

COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE, FAMÍLIA, CRIANÇA EM UNIDADE DE QUEIMADOS

Antônio Carlos Lançoni Júnior¹

Adriano Valério dos Santos Azevedo

Maria Aparecida Crepaldi

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis-SC, Brasil.

RESUMO. Este artigo objetivou compreender o processo de comunicação entre equipe de saúde-família-criança em uma unidade de queimados. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa com 12 profissionais de uma equipe de saúde de diferentes áreas de atuação. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e os dados foram analisados mediante análise categorial temática com o software Atlas.ti 7. Os dados possibilitaram a construção da categoria – A comunicação no contexto hospitalar – e subcategorias – comunicação entre equipe de saúde, família, criança e seus elementos facilitadores e dificultadores. Na comunicação com a criança, as informações são transmitidas de maneira clara e direta por meio do diálogo e do brincar. E com o familiar cuidador ocorre nas conversas diárias a fim de verificar o momento adequado e a maneira pela qual este compreende as informações recebidas. Foram identificados elementos facilitadores: o interesse e a participação do familiar, a possibilidade de utilização de materiais informativos e o repasse gradativo das informações. Por outro lado, o grau de instrução e os sentimentos de culpa dos familiares integram os elementos dificultadores. Os profissionais de saúde estão atentos às diferentes formas de transmissão de informações, e diante dos desafios inerentes às dificuldades de comunicação, é necessário refletir sobre estratégias para atender às necessidades da criança e família na unidade de queimados, para promover acolhimento das demandas que serão identificadas durante o período de hospitalização.

Palavras-chave: Comunicação equipe-família; equipe de saúde; crianças hospitalizadas; unidade de queimados.

COMMUNICATION BETWEEN HEALTH TEAM, FAMILY AND CHILDREN IN BURNING UNITS

ABSTRACT. The main purpose of this article was to comprehend the process of communication between the health team, the family, and the child in a Burning Unit. This is a descriptive explanatory study with qualitative nature counting with 12 professionals from a health team of different areas of acting. It was used the half-structured interview, and all the data was analyzed through thematic categorial analysis with the Atlas.ti 7 Software. The data allowed the construction of the category – The communication in hospital context – and subcategories – communication between health team, family, child and its facilitators and diffusers. When it comes to the communication with a child, the information is transmitted clear and straight through dialogue and activities. And, with the familiar caregivers occurs in daily conversations verifying the proper moment, and the way of which they comprehend the receiving information. It was identified facilitators: the family's interest and participation, the possibility in the use of informative materials, the gradual pass through of information. However, the instruction's degree and the family's guilt integrate the diffusers elements. Health professionals are attentive to the different ways of transmitting information, and giving the challenges related to the difficulties of communication, it is necessary to reflect about strategies to attend the necessities of the child and the family in the burning unit, as to promote the reception of demands which will be identified during the hospitalization period.

Keywords: Communication team-family; health team; hospitalized children; burning unit.

¹ E-mail: antoniopsicologo.br@gmail.com

COMUNICACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD, FAMILIA Y NIÑOS EN UNIDAD DE QUEMADOS

RESUMEN. En este artículo se tuvo por objetivo comprender el proceso de comunicación entre equipo de salud familia-niño en una unidad de quemados. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de naturaleza cualitativa con 12 profesionales de un equipo de salud de diferentes áreas de actuación. Se utilizó la entrevista semiestructurada y los datos analizados mediante análisis categorial temático con software Atlas. Ti 7. Los datos posibilitaron la construcción de la categoría – La comunicación en contexto hospitalario - subcategorías – comunicación entre equipo de salud familia, niño y sus elementos facilitadores y dificultadores. En comunicación con niños las informaciones son transmitidas de manera clara y directa por intermedio del diálogo y del jugar. Y con el familiar cuidador ocurren las conversaciones diarias verificando el momento adecuado y de manera por la cual este comprende las informaciones recibidas. Se identificaron elementos facilitadores: el interés y participación del familiar, la posibilidad de utilización de materiales informativos, y el repase gradual de las informaciones. Por otro lado, el grado de instrucción y los sentimientos de culpa de los familiares integran los elementos dificultadores. Los profesionales de la salud están atentos a las diferentes formas de transmisión de informaciones, y delante de los desafíos inherentes a las dificultades de comunicación, es necesario reflexionar sobre estrategias para atender las necesidades de los niños y sus familias en la unidad de quemados, para promover acogida de las demandas que serán identificadas durante el período de hospitalización.

Palabras-clave: Comunicación equipo-familia; equipo de salud; niños hospitalizados; unidad de quemados.

Introdução

A queimadura representa uma lesão na pele e suas estruturas internas, provocada por agentes externos, a exemplo do fogo, choque elétrico, produtos químicos, e é classificada segundo extensão e profundidade (Lima, Novaes, Piccolo, & Serra, 2008). A profundidade da queimadura determinará a gravidade, especificamente em primeiro, segundo e terceiro graus, sendo os dois últimos os mais graves; e quanto à extensão da área atingida, apresenta variações entre pequeno, médio e grande queimado.

É um tipo de lesão que rompe os mecanismos de defesa global, presentes na pele íntegra, transformando-a em um rico meio de cultura de bactérias, entre outros agentes invasores e causadores de infecções fúngicas e viróticas. As infecções são responsáveis pelo aprofundamento das lesões e consequente aumento no tempo de internação e custos hospitalares, além de serem responsáveis por mais de 70% dos óbitos (Lemos et al., 2004).

