

Cotidiano de pais de crianças vítimas de queimadura após a alta hospitalar

Daily routine for parents of burn-victims children after hospital discharge

La vida cotidiana de los padres de niños víctimas de quemaduras después del alta hospitalaria

Mayara Caroline Barbieri¹, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla², Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari³, Flávia Lopes Sant'Anna⁴

Resumo

Objetivo: Apreender a vivência dos pais no ajustamento da rotina familiar após alta hospitalar do filho vítima de queimadura. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, desenvolvido com pais de crianças vítimas de queimaduras que permaneceram internadas em um centro de tratamento de queimados. A coleta de dados ocorreu entre maio a julho de 2013, por meio de entrevistas gravadas com a utilização de um instrumento semiestruturado. **Resultados:** 15 pais foram entrevistados, e, a partir dos discursos desses, emergiram duas categorias, a primeira, “De volta para a casa: reestabelecendo o cotidiano”, que mostrou as adaptações na rotina após a alta e, a segunda, “Cicatrizes: uma ferida social”, que abordou os sofrimentos vivenciados pelos pais em virtude das cicatrizes da queimadura após a alta hospitalar. **Conclusão:** Os pais são a conexão fundamental para o sucesso do tratamento da criança queimada. Assim, os profissionais da saúde necessitam de uma maior aproximação para conhecê-los, apoiá-los e orientá-los no cuidado domiciliar.

Descritores

Enfermagem pediátrica; Pais; Cuidado da Criança; Queimaduras

Abstract

Objective: To capture the experiences of the parents in the family routine adjustment, after their burn-victim child got discharge from hospital care. **Method:** Descriptive, exploratory, qualitative study carried with parents of children burn victims who remained hospitalized out in a center for burn treatment. Data collection occurred from May to June 2013 with recorded interviews using a semi-structured instrument. **Results:** 15 parents were interviewed and from the discourses emerged two categories, the first “Back to the home: reestablishing the everyday” that showed the adjustments in routine after discharge and, the second, “Scars: a social wound” that addressed the suffering experienced by parents because of the burn scars after hospital discharge. **Conclusion:** Parents are the fundamental connection to the successful treatment of the burned child. Thus, health professionals need to get closer, to know them better, support them and guide them in home care.

Descriptors

Pediatric Nursing; Parents; Child Care; Burns

Resumen

Objetivo: Captar la experiencia de padres en el ajuste de la rutina familiar después del alta hospitalaria de su hijo víctima de quemaduras. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo desarrollado con padres de niños víctimas de quemaduras que permanecieron hospitalizados en uno centro de tratamiento de quemados. La recolección de datos sucedió entre mayo y junio de 2013, por medio de entrevistas grabadas con la utilización de instrumento semi-estructurado. **Resultados:** Se entrevistaron 15 padres y, a partir de los discursos, surgieron dos categorías, la primera “Vuelta a la casa: restableciendo la vida cotidiana” que muestra ajustes en la rutina después del alta y, la segunda, “Cicatrices: una herida social” que aborda el sufrimiento experimentado por los padres debido a las cicatrices de las quemaduras tras el alta hospitalaria. **Conclusión:** Los padres son la conexión fundamental para el éxito del tratamiento del niño quemado. Por lo tanto, los profesionales de la salud necesitan estar más cerca para apoyarlos y guiarlos en la atención domiciliar.

Palabras clave

Enfermería Pediátrica; Padres; Cuidado del Niño; Quemadura

¹Enfermeira, especialista em saúde da criança. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

²Enfermeira, Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

³Enfermeira, Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

⁴Enfermeira, Doutoranda, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem - Área da Saúde da Criança e do adolescente - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Autor correspondente: Mayara Caroline Barbieri - may_barbieri@hotmail.com

Introdução

A queimadura é considerada como ferida traumática, pode ser provocada por agentes externos e contato com alta temperatura sobre a pele, causando sua destruição parcial ou total, comprometendo funções básicas e podendo alterar o funcionamento de outros órgãos.

