

**GARDENIA MARIA DE OLIVEIRA BARBOSA**

BH/UFC

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**“QUEM BRINCA COM FOGO PODE SE QUEIMAR”**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CRIANÇA QUEIMADA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**FORTALEZA - 1997**

**GARDENIA MARIA DE OLIVEIRA BARBOSA**

**BH/UFC**

**“QUEM BRINCA COM FOGO PODE SE QUEIMAR”**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CRIANÇA QUEIMADA**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação da  
Faculdade de Educação da  
Universidade Federal do Ceará,  
FACED, como exigência parcial para a  
obtenção do Título de MESTRE EM  
EDUCAÇÃO sob orientação da  
Professora Doutora Sílvia Helena  
Vieira Cruz.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

BH/UFC

Dissertação apresentada por GARDENIA MARIA DE OLIVEIRA BARBOSA  
ao Curso de Mestrado em Educação da Faculdade de Educação da  
Universidade Federal do Ceará, “QUEM BRINCA COM FOGO PODE SE  
QUEIMAR” - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CRIANÇA  
QUEIMADA, aprovada por todos os membros da Banca Examinadora.

Aprovada em de setembro de 1997

BANCA EXAMINADORA:

---

Orientadora

---

Examinadora

---

Examinadora

BH/UFC

Ao pequeno Levi, que ao primeiro contato com uma criança queimada concluiu pensativo:

***“É, mamãe, brincar com fogo é perigoso mesmo...”***

## AGRADECIMENTOS

BH/UFC

À professora doutora Sílvia Helena Vieira Cruz, pela dedicação, sabedoria e confiança com que nos orientou na execução deste trabalho.

À professora doutora Juraci Maia Cavalcante, por ter compartilhado das idéias iniciais, acreditando ser este trabalho possível.

À professora doutora Julieta Campos Monteiro, pela afetividade e disponibilidade com que aceitou dividir conosco este momento tão importante.

À professora doutora Ana Maria Vieira Lage, pelas orientações na elaboração do projeto e total apoio no momento da defesa.

À professora doutora Teresa Maria Frota Haguette (*in memoriam*), pelo apoio e competência nas primeiras orientações pelos caminhos da pesquisa.

Aos profissionais do Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, que além de compartilharem conosco o dia-a-dia das crianças queimadas, tão prontamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

Às crianças queimadas, que através de suas vidas possibilitaram melhor conhecer a realidade que enfrentam as vítimas de grandes traumas térmicos.

Ao Dr. Paulo Furtado, que com sua profunda experiência no tratamento de queimaduras nos orientou no percurso da compreensão deste fenômeno.

À amiga Suzana, pela força, apoio e companheirismo em todos os momentos de nossa caminhada.

Aos meus pais e irmãs, que com tanto amor acompanharam e torceram pela concretização dos nossos objetivos.

Ao Levi, meu filho, que tão pacientemente abriu mão dos nossos momentos de convivência na expectativa de que o futuro seria bem melhor.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram na elaboração deste trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

*Autuor desconhecido*

BH/UFC

**“ESTOY BIEN**

Aunque he sufrido quemaduras  
No soy un monstruo... Una pobre  
cosa...  
O simplemente otra criatura...  
!Yo sigo siendo un niño!  
No me oculten, no me protejan,  
No me tengan lastima ni pena.  
!Yo sigo siendo un niño!  
Si no alcanzan a mirar  
Todo lo que tengo dentro  
Quizá yo podría pensar  
!...Mejor me hubiera moerto!”