No que se refere à ocorrência de queimaduras em crianças, os acidentes são atribuídos aos lapsos na atenção, perigos domésticos e pela peculiaridade da criança quanto à mobilidade (Pickett, Streight, Simpson, & Brison, 2003). O ambiente da casa mais propício ao acidente é a cozinha, fonte de calor e existência de líquidos superaquecidos (Tse et al., 2006). Diante disso, é possível ressaltar que independente dessas variáveis, a queimadura representa uma situação traumática para todos os envolvidos, criança e família.

O trauma proveniente da queimadura é vivenciado pela criança mesmo depois do período de hospitalização, em virtude das dificuldades para o retorno às atividades, às mudanças na dinâmica familiar e ao processo de adaptação (McGarry et al., 2014). E por esse motivo, a intervenção psicológica realizada durante a fase de internação da criança tem apresentado resultados positivos, por exemplo, o desenvolvimento de habilidades para o manejo da dor (Azevêdo & Santos, 2011). Em relação ao familiar cuidador, a situação é semelhante pelo sofrimento psicológico, pela alteração no estado emocional, pelas mudanças nas relações familiares (Oliveira, Fonseca, Leite, & Santos, 2015); e a ocorrência de sintomas de estresse pós-traumático (Bakker, Van Loey, Van Son, & Van der Heijden, 2010). Inicialmente esses familiares vivenciam reações de pânico, e ao longo do processo de hospitalização sentimentos de culpa, principalmente naqueles que presenciaram o evento que provocou queimaduras (McGarry et al., 2014). Verifica-se que existe um sofrimento compartilhado entre criança e familiar, e dessa forma, a atenção da equipe de saúde destinada à criança e família na unidade de queimados representa algo que possibilita minimizar as repercussões psicológicas provenientes do tratamento de queimaduras.

Em se tratando de crianças com queimaduras, o tratamento inicial, além de considerar as características anatômicas e fisiológicas, deve valorizar a experiência de medo, dor e incertezas, pois esse contato inicial e ações prestadas pela equipe de saúde influenciarão de maneira significativa a evolução clínica e o prognóstico (Oliveira & Serra, 2004). Os autores destacam a importância da

transmissão de informações para a criança durante a realização do curativo, com explicações claras, além de se permitir certa participação da criança durante o tratamento.

A participação da criança e família, quando não limitada aos direitos e deveres, com ações que a envolvam em todo o processo de hospitalização, tem como resultado a redução do sofrimento psíquico, com possibilidade de promoção do desenvolvimento da criança em um ambiente por muitos considerado somente hostil (Milanesi, Collet, Oliveira, & Vieira, 2006; Sabatés & Borba, 2005). É possível inferir que para envolver os diferentes sujeitos em todas as etapas inerentes ao período de hospitalização, o acolhimento representa uma estratégia básica para identificação das necessidades da criança e família.

O acolhimento se refere a uma estratégia da política nacional de humanização, a qual enfatiza o compromisso ético do profissional de saúde referente à escuta atenta as necessidades e demandas vivenciadas pelas pessoas no processo de adoecimento (Brasil, 2013). Neste sentido, o acolhimento representa um aspecto importante no processo de comunicação, pelo fato de que possibilita a construção de vínculos e de redes de apoio entre todos os envolvidos.

O acolhimento direcionado à família de maneira personalizada possibilita a compreensão e enfrentamento de suas dores, problemas, e modos de viver (Crepaldi & Varela, 2000). Nesse sentido, para que o acolhimento seja realizado, a equipe de saúde necessita ter consciência dos efeitos da hospitalização nas famílias: desorganização da rotina familiar, ausência da mãe no lar, conflitos conjugais, tensão e preocupação com o filho doente, preocupação por faltas ao trabalho para prestar uma assistência mais eficaz. Diante do exposto, evidencia-se que quando a equipe de saúde identifica as repercussões da hospitalização infantil e valoriza o contato, o diálogo, e as diferentes formas de interação, isso possibilita a inclusão da criança e familiar cuidador no processo de comunicação.

A comunicação aqui é entendida como um complexo fluido e multifacetado de numerosos modos de comportamento (verbais, tonais, posturais, contextuais), que em seu conjunto, condiciona o significado de todos os outros modos (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967).

E referente aos estudos sobre comunicação, na produção científica, pesquisadores têm investigado a perspectiva do profissional de saúde sobre a transmissão das más notícias (Gonçalves et al., 2015), a saber: a comunicação entre pediatra, criança e acompanhante (Souza & Oliveira, 2010); entre pais, enfermeiros e médicos (Fisher & Broome, 2011); e especificamente as formas e caráter da comunicação entre pais e pediatras (Francisco, Queirós, Casimiro, Conde, & Brito, 2012); e entre pais e enfermeiras sobre informações referentes ao manejo da dor (Hong, Murphy, & Connolly, 2008). Foram investigadas as opiniões das crianças e dos pais acerca das informações recebidas no período de hospitalização (Sabatés & Borba, 2005); a comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança (Gabarra & Crepaldi, 2011); e os efeitos da transmissão de informações na preparação cirúrgica segundo os cuidadores (Broering & Crepaldi, 2011). Tais estudos demonstraram que o acolhimento encontra-se associado à estratégia de comunicação utilizada pela equipe de saúde.