A queimadura em criança é um fator de risco para o desenvolvimento de feridas profundas e graves comparada a paciente adulto. A pele é mais fina, apresenta maior superfície corporal em relação ao peso e perde mais calor e líquido para o meio externo.⁽¹⁾ Os acidentes na infância são elevados e acontecem sobretudo na residência, e, por isso, os esforços, para prevenir as queimaduras de crianças menores de 5 anos devem se concentrar no ambiente doméstico.⁽²⁾

As queimaduras, dependendo da extensão e gravidade, podem acarretar danos físicos e psicológicos com modificações na vida dos sujeitos. As particularidades desse tipo de lesão em crianças vão além do sofrimento e dor, pois o rápido desenvolvimento físico destas favorece sequelas permanentes e graves ocasionadas pela perda de tecido e contratura da pele.⁽³⁾

Os pais vivenciam a queimadura do filho como algo inesperado e assustador, permeando a experiência por sentimentos intensos de conflitos. Durante a reabilitação e adaptação da criança, eles tornaram-se atores essenciais do processo. Dessa forma, cabe ao profissional enfermeiro dialogar, respeitar e conhecer as singularidades presentes em cada família, para potencializar o cuidado à criança com queimadura.⁽⁴⁾

Esta pesquisa justifica-se pela relevância do papel dos pais para o ajustamento da criança frente à recuperação e os desafios a serem enfrentados por ela e sua família, diante das alterações de rotina e cicatrizes ocasionadas pela queimadura. É indispensável que os profissionais envolvidos na assistência à criança queimada compreendam a experiência do cuidado realizado no núcleo familiar após a alta, para que possam aprimorar intervenções e orientações, com a intenção de torná-las mais humanizadas, individualizadas e aplicáveis após a alta hospitalar.⁽⁵⁾ Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi apreender a vivência dos pais no ajustamento da rotina familiar após a alta hospitalar do filho, vítima de queimadura.

Método

Estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), instituição hospitalar pública de referência para 98 municípios que compõem a macrorregião noroeste/norte do Estado do Paraná. Conta com seis leitos pediátricos e seis adultos em enfermaria, seis leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), duas salas cirúrgicas e um Pronto Atendimento (PA), bem como ambientes para atividades administrativas, de reunião e recreação.

Os participantes do estudo foram 15 pais das crianças vítimas de queimaduras que permaneceram internados no CTQ, esse número justifica-se pela recorrência dos dados e identificação de categorias de análise que representavam a amostra.⁽⁶⁾ Também foi analisado o prontuário da criança para a identificação da idade, sexo, Superfície Corpórea Queimada (SCQ), tipo, natureza e causa da lesão, tempo de internação e se os pais ou algum adulto estavam presentes no local do acidente. A coleta de dados ocorreu entre 28 de maio a 25 de junho de 2013, sendo os participantes selecionados de forma aleatória.

As entrevistas foram realizadas em consultório disponível no ambulatório do CTQ, para consulta de retorno após a alta hospitalar, indiferente ao tempo da ocorrência da queimadura e período de internação, mediante instrumento com questões semiestruturadas, utilizando-se a técnica de gravação. Como questão norteadora da entrevista, estabelecemos: *Conte-me como foi para você o ajustamento da rotina familiar após a alta hospitalar do(a) (nome do filho(a))*. No decorrer da entrevista, outras questões acessórias foram realizadas caso o participante não explorasse espontaneamente a temática.

