARD, F. J.; MURPHY, J. M.; KRUGER, L. J. Posttraumatic stress disorder in mothers of children and adolescents with burns. **J. Burn Care Rehabil.**, Lake Forest, v. 15, n.º. 2, p. 158-163, Mar./Apr. 1994.

- ROMANELLI, G. O processo saúde/doença em famílias de baixa renda e ação do Estado. **Mimesis**, Bauru, v. 24, n. 1, p. 109-123, jan. 2003.
- ROSSI, L. A. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 4, p. 336-345, dez. 2001.
- ROMANO, B. W. A. família e o adoecer durante a hospitalização. **Rev. Soc. Cardiol. Estado Sao Paulo**, v. 7, n. 5, p. 58-52, set./out. 1997.
- THOMPSON, R.; BOYLE, D.; TEEL, C.; WAMBACH, K.; CRAMER, A. A qualitative analysis of family members needs and concerns in the population of patients with burns. **J. Burn Care Rehabil.**, Lake Forest, v. 20, n.º. 6, p. 487-496, Nov./Dec. 1999.
- TINSLEY, E. S. ; BALDWIN, A. S.; STEEVES, R. H.; HIMEL, H. N.; EDLICH, R. F. Surgeons', nurses' and bereaved families' attitudes toward dying in the burn centre. **Burns**, Guildford, v. 20, n.º. 1, p. 79-82, Feb. 1994.
- VERITY, P. A. Burn injuries in children. The emotional and psychological effects on child and family. **Aust. Fam. Physician**, Sydney, v. 24, n.º. 2, p. 176-178, 180-181, Feb. 1995.
- WATKINS, P. N.; COOK, E. L.; MAY, S. R.; STILL, J. M. Jr.; LUTERMAN, A.; PURVIS, R. J. Postburn psychologic adaptation of family members of patients with burns. **J. Burn Care Rehabil.**, Lake Forest, v. 17, n.º. 1, p. 78-92, Jan./Feb. 1996.

---

**Endereço para correspondência:** Lídia Aparecida Rossi Rua Chile, 1500 apto 84, CEP 14 020-610. Ribeirão Preto São Paulo. E-mail: rizzardo@erp.usp.br / Fernanda Loureiro de Carvalho. Rua André Velloni, 189, Parque Bandeirantes. CEP: 14090-450, Ribeirão Preto – SP. E-mail: fer\_ldc@yahoo.com.br

Recebido em: 20/02/2006

Aprovado em: 28/07/2006