Na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP, a comunicação também tem sido objeto de estudo, pois foi pesquisada a comunicação entre equipe de enfermagem e a criança (Dorociaki & Dyniewicz, 2000); entre a equipe de saúde e família da criança hospitalizada (Niewegłowski & Moré, 2008); e outro estudo com o foco na intervenção, por exemplo, por meio de um programa de treinamento para enfermeiros, médicos e psicólogos com o objetivo de desenvolver a comunicação com os familiares cuidadores (Ammentorp, Kofoed, & Laulund, 2011).

Existe um consenso nesses estudos referente à importância atribuída ao processo de comunicação pelas contribuições para com a criança, família e equipe de saúde, ao se considerar que o diálogo possibilita o esclarecimento de informações, a participação coletiva nas ações, e a redução de ansiedade vivenciada por todos os envolvidos. É possível verificar que esses estudos apresentam diferentes enfoques, pois alguns enfatizam as formas comunicativas na perspectiva da criança, do familiar cuidador, ou da equipe de saúde. No que se refere aos profissionais de saúde, alguns estudos direcionam a atenção para equipe de enfermagem e médicos (Dorociaki & Dyniewicz, 2000; Francisco et al., 2012; Souza & Oliveira, 2010), por esta razão, há necessidade de se realizar pesquisas com diferentes profissionais de saúde que atuam junto às crianças hospitalizadas, e, portanto, este estudo direciona-se especificamente à equipe de uma unidade pediátrica de crianças vítimas de queimaduras.

Na literatura especializada, o estudo sobre a equipe de saúde da unidade infantil de queimados foi explorado em uma pesquisa, a qual identificou as contribuições do diálogo e da interação social provenientes do brincar da criança (Azevêdo, 2013). E para ampliar os estudos, a análise da comunicação equipe de saúde, família e criança, permite compreender de que maneira ocorre o

processamento do fornecimento de informações nesse ambiente marcado pelo sofrimento e dor, para que seja possível refletir sobre as maneiras de se estabelecer e aprimorar um diálogo acolhedor, entre os diferentes atores sociais no contexto hospitalar, e assim promover a autonomia de todos os envolvidos. Na esfera científica, a investigação referente a essa temática possibilita iniciar uma área de estudos sobre a comunicação em unidade de queimados para contribuir com o desenvolvimento da atenção em saúde planejando intervenções para fins de identificar e analisar os diferentes aspectos que envolvem a comunicação e a transmissão de informações.

Diante dessa contextualização, esta pesquisa objetivou compreender como se processa a comunicação, com vistas à compreensão da transmissão de informações, entre equipe-família-criança em unidade de queimados.

Método

Trata-se de uma pesquisa de delineamento qualitativo, que teve a participação de 12 profissionais da equipe de saúde que atuam na Unidade de Queimados (UQ) de um hospital infantil do sul do Brasil, responsáveis pelo tratamento de crianças com queimaduras. Como critérios de inclusão foram considerados os profissionais das seguintes especialidades: enfermagem, fisioterapia, psicologia e medicina, com mais de seis meses de atuação, e que aceitassem participar da entrevista. Profissionais com o tempo menor de seis meses de atuação foram excluídos da amostra, por considerar que se buscou conhecer aqueles que estavam familiarizados com as rotinas do setor.

Quanto à escolaridade dos participantes entrevistados, um possui mestrado, quatro concluíram o superior completo, um tem o superior incompleto, e seis têm o ensino médio. A média de tempo de serviço na UQ era de aproximadamente seis anos, sendo que quatro profissionais atuavam por um período superior a dez anos: 12, 15, 17 e 21 anos de atuação.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada constituída por questões que serviram como um guia para a obtenção dos relatos. O roteiro de entrevista foi elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa e seu conteúdo se referiu aos tipos de queimaduras, gravidade, tempo de recuperação, cuidados necessários na recuperação e procedimentos invasivos realizados pela equipe de saúde. Também tratou de aspectos psicológicos que envolvem a família e a criança, e da importância do apoio familiar junto à criança queimada. A entrevista semiestruturada foi gravada em áudio e posteriormente transcrita.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do hospital infantil em que foi realizado, e pelo Comitê de Ética da Universidade que o sediou (parecer 37156014.9.3001.5361). Os profissionais foram convidados a participar da entrevista, de forma individual, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos foram entrevistados nas dependências do hospital, de acordo com a disponibilidade e o horário estabelecido pelo profissional para dedicação ao momento da entrevista.

Para melhor organização, integração e análise dos dados, foi utilizado o software Atlas/ti 7 – aplicativo de informática concebido para análise qualitativa de dados provenientes de textos, imagens ou registro sonoro. Os dados provenientes da entrevista semiestruturada foram analisados conforme técnicas de análise de conteúdo categorial temática (Bardin, 2011). Os dados foram inseridos no Atlas/ti 7; em seguida procurou-se verificar as palavras que se destacaram para serem nomeadas de elementos temáticos, para posteriormente identificar a categoria e subcategoria.