Posteriormente, os dados foram transcritos, analisados e agrupados, utilizando-se o Método de Interpretação dos Sentidos,⁽⁶⁾ que tem como característica a avaliação das palavras, ações, conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas, dentre outros. Os dados foram agrupados conforme as três fases propostas por Gomes, que são: a leitura compreensiva e exploração do material selecionado e a elaboração de síntese interpretativa.⁽⁷⁾

Como referencial teórico, utilizou-se a antropologia interpretativa de Clifford Geertz.⁽⁸⁾ Para o autor, na

visão etnográfica e antropológica, a cultura não pode ser restrita a sentimentos ou valores comuns, diante da vasta diversidade existente na sociedade. Ele afirma que não podemos encaixar a cultura do próximo para nosso entendimento, mantendo a nossa, mas devemos sim, deixar nossa concepção de lado e dar lugar para a visão do outro.⁽⁸⁾

A pesquisa seguiu os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012,⁽⁹⁾ foi iniciada mediante o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizada pela direção do hospital e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UDEL), Parecer nº 270.675 e CAAE nº 12942013.2.0000.5231.

Resultados

Dentre os 15 participantes, havia 12 mães e três pais, na faixa etária entre 18 e 51 anos, com média de idade de 30,3 anos. O nível de escolaridade dos pais variou do ensino fundamental incompleto ao médio completo: seis pais com fundamental incompleto, cinco completo e a menor parte o médio completo e incompleto, dois em cada um, respectivamente. Sobre a situação conjugal, 12 estavam em união estável e três não tinham companheiro.

Quanto à caracterização sociodemográfica das crianças, apresentaram idade variando entre 7 meses a 11 anos, com a média de idade de 5 anos e 4 meses. Apenas uma das vítimas era lactente, duas crianças tinham idade entre 1 e 2 anos, e as faixas etárias de dois a 5 anos e mais de 5 anos apresentaram a maior concentração de crianças, com cinco em cada uma. Quanto ao sexo, 9 eram meninos e 6, meninas.

Sobre o local e a razão da queimadura, todas ocorreram em ambiente domiciliar e foram de natureza accidental, e que a grande maioria (10) aconteceu na cozinha. Dos entrevistados, 12 estavam presentes no domicílio no momento da queimadura e três, não. Porém, em todos os acidentes algum adulto estava presente em domicílio, embora seis não estivessem próximos à criança no momento do acidente.

Sobre a causa do acidente, dez foram por escaldadura, quatro por chama aberta e um por plástico supe-

raquecido. A SCQ variou entre 1% e 28%, com a média de 10,8% e as lesões variaram entre 2º e 3º graus.

A análise dos discursos permitiu a identificação de duas categorias: I. De volta para a casa: reestabelecendo o cotidiano e II. Cicatrizes: uma ferida social.

I. De volta para casa: reestabelecendo o cotidiano

Esta categoria aborda as alterações na rotina diária dos pais após a alta hospitalar. No discurso dos participantes, foi possível identificar o quanto os pais precisam estar atentos aos cuidados com a criança vítima da queimadura, o que gera preocupações e dificuldades para lidar com a nova rotina. Os participantes relataram a necessidade de cuidados especiais em atividades que antes do acidente a criança já exercia com certa independência, sendo que, muitas vezes, essa situação perdurava por um tempo maior que o processo de recuperação. Além disso, os pais sentiam dificuldades em impor limites em alguns cuidados para a recuperação da pele como a não exposição ao sol e a utilização das malhas de proteção.

[...] o cuidar dela agora é diferente porque ela não pode ir ao sol porque é muito recente, [...] o pior mesmo é deixar ela dentro de casa o dia todo. Ela fica mais irritada, vê que as irmãs vão para fora e ela não pode, é difícil para eles entender. (E 5)

[...] eu tinha que dormir junto com ela, segurando as mãozinhas dela, para não coçar, ela soltava e ia direto para o rosto, e por causa do enxerto não podia [...] então eu praticamente não dormia, tinha que ficar o tempo todo cuidando para ela não mexer. [...] e depois do acidente ela voltou a ser bebê de novo porque eu tinha que dar banho, dar a comida na boca, dar a roupa para ela vestir. Aí voltou aquele trabalho de antigamente, dos primeiros anos, foi muito difícil, porque essas coisas tem que ser mãe, outra pessoa ela não aceitava. (E 12)