(Autor desconhecido)

**SUMÁRIO**

BH/UFC

<b>RESUMO .....</b>	<b>VIII</b>
<b>RESÚMEN .....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
- O Problema .....	03
- O Caminho Percorrido: Condição Para a Compreensão do Problema.....	06
<b>CAPÍTULO I - Queimaduras em Crianças .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO II - Aspectos Psicossociais das Vítimas de Queimaduras .....</b>	<b>16</b>
- Fases de Adaptação.....	17
- Apoio Emocional .....	18
- A Educação .....	19
- A Ressocialização .....	20
<b>CAPÍTULO III - Opções Teórico-Metodológicas .....</b>	<b>24</b>
- Bases Teóricas .....	24
- Metodologia .....	28
<b>CAPÍTULO IV - Resultados e Discussão .....</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO V - Considerações Finais .....</b>	<b>81</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS</b>	

**RESUMO****BH/UFC**

Esta pesquisa teve por objetivo verificar a representação da criança queimada acerca da sua vivência da queimadura, dos procedimentos específicos do tratamento de queimaduras durante a hospitalização, da alta hospitalar e do retorno às atividades cotidianas em casa e na escola. Para tanto, além da entrevista com a criança, observou-se o seu cotidiano durante o período de hospitalização e após a alta hospitalar. Complementou-se estas informações através do auto-retrato da criança, contextualizado no momento antes e após a queimadura. Procurou-se também ouvir o depoimento dos profissionais que participam diretamente do cotidiano do Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, sua percepção da vivência de hospitalização da criança queimada e das seqüelas que sofrem as vítimas de grandes traumas térmicos. Investigou-se ainda a percepção dos pais das crianças queimadas acerca da queimadura de seus filhos, desde o acidente e as medidas terapêuticas, até o retorno às atividades cotidianas. Finalmente, procurou-se ouvir o depoimento das professoras das crianças que já reingressaram às atividades escolares, com o objetivo de conhecer sua percepção da reintegração destas crianças à escola, incluindo o relacionamento com os colegas após o episódio da queimadura.

Tomou-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais para analisar todo o material coletado, na intenção de captar dos próprios personagens envolvidos no cotidiano da criança queimada as representações que se tem sobre este fenômeno.

Concluiu-se que, dentre os principais motivos das queimaduras em crianças, as brincadeiras com fogo provocam acidentes que lhes acarretam grandes transtornos físicos, emocionais e sociais, gerando conseqüentemente, um estigma que acompanhará a criança e sua família por toda vida.

## RESÚMEN

BH/UFC

Esta pesquisa tiene por objetivo verificar la representación del niño quemado acerca de su propia vivencia de la quemadura, de los procedimientos específicos del tratamiento de las quemaduras durante la hospitalización, del alta hospitalar y del regreso a las actividades cotidianas en su hogar y en la escuela. Para esto, además de la entrevista se observó su día a día y el periodo de hospitalización e después del alta. Se completaron estas informaciones a través del auto-retrato del niño, contextualizado en los momentos antes y después de la quemadura. Se buscó también oír las declaraciones de los profesionales que participan diariamente en el Centro de Tratamiento de Quemados del Instituto Dr. José Frota; su percepción de la vivencia de hospitalización del niño quemado y de las secuelas que sufren las víctimas de grandes traumas térmicos; Se investigó aún la percepción de los padres de los niños quemados acerca de las quemaduras de sus hijos, desde el accidente y de las medidas terapéuticas, hasta el regreso a las actividades diarias. Finalmente se buscó escuchar las declaraciones de las profesoras de los niños que ya reingresaron a las actividades escolares, con el objetivo de conocer su percepción acerca de la reincorporación de estos niños a la escuela, incluyendo el relacionamiento con sus compañeros después de la quemadura.

Se tomó como referencial teórico la “Teoría de las representaciones sociales” para analizar todo el material recolectado, con la intención de captar de los propios personajes involucrados en el día a día del niño quemado las representaciones que se tienen sobre este fenómeno.

Se concluye que dentro de los principales motivos de las quemaduras en niños los juegos con fuego son los que provocan accidentes que acarrearán grande trastorno físico, emocional y social generando consecuentemente un estigma que acompañará al niño y su familia durante el resto de la vida.