Resultados

Os resultados foram agrupados em categorias, subcategorias e elementos de análise, apresentados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1

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

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

A categoria **comunicação no contexto hospitalar** foi subdividida em quatro subcategorias: comunicação equipe-criança, comunicação equipe-familiar cuidador, e facilitadores e dificultadores da comunicação. A subcategoria **comunicação equipe-criança** apresenta os depoimentos da equipe de saúde relativos às estratégias utilizadas por esses profissionais para transmitir à criança conteúdos importantes acerca do tratamento da queimadura. Os profissionais consideraram que a comunicação deve ser realizada conversando e brincando durante a realização dos procedimentos; também apontaram a importância da distração, algo que proporciona à criança mudança do foco da situação estressante. Para transmissão das informações, indicaram que os acompanhantes são considerados intermediários e facilitadores desse processo; destacaram que as informações são transmitidas por meio da empatia em conversas na rotina diária, como se pode observar nos relatos a seguir:

Eu procuro explicar para a criança tudo o que eu vou fazer, independente de ela entender ou não. Porque alguma coisa ela absorve, por mínimo que seja. Então, se eu vou dar banho, eu falo: a tia vai dar um banhinho, vai trocar o paninho e colocar um limpo (curativo), vai coçar o dodói, mas vamos lavar para não pegar bichinho. Então tem como tu explicar para uma criança, o que tu vai fazer. Uma criança de 3 anos, ela já entende o que é bichinho. Não entende que é uma bactéria, uma infecção, mas ela sabe o que é um bichinho (...). Eu acho que o diálogo, a conversa, é muito importante com a criança, independente da idade (E2).²

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

² Os entrevistados serão designados pela letra “E” seguida do número do participante.

Com base nos relatos acima, verifica-se que esses profissionais procuram apresentar o conjunto de informações referentes ao momento atual vivenciado pela criança, e consideram as características da criança, a saber, idade, e capacidade de compreensão das informações que são recebidas. Isso ocorre por meio da utilização de uma linguagem simples e acessível para transmitir informação acerca do tratamento. Na percepção dos profissionais, em conversas diárias e por intermédio da brincadeira, é possível transmitir as informações para a criança de forma gradual, para que seja possível minimizar o impacto emocional. Além do repasse de conhecimentos, as conversas e brincadeiras objetivam a distração, com vistas a desviar o foco da situação, que por vezes é vivenciada pela criança de maneira estressante.

Os entrevistados relataram que, com crianças menores de três anos, a comunicação é limitada ao sorriso, brincadeira, e delicadeza no manuseio da área afetada, o que ocorre também por meio do auxílio dos familiares. Já para as crianças acima de três anos, os profissionais explicam os procedimentos contando com o auxílio da criança no processo de tratamento, com atenção à higiene e aos cuidados com a integridade dos curativos. A empatia constitui elemento-chave no processo de comunicação, pois os profissionais E4, E6, E8 e E9 consideraram que se colocar no lugar de uma criança que chora é fundamental, não apenas pelo fato de ser criança, mas por ser uma criança que por vezes apresenta 70% do corpo queimado. De acordo com os profissionais, o choro traduz-se como uma forma de comunicação e deve ser acolhido.

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

A subcategoria **comunicação equipe-familiar cuidador** apresenta os relatos da equipe de saúde sobre as estratégias utilizadas pelos profissionais para transmitir, aos acompanhantes, conteúdos importantes acerca do tratamento da queimadura, além de orientá-los quanto à importância do seu papel ativo junto à criança. Nos depoimentos, a equipe de saúde considerou a necessidade de estar atenta ao expor informações, para que esta exposição seja realizada com educação e empatia, colocando-se no lugar do outro, com vistas a promover o acolhimento e evitar atritos. Consideraram que se deve aguardar o momento oportuno para a transmissão de informações em conversas diárias, as quais devem acontecer de maneira gradual e com paciência, na medida em que os procedimentos são realizados, conforme os relatos a seguir:

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

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

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

O profissional E6 apontou que uma das estratégias utilizadas para estabelecimento da comunicação efetiva é deixar o acompanhante desabafar ou mesmo agredi-la, pois "*deixando-os mandarem um pouco na gente, sugando um pouco da gente, evita confusão.*" Segundo esse profissional, alguns familiares acompanhantes são considerados de "*difícil relação*", logo, é importante estabelecer estratégias com vistas ao estabelecimento de uma comunicação fluida. Outro profissional entrevistado destacou que a apresentação pessoal e explicação sobre a especialidade que exerce representa algo que contribui, além de conhecer o nome do familiar e da criança, local onde residem e outros detalhes com vistas à familiarização. Em seguida, foi destacado que no primeiro contato, procura-se explicar sobre as trocas de profissionais por turnos de trabalho, algumas rotinas da unidade com o objetivo de promover o acolhimento da família.

A subcategoria, **facilitadores da comunicação** aborda os elementos que facilitam a transmissão das informações realizadas pela equipe de saúde para crianças e acompanhantes. Os profissionais consideraram que o repasse gradativo das informações é um dos elementos que facilitam a transmissão de conteúdo acerca do tratamento. Isso é realizado considerando respeito ao momento do familiar acompanhante, para fins de informar o necessário referente à etapa do tratamento, pois não será efetiva qualquer tentativa de transmissão de informações em momentos de muito estresse, geralmente presente nos primeiros dias.