A malha, nossa, era uma dificuldade dela deixar colocar e se colocava ela ficava reclamando [...], eu colocava a malha no braço, nas pernas, mas ela chorava e tinha que tirar, fazer os gostos e acabei cedendo, aí formou as pelotas, conforme ela não foi usando mais formou os queloides na pele dela [...] e depois do acidente ela voltou a dormir na cama com a gente. Isso foi difícil também. (E 15)

Além da adaptação à nova rotina para os cuidados com a criança, alguns pais relataram o medo de

complicações resultantes das queimaduras, sendo necessário mudar a dinâmica familiar para fazer o cuidado individualizado. As famílias demonstraram uma preocupação especial em evitar os processos infecciosos em seus filhos, no processo de recuperação, e por isso incorporaram alguns cuidados que anteriormente não eram necessários.

Ah! Mudo! Mudou tudo. Mudou o jeito de lavar roupa, nossa mudou tudo. Agora quase não deixo ninguém relar nele com medo de passar bactéria. O lençol eu tiro quase todo dia, passo a roupa dele e antes eu não passava sempre, passo tudo, porque eu tenho medo de infeccionar alguma coisa, até os produtos que antes eu passava nele agora eu não passo mais. (E 6)

Ah mudou! Na minha casa tinha dois banheiros, mas só um funcionava, aí nós tivemos que ligar o outro banheiro e deixar funcionando somente para ela, para ela não ter contato com os outros por causa das bactérias [...] (E 9)

Ter um filho vítima de queimadura exige cuidado constante e gera modificações na estrutura familiar, bem como, sentimentos de solidão e desamparo. Por causa da necessidade de evitar a exposição ao sol, a família e, especialmente, o cuidador principal acabam se isolando e restringindo as interações sociais. Devemos destacar também que, em alguns casos, era possível notar que a responsabilidade de cuidar da criança era dada a um único membro, pois, em geral, a mãe se sente sobrecarregada como pode ser observado nos trechos a seguir:

Mudou todos os cuidados, e o meu mudou totalmente porque eu não trabalho mais, eu não consigo trabalhar com meu filho desse jeito, daí a minha mãe que vai mantendo até eu conseguir trabalhar novamente, mas a rotina de vida de todo mundo mudou, da casa inteira. (E 6)

[...] eu me senti muito sozinha de ficar só com ela em casa, aí eu queria sair, ficar sozinha, e eu não tinha tempo para mim, eu só podia ficar com ela. Aí eu não podia tipo ir ao salão arrumar o cabelo, não podia fazer uma unha, eu não podia fazer nada a mais porque eu tinha que dedicar meu tempo inteiro a ela entendeu? E às vezes ele (marido) não entendia que ele precisava ficar um pouco, minha mãe ficar um pouco, e eu queria sair um pouco para respirar, porque é difícil, muita sobrecarga [...] (E 12)

No retorno para casa, alguns pais relatam que, como precaução, mudaram o comportamento, ficando mais atentos e receosos com a ocorrência de outros acidentes, não deixando o filho, por exemplo, chegar per-

to do fogão, atitude que antes da internação da criança era pouco valorizada.

Ah! Mudou muito depois. Não sei nem como falar, mas assim, em casa nós ficamos superatentos com medo de acontecer alguma outra coisa com ela e com o outro filho, parece que dá medo [...] (E 2)

Ah! agora mudou tudo pra mim. Se eu estiver no fogão eu não quero ninguém perto de mim, daquele jeito sabe, sempre mais alerta, para não acontecer de novo. (E 10)

Nos discursos dos pais, podemos observar que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas por causa das novas demandas do processo de recuperação da criança, os relacionamentos familiares prevaleceram. Nos relatos, observamos dizeres de união para o enfrentamento da situação.