## INTRODUÇÃO

A intenção de procurar conhecer as nuances do “ser” humano nos leva ao desejo de aprofundar algo que sabemos já fazer parte de todos nós: a necessidade de conhecer. A ciência busca das mais variadas formas estabelecer parâmetros e critérios que venham dar validade aos diversos tipos de investigação do saber. É nesta busca interminável que tentamos inserir o nosso desejo de conhecer, de mergulhar nas inúmeras manifestações do comportamento humano, de provocar o caos mesmo onde não há ordem estabelecida. Semelhantemente, acreditamos que tentar inquirir sobre como a criança queimada percebe a queimadura e suas conseqüências, seja o mesmo que virar pelo avesso algo que nos incomode a visão, e, fatalmente, não achar no avesso algo que seja apreciável ao olhar. Afinal, por que mexer no que passa na cabeça, sobre o corpo e a vida da criança vítima de queimadura? Por que trazer à tona algo que a todos é melhor que seja mantido em incógnita? Para que esclarecer o que está acomodado à escuridão? Tal como Platão, na alegoria da caverna, acreditamos ser o nosso desejo investigar o que há além do que todos podem ver. Essa construção do conhecimento constitui, segundo o platonismo, “uma conjugação de intelecto e emoção, de razão e vontade: **a episteme é fruto de inteligência e de amor**” (Platão/Diálogos, 1987). Tomando por base essa afirmação, é que justificamos o nosso interesse em buscar conhecer as representações sociais da criança queimada. Acreditamos que tentar entender como essa criança representa o dia-a-dia do tratamento de queimaduras, a sua dor e sofrimento e sua tentativa de reintegração à sociedade só pode ser fruto de uma construção que associa o amor e o desejo de conhecer.

Na vivência do cotidiano hospitalar, é possível perceber, muitas vezes, o quanto se torna automatizado o exercício das tarefas diárias, mesmo se tratando de pessoas diferentes e problemas diferentes. Falta humanização. Falta conhecer o homem, muitas vezes sem qualquer segredo anatômico, porém um eterno vir a ser.

O tratamento de queimados é um desafio para o profissional da área de saúde. Há toda uma terapêutica especializada, procedimentos que demandam, além do exercício da técnica, um desejo manifesto de trabalhar com estas pessoas. Não é raro se ouvir comentários do tipo: “para trabalhar com queimados é preciso gostar”.

Certamente, é preciso haver uma motivação especial; e, no cotidiano da prática desses profissionais, percebemos o esforço realizado com o intuito de lidar da maneira mais satisfatória com a intensa dor e o sofrimento dos pacientes vítimas de queimaduras.

A vivência como psicóloga e educadora no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota tem igualmente sido um desafio, pois além de nos exigir como profissional, exige muito da nossa capacidade pessoal de lidar com aquela realidade. Trata-se, sem dúvida, de uma situação difícil: lidar com a dor, o sofrimento e as transformações resultantes das seqüelas. Porém, acreditamos que seja preciso conhecer as pessoas com quem estamos lidando, saber como elas se sentem durante o processo de hospitalização, tratamento e pós-hospitalização, para a partir dessas informações podermos lidar de forma mais integral com o pequeno paciente queimado. É preciso ultrapassar a técnica, a perícia do tratamento de queimaduras, e adentrar nas representações que se tem sobre essa categoria de pacientes. É preciso provocar o questionamento entre os profissionais sobre o que significa trabalhar com pessoas que impacientemente esperam a recuperação e o pronto restabelecimento de sua saúde. É preciso conhecer que sentimentos giram em torno dessa relação profissional-paciente. É preciso conhecer como a família lida com o membro queimado. É preciso conhecer como a escola recebe as crianças marcadas pelas queimaduras. É preciso saber como se sentem as crianças vítimas deste tipo de injúria, para melhor compreender sua dor e a sua luta (ou desistência) pela sobrevivência. Daí o nosso interesse por buscar conhecer as representações da criança queimada, pôr acreditarmos que acima da pele queimada e das cicatrizes, encontramos crianças plenas de vida, pais cheios de expectativas, profissionais desejosos de afirmação e reconhecimento e uma sociedade sedenta de pessoas produtivas e integradas.

Acreditamos que a partir deste conhecimento, profissionais da saúde, educadores, pais e familiares terão maiores subsídios para compreender a criança queimada, desde a vivência no hospital até o seu cotidiano após a alta, contribuindo assim para lidar melhor com seu sofrimento físico, emocional e social.