Segundo os profissionais, outro elemento facilitador da comunicação se referiu à possibilidade da utilização de materiais informativos destinados às crianças, os quais apresentariam conteúdo sobre os tipos de queimaduras, tratamento, tempo de internação, e orientações gerais, entretanto, esse material não se encontra disponível na UQ. A forma de se comunicar com calma, educação, e por meio de uma linguagem simples que considera e valoriza as características sociodemográficas do familiar representa um elemento facilitador, uma vez que proporciona um momento de acolhimento e empatia por parte do profissional. Os profissionais reconheceram que o interesse e a participação do familiar diante do tratamento caracteriza um elemento facilitador na transmissão de informação, conforme os relatos a seguir:

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

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

Conforme os relatos apresentados acima existem estratégias utilizadas no processo de comunicação, por exemplo, a forma de expressar o conteúdo de maneira simples; e uma vez que o familiar participa da realização dos procedimentos, estabelece-se o momento oportuno para o processo de comunicação, pois aquilo que é comunicado simultaneamente está sendo realizado na prática.

Outros depoimentos complementam os resultados dessa categoria, como os relatos dos profissionais E2, E4 e E8, que consideraram a necessidade de materiais informativos, a exemplo de banners, gráficos, e cartilhas, com destaque aos tipos de queimaduras e atitudes saudáveis no pós-tratamento. Para os profissionais, esses materiais ficariam disponíveis na recepção da unidade para consulta periódica do familiar cuidador, para que o mesmo possa desenvolver interesse em conhecer as informações, e no caso de dúvidas, os integrantes da equipe seriam os mediadores no processo de esclarecimento.

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

Os resultados apontaram, ainda, que o interesse do familiar foi destacado, pois os seus questionamentos suscitam informações que poderiam passar despercebidas, uma vez que a comunicação acerca dos procedimentos não segue um padrão sequencial ou de conteúdo. O interesse não deve estar limitado em saber o momento da alta ou sobre questões de rotina, mas interessar-se sobre o tratamento, o que possibilitará participar dos procedimentos e desenvolver o conhecimento necessário da situação da criança. Participar com interesse nas ações em parceria com a equipe de saúde constitui-se um elemento que auxilia a comunicação (E1, E3, E7, E11, E12).

A subcategoria **dificultadores da comunicação** diz respeito aos elementos que interferem na transmissão das informações realizadas pela equipe de saúde. Os entrevistados relataram que o uso de termos técnicos é um dos elementos que dificultam a transmissão de informação. Tal prática, aliada ao elemento sentimento de culpa, dificulta ainda mais a comunicação sobre aspectos referentes ao

tratamento. Os profissionais relataram que a dificuldade de compreensão, proveniente do baixo nível de escolaridade e, em alguns casos, ao uso de drogas, constitui outro elemento dificultador, segundo o relato a seguir:

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

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

Os relatos acima destacam a dificuldade de comunicação sobre o tratamento, especificamente referente aos familiares acompanhantes que apresentam baixo nível de escolaridade, o que dificulta a assimilação das informações. Além do grau de escolaridade, os profissionais entrevistados relataram que nos casos em que os familiares acompanhantes são usuários de drogas, tais como álcool e cocaína, isso apresenta consequências nas habilidades cognitivas, e posteriormente interfere compreender as informações. Isso gerou no profissional de saúde certo inconformismo com a situação do familiar, e assim a equipe de saúde diminui os contatos que são realizados (E4).

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

Tal condição é agravada quando são utilizados termos técnicos no ato de informar, o que necessita, por exemplo, substituir termos como *queimadura de terceiro grau* por *a pele está profundamente queimada*. Os profissionais entrevistados destacaram a importância da utilização de termos acessíveis à compreensão do familiar acompanhante. Termos técnicos deverão ser utilizados somente junto aos familiares que demonstrem capacidade de compreensão e contextualização de informações técnicas (E2, E4).

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

Discussão

A comunicação pela equipe de saúde e criança hospitalizada representa uma temática analisada nos estudos científicos (Dorociaki & Dyniewicz, 2000; Gabarra & Crepaldi, 2011; Gonçalves et al., 2015; Souza & Oliveira, 2010), e o que se têm verificado é o interesse de investigar os relatos da criança e dos profissionais de saúde. Na pesquisa de Gabarra e Crepaldi (2011), verificou-se que a comunicação da equipe com as crianças de cinco a seis anos é realizada de maneira indireta, e com aquelas de sete a 13 anos, ocorre de maneira direta. As crianças destacaram que a equipe de saúde prioriza a comunicação com os seus familiares, e isso demonstra o desejo das crianças de estabelecer diálogo com os profissionais para conhecer as informações referentes à situação atual vivenciada no hospital.

Outro estudo apresenta claramente essa demanda, pois os profissionais de saúde destacaram que a comunicação não verbal é utilizada com maior frequência por meio das expressões faciais, porém, a equipe considerou que o brincar e o contar histórias contribui para a efetivação da comunicação verbal (Dorociaki & Dyniewicz, 2000). Na unidade pediátrica de queimados, uma equipe de saúde considerou que o brincar representa um recurso útil para o estabelecimento de diálogos, e isso apresenta contribuições, por exemplo: interação social, adesão ao tratamento, e recuperação da criança (Azevêdo, 2013). Esses resultados referentes à utilização do brincar na comunicação equipe-criança estão congruentes com os relatos obtidos na presente pesquisa, pois as crianças reivindicam uma

comunicação direta mesmo diante de informações geradoras de sofrimento. Assim, o brincar no contexto da hospitalização infantil permite que a criança compreenda a realidade vivenciada e desenvolva estratégias para o enfrentamento das situações, ao se considerar que o lúdico contribui no estabelecimento da comunicação, no manejo dos eventos traumáticos, e na construção e fortalecimento de vínculos entre a criança-família e equipe de saúde.