[...] mais amor e carinho com os filhos [...] a gente passa a dar mais valor para pequenas coisas do dia a dia em casa. (E 5)

[...] entre eu e meu marido, nós ficamos mais próximos, pois tivemos que dar força um para o outro durante a hospitalização e os cuidados depois que teve alta. (E 10)

[...] naquele momento a gente precisava se unir mais ainda para cuidar dele. (E 13)

II.Cicatrizes: uma ferida social

Esta categoria aborda as dificuldades relatadas pelos genitores frente à criança queimada que retorna para casa com cicatrizes. Podem-se observar relatos de sofrimento de pais e filhos, gerados ao resgatar a memória da imagem da criança anterior ao acidente, sem as cicatrizes e também pelo estigma vivido ao retomar o convívio social. O paciente acaba isolando-se para não vivenciar situações de preconceito e muitas vezes os pais tentam protegê-los de situações de estigma, impedindo-o de utilizar vestimentas que exponham suas marcas. Atitudes de investigação e curiosidade podem advir de pessoas que os pais esperavam apenas apoio, como membros da própria família.

Os parentes mais distantes ficam perguntando se vai ficar marca, a gente se incomoda porque não tem resposta para essas coisas. (E3)

[...] ele também nem sai muito de casa porque os moleques dão risada, às vezes ele fala: ah mãe eu não quero ter esse rosto mais, estou cansado dos outros olhar e perguntar! (E 6)

[...] ela fica triste porque ela quer usar shortinho, quer usar blusinha e meu marido fica em cima dela brigando, pois

ele não quer que mostre as cicatrizes, porque ele tem trauma das pessoas ficarem olhando e falando [...]. (E 15)

Nos discursos dos pais, podem-se observar algumas dificuldades enfrentadas pela família e pela própria criança ao retornar para a escola. Por causa das cicatrizes, há vergonha dos amigos, dificuldade em utilizar a malha, isolamento social por medo de novos acidentes e pela curiosidade apresentada pelos colegas.

[...] quando eu fui levar ele de volta para a escola, ele não quis ficar, [...] a reação quando ele chegou foi todos irem ver ele, aí ele se assustou, ficou com a sensação de “pelo amor de Deus me tirem daqui”. (E 3)

[...] pelo o que aconteceu eu já não deixei ir para a escola, pelo sol e o medo dela brincar com criança e alguém empurrar, ela cair e se machucar, aí não deixei ela estudar esse ano [...] (E 12)

No começo [...] tinha criança na escolinha que não queria brincar com ele, logo que ele ficou com aquela cicatriz mais escura, meu marido se queixava bastante, às vezes a gente ficava nervoso das crianças não quererem brincar com ele, e ele pequenininho [...] (E 13)

Discussão

As lesões por queimaduras têm se tornado cada vez mais frequentes entre o público infantojuvenil. Em geral, as variáveis da lesão nessa faixa etária têm mostrado uma homogeneidade em relação ao agente agressor, local e razão do evento, como foi observado também neste estudo, no qual a maioria das queimaduras ocorrem por escaldamento,^(2,10,11) na cozinha e na presença de adultos.⁽¹⁰⁾ O ambiente doméstico é reportado como importante local de incidência de injúria nessa faixa etária pelo grande período de tempo que permanecem dentro de sua casa e este ser o local onde agentes térmicos estão mais disponíveis a seu alcance.⁽³⁾ Tal fato justifica a importância da supervisão constante dos pais e cuidadores.⁽¹²⁾

Quanto à caracterização sociodemográfica das crianças, outras pesquisas trazem maior ocorrência de queimaduras em menores de 2 anos,^(2,10) diferente do observado no presente estudo. Quanto ao sexo das crianças, observamos um percentual maior entre os meninos, o que corrobora os achados de outros estudos.^(10,11,13) O fato pode ser explicado por Geertz,⁽⁸⁾ em

relação às questões de gênero, já que os meninos tendem a brincar com coisas mais perigosas e as meninas são educadas para serem mais delicadas.