## *O problema*

O estudo sistematizado das queimaduras, suas causas, efeitos e tratamento remonta desde o homem de Neanderthal, que tratou das queimaduras com extratos de plantas. Os egípcios usaram encantamentos e uma mistura de látex, leite de cabra e leite de uma mulher que deu à luz um filho (Artz, 1980, p.01). Na velha Roma havia aparentemente três métodos em uso, sendo o primeiro um tratamento com a mistura de mel e farelo, o segundo a indicação de que as queimaduras ficassem expostas ao ar e não cobertas com pomadas, e o terceiro a utilização de vinagre ou vinho. O famoso médico árabe, Rhases, por volta do século XIX, recomendou o uso de água fria para o alívio da dor, já aproximando-se das recomendações atuais. Enfim, tem-se percorrido um caminho de tentativas, acertos e erros, inovações, revoluções, começos e recomeços, sempre na intenção de descobrir os meios mais eficazes para a terapêutica, buscando o restabelecimento mais rápido e efetivo para o paciente, e a minimização das seqüelas, que são inevitáveis.

O que percebe-se de fato são estudos sobre a eficiência e a prontidão no atendimento de emergência, o cálculo dos efeitos e extensão das queimaduras, a melhor terapêutica medicamentosa, os curativos mais eficazes, as técnicas cirúrgicas mais efetivas, as enxertias, enfim, a melhor administração para se alcançar a homeostase total do paciente queimado.

Desta forma, as pesquisas, estudos e experimentos sobre o tratamento das queimaduras vêm sucessivamente buscando aperfeiçoar-se no ideal do completo domínio sobre este tipo de injúria.

Além do conhecimento da fisiologia e tratamento das queimaduras, especialistas têm se preocupado com aspectos mais subjetivos, traçando um perfil psicossocial específico do queimado, as psicopatologias mais comuns que antecedem ou procedem às queimaduras, assunto de que trataremos detalhadamente mais adiante.

As tentativas de “humanização” do ambiente hospitalar tem aberto paulatinamente discussões sobre aspectos que até pouco tempo eram de exclusivo

domínio da área médica. A Psicologia Hospitalar, a Sociologia Hospitalar, são amostras de que o estudo do paciente hospitalizado atinge proporções que extrapolam o corpo, percorrendo igualmente a mente e os aspectos sociais. Esta “humanização” do hospital parte do princípio da integridade do homem, um ser biológico, emocional e social, que interage, em qualquer situação que seja, de forma integral, sendo “desumana” a cisão de uma destas partes. A idéia de saúde difundida em nosso meio cultural apresenta uma dimensão fragmentada de homem, diferenciada do conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a define como “estado de bem estar mental, físico e social”. A realidade hospitalar tem mostrado que apenas o bem estar físico é considerado, menosprezando os aspectos mentais e sociais do indivíduo.

Assim é que compreendemos que a saúde do homem extrapola o hospital. A compreensão dinâmica do homem não deve impor limites de atuação. Um “ser doente”, ou um “ser saudável”, é um “ser” em qualquer dimensão que se encontre.

Atribui-se, convencionalmente, e obviamente para efeito de atuação específica, a responsabilidade da saúde a hospital/médicos; da educação à escola/professores; da socialização à sociedade/sociólogos. Porém sabemos, obviamente, que o sujeito em questão é o mesmo, que estas três dimensões citadas são divididas para efeito de atuação especializada, mas que de nada adianta tanta meticulosidade no estudo e no trabalho se perdermos de vista o “ser humano”, em toda sua plenitude e potencialidade.

O nosso estudo sobre a representação da criança queimada aventura-se na tentativa de buscar conhecer e, conseqüentemente, apresentar uma faceta pouco explorada do estudo das queimaduras, uma análise psicossocial dos seus efeitos e extensão sobre a criança vítima desta injúria, já que a bibliografia específica da área médica abrange apenas superficialmente os aspectos psicológicos e sociais dos traumas térmicos de grande porte.