Especificamente, na comunicação de más notícias, profissionais de saúde utilizaram a discussão do diagnóstico, prognóstico, e orientações acerca dos procedimentos invasivos que as crianças seriam submetidas, entretanto apenas algumas informações foram transmitidas (Gonçalves et al., 2015). Para os profissionais, a decisão de informar ou não à criança dependerá de variáveis específicas, por exemplo, o estado emocional, idade, escolaridade, e vínculo médico/criança.

Na produção científica, identificou-se que os pediatras no momento do exame clínico estabeleceram comunicação, mas as crianças não conseguiram compreender as informações que foram transmitidas (Souza & Oliveira, 2010). Dessa forma, manter atenção às formas de comunicação com a transmissão gradual de informações e verificar se a criança conseguiu entender o conteúdo transmitido representam estratégias que contribuem para o processo de comunicação, algo que é realizado pela equipe de saúde da UQ. Assim, os resultados obtidos são divergentes dos estudos apontados, pois a equipe da UQ apresenta à criança as informações que considera necessárias, por meio de diferentes formas referentes à conversa direta e ao brincar.

Diante desse contexto, um estudo apontou a importância de informar a criança sobre todos os aspectos do ambiente hospitalar, mesmo nos casos de cirurgia simples e breve permanência no hospital (Machado, Jesus, & Filgueiras 2008). A criança preparada previamente para a cirurgia se tornará uma colaboradora do tratamento ao perceber a necessidade e benefícios, mesmo que isso represente uma situação possivelmente traumática, *a priori*. Familiares cuidadores avaliaram os efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica realizada nos seus filhos, e os resultados mostraram maiores contribuições, a saber, melhora no sono, redução da ansiedade, esclarecimentos acerca da cirurgia, nas crianças que receberam as informações verbais e utilizaram instrumentos lúdicos, em comparação ao grupo de crianças que recebeu informações exclusivamente por meio da comunicação verbal (Broering & Crepaldi, 2011).

A equipe da UQ considera inicialmente a vivência da criança, e para tanto utiliza a empatia, em seguida transmite as informações de maneira direta adequando a utilização de palavras, de acordo com a idade e o entendimento da criança, por considerar que existe uma integração de expressões verbais, não verbais, e valorização do brincar. Possivelmente, os profissionais desenvolvem a sensibilidade diante da situação de hospitalização para tratamento de queimaduras, e consideram a singularidade e a experiência da criança e de sua família.

O investimento na comunicação e a ênfase nas necessidades da família representam o ponto central para o desenvolvimento de relações interpessoais e obtenção de resultados positivos nas interações que são desenvolvidas (Fisher & Broome, 2011). Isso demonstra que uma perspectiva de comunicação voltada para as demandas da família possibilita a utilização de ações de integralidade da assistência da política de saúde do Brasil, o acolhimento, o que se mostra congruente com os resultados obtidos na UQ.

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

De acordo com os profissionais de saúde, a participação do familiar cuidador representou um elemento facilitador no processo de comunicação. Pesquisa realizada por Gomes e Oliveira (2012) demonstrou que as famílias sentem-se potencializadas para o cuidado da criança quando são incentivadas, educadas e instrumentalizadas para esse objetivo por meio da mediação dos profissionais de saúde. Por exemplo, a informação sobre os procedimentos médicos, diagnóstico, e prognóstico representa peça chave para adesão ao tratamento e posterior recuperação, por parte da criança e familiar. A informação transmitida pelos profissionais de saúde promove a redução dos eventuais sintomas negativos, o que ocorre por meio do esclarecimento com o repasse de informações e acolhimento desse familiar.

Góes e Cava (2009), em seus estudos, demonstraram que o profissional de saúde executa suas ações com base no modelo biologicista do processo saúde-doença, com transmissão de conhecimento daquele que é detentor do saber, com pouca valorização ao saber das famílias e sua realidade social. Em contraposição, os profissionais da UQ estão preocupados em comunicar da melhor forma possível, além de não ficarem atentos aos aspectos puramente biologicistas, pois o contato empático estabelecido e o respeito ao momento vivenciado pelo familiar representa uma estratégia humanizada de cuidado.

Resultados positivos foram identificados após a participação de enfermeiros, médicos e psicólogos em uma capacitação que teve o objetivo de desenvolver habilidades de comunicação com os familiares das crianças hospitalizadas. O estudo experimental investigou a comunicação da equipe antes e depois da intervenção, o que foi possível indicar que os níveis de satisfação dos familiares foram maiores após a equipe realizar a capacitação, pois os cuidadores perceberam que foram compreendidos e as informações apresentadas consideradas suficientes (Ammentorp, Kofoed, & Laulund, 2011). Entretanto, na UTI, identificou-se a necessidade de os profissionais de saúde desenvolverem diferentes maneiras para o estabelecimento da comunicação (verbal e não verbal), pois verificou-se que os familiares valorizavam a maneira como é realizada a transmissão de informações (Nieweglowski & Moré, 2008). A pesquisa indicou que os profissionais de saúde estavam mais atentos aos procedimentos técnicos realizados no hospital, pois apresentavam poucas habilidades de comunicação e desenvolvimento de relação interpessoal.

A transmissão de informação da equipe de saúde para o acompanhante requer do profissional certa habilidade e equilíbrio emocional, dadas às circunstâncias da internação. No primeiro contato, o familiar apresenta instabilidade emocional com forte sentimento de culpa, raiva, e geralmente se mostra resistente para estabelecer contato. Outro elemento facilitador se referiu à possibilidade de utilização de materiais educativos, por exemplo, uma cartilha disponível no setor para auxiliar a comunicação com o familiar.