Considerando que a queimadura é uma lesão não intencional, ela pode ser prevenida. A falta de conhecimento de medidas simples, voltadas à prevenção, é responsável pelos acidentes, sendo sua adoção imprescindível para evitá-las.⁽¹²⁾ A educação em saúde favorece a aquisição de conhecimentos e facilita a adesão de comportamentos mais seguros, indispensáveis para redução do índice de acidentes infantis.⁽¹³⁾ O enfermeiro exerce papel indispensável tanto na assistência à saúde como nas orientações para prevenção de acidentes neste grupo etário, pois, muitas vezes, os adultos desconhecem tais medidas.⁽¹²⁾

Em relação às alterações na rotina após alta hospitalar, os pais entrevistados referiram dificuldade em impor limites necessários para o tratamento da lesão por queimadura na criança. Abordaram também os impasses com os irmãos, que podiam realizar todas as atividades sem restrições, como ir ao sol, correr e ir à escola.

Em outro estudo que investigou o impacto da queimadura e hospitalização sobre a dinâmica familiar, também foram observadas dificuldades nos relacionamentos entre o filho que sofreu queimadura e os demais, como mudança de comportamento e aumento da irritabilidade. Também relataram a intensificação dos conflitos familiares preexistentes.⁽¹⁴⁾

Alguns entrevistados relataram que, após a alta hospitalar, seus filhos apresentaram alterações no comportamento, como regressão. Queimaduras em crianças apresentam desfechos singulares como a regressão dos estágios de desenvolvimento, necessitando de cuidados diferenciados para o tratamento e retorno ao convívio social.⁽¹⁵⁾

A situação de sobrecarga materna e o próprio abandono do trabalho relatado nesta pesquisa também foram observados na literatura. Este fato pode ser explicado pela dinâmica familiar e também pela responsabilidade moral assumida pela mãe ao cuidar do filho.⁽¹⁶⁾ Geertz afirma que os modelos familiares e a construção do gênero é uma constante nas sociedades, por mais que se tenham algumas mudanças, a experiência da cultura é mantida. Por exemplo, o papel de cuidador principal ser exercido pela mãe, o que é definido culturalmente.⁽⁸⁾

Nos relatos, também se observou dizeres de alterações no comportamento dos pais, quanto às atitudes de superproteção, e alterações na dinâmica familiar da casa para receber esta criança. Os genitores que relataram essas mudanças, justificaram tomá-las em razão do medo do filho adquirir alguma infecção pela perda da proteção da pele com a queimadura. Podemos caracterizar tal fato como outro exemplo de modelos familiares culturalmente estabelecidos no qual sempre foi responsabilidade e papel dos pais a proteção dos filhos.⁽⁸⁾

Uma questão abordada em outro estudo refere-se a uma nova postura dos pacientes que já sofreram acidentes por queimadura em relação à prevenção de novas ocorrências.⁽¹⁷⁾ Em pesquisa realizada com famílias de crianças queimadas, esses achados também são identificados, evidenciando a importância do cuidado dessas famílias frente à criança e também à importância do enfermeiro na criação de estratégias de educação em saúde para prevenir novos episódios de queimaduras.⁽¹⁸⁾ Estas alterações foram detectadas nos discursos de alguns pais que mencionaram a mudança de atitude e o maior cuidado a fim de evitar acidentes, não apenas com o filho que sofreu a queimadura, mas com todos a seu redor. Neste contexto, a enfermagem deve estar próxima da família para fornecer todo o apoio e suporte necessários para esta fase de reabilitação tão importante da criança vítima de queimadura, visto todas as mudanças e dificuldades que a família enfrenta nesse processo.

Os pais percebem o impacto das cicatrizes de seus filhos sobretudo ao voltarem para a casa, pois é neste momento que eles retornarão ao contato social. Nos discursos, notou-se a angústia quanto às indagações das pessoas que estão próximas e o desconforto que os genitores sentiam com os olhares dos outros voltados para as cicatrizes de seus filhos.