Trabalhos recentes na área da Psicologia Hospitalar no Brasil, apresentados por Angerami-Camon, Heloísa Chiattonne e outros, tratam especificamente de pacientes portadores de câncer, problemas renais, casos clínicos e

cirúrgicos, traumatologia, AIDS etc. Apresentam, ainda, aspectos emocionais gerais e específicos relacionados aos efeitos da hospitalização sobre os portadores das enfermidades citadas. Verificamos que os pacientes vítimas de queimaduras continuam, de certa forma, incógnitos, sendo os aspectos psicológicos referentes aos queimados apresentados de forma genérica, resultantes, geralmente, de estudos norte americanos, diferenciados da nossa realidade.

A partir de observações que realizamos no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, podemos afirmar quão diferenciados são os efeitos da hospitalização sobre os pequenos queimados, pois além de enfrentar todo o processo comum da quebra do cotidiano pela internação hospitalar, passam por intenso e prolongado sofrimento físico, acrescido das marcas que, no nosso entender, além de seqüelas físicas acabam resultando em seqüelas emocionais e sociais.

Consideramos que a criança hospitalizada vítima de queimadura é um paciente diferenciado de um caso cirúrgico, ou vítima de uma pneumonia, ou até mesmo do portador de câncer ou AIDS. Para todos eles, há em comum as chances de sobrevivência ou a morte. O tratamento é doloroso, o medo do desconhecido é o mesmo, a hospitalização é terrível para todos. Porém, no caso de sobrevivência, as crianças vítimas de grandes queimaduras carregam consigo marcas (seqüelas) que são lembranças constantes do sofrimento, da dor, e que podem resultar em estigmatização e isolamento. Mesmo em nossas conversas sobre “casos conhecidos de crianças queimadas” (e quem não tem uma estória para contar?), encontramos exemplos de crianças que são rejeitadas pela própria família porque tiveram sua aparência totalmente transformada (“são uns monstros!”); ou ainda rechaçados pela escola porque “incomodavam os outros alunos com sua aparência assustadora”; ou ainda criados sob total isolamento social para “não expor a criança aos olhares das pessoas ‘normais’!”

Por mais avançada que seja a tecnologia, por mais inovadoras que sejam as técnicas de cirurgia plástica, é consenso o fato de que, no caso das queimaduras profundas e extensas, é praticamente impossível retornar ao que era antes.

A falta de preparo dos pais e educadores para lidar com a criança vítima de grandes queimaduras é consequência natural do desconhecimento sobre o que são grandes queimaduras, como é o tratamento e quais são suas consequências. É preciso conhecer esta criança, que enfrentou esta vivência tão dolorosa: como ela vê a queimadura, o tratamento, as seqüelas, e o seu cotidiano a partir deste episódio.

### ***O caminho percorrido: condição para a compreensão do problema***

Tem sido motivo de constantes indagações o fato de termos escolhido as crianças vítimas de queimaduras como sujeito do nosso estudo. Não se trata de mera curiosidade, mas de uma atitude que considero esclarecedora de questionamentos que acompanham estas crianças e seus familiares pelo resto de suas vidas, pois acreditamos que o transtorno de que são vítimas altera o referencial de mundo, de família, de escola etc. Além disso, constituem-se também informações complementares, no nosso entender importantes para profissionais que lidam com estas crianças no seu trabalho cotidiano.

Para melhor compreender esta nossa escolha, acreditamos ser pertinente traçar o caminho que percorremos para chegar ao interesse pelas crianças queimadas.

Em 1987, participamos como estudante universitária de uma disciplina de Psicologia Social que lançou à turma a incumbência de conhecer diferentes realidades que evidenciassem a situação do nosso povo em vários segmentos da sociedade: escolas, hospitais, igrejas, movimentos políticos e religiosos, a vida nas ruas etc. Participamos, na ocasião, da equipe encarregada de visitar o maior hospital público de emergência de Fortaleza, o Instituto Dr. José Frota, para assim entrar em contato direto com a realidade do nosso sistema de saúde.