A literatura mostra efeitos positivos quando esses materiais são utilizados, pois numa pesquisa enfermeiras construíram e compartilharam panfletos com informações sobre avaliação da dor em pediatria, e os familiares destacaram que essa forma de comunicação permitiu conhecer os procedimentos que são realizados, e ao mesmo tempo esclarecer dúvidas e participar das ações de cuidado destinadas à criança (Hong, Murphy, & Connolly, 2008). Os pais, respaldados pelas informações, são os principais responsáveis em repassar e esclarecer as dúvidas das crianças (Sabatés & Borba, 2005).

Em relação aos elementos que interferem no processo da comunicação, a dificuldade de compreensão do familiar e baixo nível de escolaridade, o estudo realizado por Gold et al. (2013), demonstrou que as mães apresentavam pouco conhecimento sobre os motivos da internação, resultante da dificuldade de compreender as informações que foram transmitidas pela equipe de saúde. Na mesma linha, o estudo realizado por Soderback e Christensson (2008), identificou que o baixo nível de instrução e as condições socioeconômicas que indicavam vulnerabilidade social resultaram em dificuldade de compreensão do tratamento e outros aspectos relacionados à internação, resultado este que se coaduna com aqueles desta pesquisa.

No entanto, destaca-se a necessidade de se construir estratégias de comunicação para atender as particularidades desses familiares, pois conforme evidenciado pela equipe, os cuidadores apresentam sentimentos de culpa, e isso tem sido destacado nas pesquisas realizadas em unidades pediátricas de queimados (Bakker et al., 2010; McGarry et al., 2014; Oliveira et al., 2015). O fato de os sentimentos de culpa dificultarem a comunicação permite destacar que os diferentes aspectos psicológicos, socioeconômicos, e culturais, aos quais relacionam a população atendida, demandam a utilização de diferentes estratégias para que a emissão e recepção de mensagem fluam adequadamente.

Em outros estudos, as dificuldades para o estabelecimento da comunicação foram atribuídas ao tempo limitado de contato com a criança e familiar cuidador, ao excesso de trabalho, e o número reduzido de profissionais do setor (Dorociaki & Dyniewicz, 2000). Os elementos facilitadores e dificultadores relacionam exclusivamente os comportamentos de crianças e seus cuidadores (Souza & Oliveira, 2010). Assim, é possível verificar que na unidade de queimados existem demandas específicas que são divergentes com os resultados de estudos realizados em unidades gerais pediátricas, o que mostra a necessidade de desenvolver ações contextualizadas.

Considerações finais

Os profissionais da equipe de saúde da UQ utilizam distintas formas de comunicação, e o compartilhamento de informações é realizado por meio do acolhimento com respeito ao momento da criança e família, o que permite proporcionar o envolvimento tornando-os ativos no processo de comunicação. Identificou-se que por meio do contato empático as informações são transmitidas gradualmente, de maneira acolhedora, com palavras adequadas para facilitar a compreensão da criança e do familiar.

Os elementos facilitadores da comunicação se referem à participação do familiar, e à possibilidade de os profissionais de saúde utilizarem materiais educativos. Por outro lado, baixa escolaridade do familiar representou o elemento dificultador. O objetivo de compreender o processo de comunicação entre equipe de saúde-criança-família no setor de queimados foi alcançado em virtude dos relatos evidenciados pelos profissionais de saúde. Recomenda-se que os próximos estudos investiguem os relatos de crianças e suas famílias para contribuir com o desenvolvimento de pesquisas, e assim refletir sobre possibilidades de intervenção psicológica focalizada nas estratégias comunicativas de todos os envolvidos.

Diante dos elementos considerados dificultadores, recomenda-se a realização de intervenções em habilidades de comunicação para que os profissionais desenvolvam estratégias a serem utilizadas com os familiares que apresentam baixo nível de instrução, e nos casos específicos de usuários de drogas. Outro ponto refere-se à possibilidade de construção de instrumentos informativos, por exemplo, as cartilhas, para que possam auxiliar a comunicação equipe e família, e dessa forma, novos estudos contribuem para essa tarefa. Em síntese, a equipe de saúde da UQ demonstrou interesse pelas diferentes formas de comunicação por meio da construção de vínculos, o que apresenta congruência com o processo de trabalho na área da saúde por meio do acolhimento e da visão ampliada acerca do processo saúde-doença.

Em síntese, o acolhimento e a comunicação fluida e empática representam aspectos que auxiliam no tratamento e recuperação da criança no contexto hospitalar, de maneira que repercuta nas relações estabelecidas entre os familiares e equipe de saúde. Inúmeras implicações ocorrem quando o acolhimento é realizado pelo profissional de saúde de maneira empática, por exemplo, melhorias na comunicação entre todos os envolvidos (equipe-família-criança hospitalizada) e construção de vínculos que auxiliam no desenvolvimento de redes de apoio, os quais são promotores da saúde.