A sociedade, muitas vezes, pode não estar preparada para receber uma pessoa considerada fora dos padrões de normalidade da beleza.⁽¹⁹⁾ Se um indivíduo apresenta-se diferente desses critérios, ele é considerado “inferior” e “menos desejável”, o que é denominado de estigma.⁽²⁰⁾ Assim, ações estigmatizadas, como ignorar e difamar, podem atingir essa criança que apresenta marcas permanentes, por ser um atributo culturalmente não esperado pela sociedade.

A família, por estar sempre presente com a criança, também pode ser julgada nas situações que ocorrem cicatrizes por queimadura, o que é denominado de estigma de cortesia.⁽²⁰⁾ Enfrentar o estigma imposto é muito difícil. Dessa forma, algumas atitudes, como a mudança de hábitos e manter seus filhos em casa por vergonha e medo, podem ocorrer.⁽¹⁹⁾ Desse modo, é importante a maneira como a família lida com os olhares, perguntas e atitudes da sociedade, pois estas ações trarão consequências no futuro dessa criança.

Os entrevistados da pesquisa mostraram muitas dúvidas e receio quanto ao tempo que a cicatriz permanecerá e também relataram recordar com frequência a aparência da criança antes do acidente, sem marcas na pele. Eles se mostraram inseguros ao retornar à rotina anterior com seus filhos, pois vivenciam preconceitos e julgamentos. Assim, os profissionais de saúde devem estar preparados para desenvolver o pensamento crítico positivo e serem capazes de conhecer o contexto cultural no qual a família está inserida, para desenvolver um elo de comunicação e conhecimento, facilitando sua compreensão.⁽¹⁷⁾

Pesquisa realizada em um hospital de Minas Gerais com pais de crianças que vivenciaram a queimadura também evidenciou em seus resultados a insegurança quanto ao tratamento e recuperação de seus filhos. Tal fato aponta a necessidade de suporte emocional ofertada, pelo enfermeiro, para que os pais e as crianças possam enfrentar situações traumáticas. O profissional de saúde deve atuar junto aos pais de modo respeitoso abrangendo o contexto social e cultural dessas famílias.⁽⁵⁾

Conforme a *Antropologia Interpretativa*, independentemente das diferenças entre os indivíduos, os profissionais da saúde devem compreender os aspectos culturais e individuais de cada família, com a finalidade de facilitar a assistência e torná-la mais humanizada.⁽⁸⁾

Conclusão

O objetivo do estudo de apreender a vivência dos pais no ajustamento da rotina familiar após alta hospitalar de seu filho vítima de queimadura foi atingido. A pesquisa revelou dificuldades psicológicas

e físicas em se ter um filho queimado após a alta hospitalar, tais como a sobrecarga gerada pelos cuidados especiais, o isolamento social e o preconceito em razão das cicatrizes. Os dados obtidos fornecem subsídios para o melhor entendimento dos pais pelos profissionais da saúde, refletindo assim na qualidade da assistência à criança e a seu familiar.

Os pais representam a conexão fundamental para o sucesso das intervenções no tratamento da criança queimada. São eles que desempenham os cuidados pós-alta e, para isso, devem estar preparados. Para tanto, os profissionais precisam ouvi-los, conhecer suas limitações e dificuldades, esclarecer dúvidas, trocar conhecimentos e apoiá-los para o desempenho do cuidado a seu filho.

Uma facilidade encontrada na seleção aleatória dos entrevistados foi que, independentemente do tempo da ocorrência do acidente e internação, todas as lembranças dos pais afloravam com facilidade durante a entrevista. Já uma limitação foi em relação ao percentual da SCQ das crianças. Notou-se, durante as entrevistas, que os depoimentos dos pais de crianças com maior SCQ foram relatados com mais intensidade e as adaptações pós-alta foram em maior número, gerando assim uma heterogeneidade nas experiências.

É fundamental que novas pesquisas sejam realizadas e que busquem como foco de pesquisa o relato de crianças que vivenciaram a queimadura, para que assim o fenômeno seja compreendido minuciosamente.