Referências

- Ammentorp J., Kofoed P. E., & Laulund, L. W. (2011). Impact of communication skills training on parents' perceptions of care: intervention study. *Journal Advanced Nursing*, 67, 394–400.
- Azevêdo, A. V. S., & Santos, A. F. T. (2011). Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(2), 328-339.
- Azevêdo, A. V. S. (2013). Equipe de saúde e o brincar da criança com queimaduras. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(1), 57-65.
- Bakker, A., Van Loey, N. E., Van Son, M. J., & Van der Heijden, P. G. (2010). Brief report: mothers' long-term posttraumatic stress symptoms following a burn event of their child. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 656-661.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: 70.
- Brasil (2013). *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. Brasília, DF.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Percepções das mães sobre a preparação pré-cirúrgica de seus filhos segundo dois modelos. *Psicologia Argumento*, 29(66), 327-341.
- Crepaldi, M. A., & Varella, P. B. (2000). A recepção da família na hospitalização de crianças. *Paidéia*, 10(19), 33-39.
- Dorociaki, J. G., & Dyniewicz, A. M. (2000). Importância da comunicação entre equipe de enfermagem e o paciente em pediatria. *Cogitare Enfermagem*, 5 (Número especial), 89-95.
- Fisher M. J., & Broome, M. E. (2011). Parent-provider communication during hospitalization. *Journal Pediatric Nursing*, 26(1), 58-69.
- Francisco, T., Queirós, G., Casimiro, A., Conde, M., & Brito, M. J. (2012). Comunicação entre pais e pediatras: o que informamos e como informamos, será suficiente? *Acta Pediatrica Portugal*, 43(3), 91-95.
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2011). A comunicação médico-paciente pediátrico – família na perspectiva da criança. *Psicologia Argumento*, 29(65), 209-218.

- Góes, F. G. B., & Cava, A. M. L. (2009). Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. *Revista Eletrônica Enfermagem*, 11(4), 942-51.
- Gold, K. J., Jayasuriya, T. G., Silver, J. M., Spangenberg, K., Wobil, P., & Moyer, C. A. (2013). How well do mothers in Ghana understand why their newborn is hospitalized? *Paediatrics and international child health*, 33(3), 181-186.
- Gomes, G. C., & Oliveira, P. K. (2012). Vivências da família no hospital durante a internação da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 165-171.
- Gonçalves, S. P., Forte, I. G., Setino, J. A., Cury, P. M., Salomão-Júnior, J. B., & Miyazak, M. C. O. S. (2015). Comunicação de más notícias em pediatria: a perspectiva do profissional. *Arquivo Ciência e Saúde*, 22(1), 74-78.
- Hong, S. S., Murphy, S. O., & Connolly, P. M. (2008). Parental satisfaction with nurses' communication and pain management in a pediatric unit. *Pediatric Nursing*, 34(4), 289-293.
- Lemos et al. (2004). Infecção da criança queimada. In E. M. Lima-Júnior & M. C. do V. F. Serra (Orgs.), *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Atheneu.
- Lima-Júnior, E. M., Novaes, F. N., Piccolo, N. S., & Serra, M. C. V. F. (2008). *Tratado de queimaduras no paciente agudo* (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Machado, A. B., Jesus, M. A. G. S., & Filgueiras, M. S. T. (2008). A importância da ajuda psicológica na preparação para cirurgia com crianças. *Revista do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora Revista*, 22, 223-238.
- McGarry, S., Elliot, C., McDonald, A., Valentone, J., Wood, F., & Girdler, S. (2014). Paediatric burns: from the voice of the child. *Burns*, 40(4), 606-615.
- Milanesi, K., Collet, N., Oliveira, B. R. G. de, & Vieira, C. S. (2006). Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 769-774.
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2011). Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 254-60.
- Nieweglowski, V. H., & Moré, C. L. O. O. (2008). Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(1), 111-122.
- Oliveira, V. V., Fonseca, A. S., Leite, M. T. S., & Santos, L. S. (2015). Vivência dos pais no enfrentamento da situação de queimaduras em um filho. *Revista Rene*, 16(2), 201-209.
- Oliveira, A. B. S. de, Serra, M. C. do V. F. (2004). Atendimento inicial. In E. M. Lima-Júnior, M. C. do V. F. Serra. *Tratado de queimaduras*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Pickett, W., Streight, S., Simpson, K., & Brison, R. J. (2003). Injuries experienced by infant children: a population-based epidemiological analysis. *Pediatrics*, 111(4), 364-371.
- Sabatés, A. L., & Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 963-973.
- Soderback, M., & Christensson, K. (2008). Family involvement in the care of a hospitalised child: A questionnaire survey of Mozambican family caregivers. *International journal of nursing studies*, 45(12), 1778-1788.
- Souza, T. V. de., & Oliveira, I. C. dos S. (2010). Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery* (impr.), 14 (3), 551-559.
- Tse T., Poon, C. H., Tse, K. H., Tsui, T. K., Ayyappan, T., & Burd, A. (2006). Paediatric burn prevention: an epidemiological approach. *Burns*, 32, 229-34.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação* (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Cultrix.

Recebido em 09/03/2017
Aceito em 13/11/2017

Antônio Carlos Lançoni Júnior: mestre em psicologia, pelo Programa de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC, área de concentração: saúde e desenvolvimento psicológico. <http://orcid.org/0000-0002-8648-8355>

Adriano Valério dos Santos Azevedo: doutor em psicologia, pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil(2016). Professor da Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0238-3423>

Maria Aparecida Crepaldi: doutora em saúde mental, pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil(1995). Docente orientadora do programa de pós-graduação em Psicologia-UFSC <http://orcid.org/0000-0002-5892-7330>