O estudo contribui cientificamente por possibilitar alguns esclarecimentos e reflexões sobre a assistência de enfermagem no preparo para a alta hospitalar da criança vítima de queimadura e sua família. A criança retorna para casa com cicatrizes e necessidade de cuidados especiais, surgindo indagação sobre se o preparo está sendo suficiente ou não. Neste contexto, modelos de cuidado centrado na família são essenciais, pois respeitam a individualidade dos indivíduos envolvidos compreendendo o contexto cultural em que estão inseridos.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras [Internet]. Brasília: (DF): MS; 2012. [citado 2015 Jun 21]. Disponível em: http://sbqueimaduras.org.br/wp-content/uploads/2013/04/Cartilha_MS_2012.pdf.
2. Millan LS, Gemperli R, Tovo FM, Mendaçolli TJ, Gomez DS, Ferreira MC. Epidemiological study of burns in children treated at a tertiary hospital in São Paulo. *Rev Bras Cir Plást*. 2012; 27(4):611-5.
3. Gawryszewski VP, Berra RT, Silva NN, Moraes Neto OL, Silva MM, Mascarenhas MD, et al. Atendimento decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 Set 23]; 28(4):629-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400003&lng=pt&nrm=iso&lng=pt.
4. Silva IG, Santos AJ. Qualidade de vinculação e modelo interno de funcionamento de self em crianças vítimas de queimaduras. *Rev Enferm*. 2011; 3(3):85-93.
5. Oliveira WV, Fonseca AS, Leite MT, Santos LS, Fonseca AD, Ohara CV. Vivência dos pais no enfrentamento da situação de queimaduras em um filho. *Rev Rene*. 2015; 16(2):201-9.
6. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesqui*. [Internet] 2002. [citado 2014 Jun 17]; 115:139-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005.
7. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MC, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 79-108.
8. Geertz C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. 247p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: (DF): MS; 2012. [citado 2015 Jun 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
10. Fernandes FM, Torquato IM, Dantas MA, Pontes Júnior FA, Ferreira JA, Collet N. Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(4):133-41.
11. Moraes PS, Ferrari RA, Sant'Anna FL, Raniero JT, Lima LS, Santos TF, et al. Perfil das internações de crianças em um centro de tratamento para queimados. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014 [citado 2016 Out 01]; 16(3):598-603. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/21968>.
12. Andretta IB, Cancelier AC, Mendes C, Branco AF, Tezza MZ, Carmello FA, et al. Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 to 2008. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 21]; 12(1):22-9. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/140/pt-BR/perfil-epidemiologico-das-criancas-internadas-por-queimaduras-em-hospital-do-sul-do-brasil-de-1998-a-2008>.
13. Batista LTO, Rodrigues FA, Vasconcelos JMB. Clinical features and nursing diagnoses in burned children. *Rev Rene*. 2011; 12(1):158-65.
14. Carvalho FL, Rossi LA, Ciofi-Silva CL. A queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(2):199-206.
15. Dassi LT, Alves EO. Centro de tratamento de queimados: perfil epidemiológico de crianças internadas em um hospital escola. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2010 [citado 2015 Maio 3]; 10(1):10-4. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/57/pt-BR/centro-de-tratamento-de-queimados--perfil-epidemiologico-de-criancas-internadas-em-um-hospital-escola>.
16. Neves ET, Cabral IE, Silveira A da. Rede familiar de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(2):562-70.
17. Macedo LR, Laignier MR, Macedo CR. Queimadura infantil: motivo de alteração do comportamento familiar? *Rev Bras Pesq Saúde*. 2010; 12(1):40-6.
18. Brito ME, Damasceno AK, Pinheiro PN, Vieira LJ. A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010 [citado 2014 Jul 29]; 12(2):321-5. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a14.htm>.
19. Rossi LA. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(4):336-45.
20. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.