Visitamos aquela instituição diversas vezes, observamos as condições de atendimento, os usuários, os profissionais, a estrutura física, enfim, a dinâmica da realidade hospitalar. A partir daí, dada a idéia de “humanização” do hospital por parte

da administração vigente, a equipe foi convidada a desenvolver um trabalho de acompanhamento psicológico das crianças hospitalizadas no I.J.F.

A princípio observou-se o funcionamento da Pediatria, que atendia crianças com problemas clínicos, cirúrgicos e traumatológicos. Foi desenvolvido um trabalho baseado na utilização do recurso lúdico (brinquedo), na tentativa de aproximar o máximo possível a realidade hospitalar da realidade inerente à criança: a brincadeira. Passamos então a atuar em equipe composta por nove estudantes de Psicologia<sup>1</sup>, como bolsistas de um Projeto de Extensão da Universidade Federal do Ceará, em parceria com o Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisas Sobre a Criança e o Instituto Dr. José Frota.<sup>2</sup>

Os efeitos do nosso trabalho eram notórios, tornando-se as crianças mais ativas no processo de recuperação, as mães e acompanhantes compartilhando as dúvidas e ansiedades sobre a doença de seus filhos e os profissionais lidando com crianças mais tranqüilas e participativas.

No primeiro ano de desenvolvimento deste nosso trabalho na Pediatria do IJF, uma das quatro enfermarias foi ocupada, exclusivamente, por uma criança vítima de queimaduras graves, com extensa superfície corporal queimada, por encontrar-se no momento a Unidade de Atendimento aos Queimados com seus leitos ocupados. Foi o nosso primeiro contato com uma queimadura daquele porte. Era uma menina de cinco anos de idade, que sofrera um acidente juntamente com sua irmã (de quatro anos), que fora a óbito, por motivo de uma brincadeira com fogo dentro de casa.

Esta criança permaneceu no hospital por um período de, aproximadamente, 6 (seis) meses, tendo sofrido 17 (dezessete) intervenções cirúrgicas. O nosso papel era basicamente dar apoio à criança e sua mãe, trabalhando com atividades lúdicas, preparando e, às vezes, acompanhando a criança nas cirurgias. Mesmo com a estética

<sup>1</sup> Estudantes do Curso de Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, que participaram da equipe: Ana Ignês Belém Lima, Aurisleide Lopes Mourão, Criatiana Carla das C.Medeiros, Gardenia Maria de Oliveira Barbosa, Gilza Maria Menezes Monte, Iana Celi Silva Bezerra, Luciane Ponte e Silva, Maria da Conceição Lima e Suzana Maria Capelo Borges.

<sup>2</sup> Cf. BARBOSA & BORGES, 1994. p. 171 - 180.

totalmente comprometida, esta menina sobressaía-se das outras crianças. Apesar da dificuldade em se locomover, pegar o lápis, e até se sentar, ela fazia questão de ir brincar na “salinha de recreação” junto às outras crianças. Apenas nos dias dos banhos ela perdia o humor, que logo recuperava quando convidada à brincadeira.

Todos na enfermaria admiravam-se da alegria e vivacidade daquela menina, que apesar de todo sofrimento e das limitações físicas, era participativa e animadora nas brincadeiras.

Só havia um momento em que ela e sua mãe faziam questão de se esconder, dificultando o acesso de qualquer pessoa à enfermaria: o horário de visita. As pessoas que vinham visitar as outras crianças doentes, e até mesmo visitantes de outros pavilhões, vinham curiosos por ver “a menina queimada”. E quando, eventualmente a encontravam pelos corredores, cercavam-na tecendo comentários do tipo: “tadinha...”, “toda deformada...”, “parece um monstrinho...” Isso incomodava muito a todos, e ficou decidido que na hora da visita a enfermaria da menina permaneceria fechada.

A vivência com essa criança foi uma experiência marcante para nós. Motivou-nos à idéia de desenvolver um trabalho de apoio psicológico às crianças queimadas da pequena Unidade de Queimados do IJF. Porém, em 1989, a equipe de trabalho foi desfeita e o Projeto de Extensão da Universidade findou. Porém, continuamos particularmente com o desejo de trabalhar com crianças queimadas, pois tínhamos consciência do quanto o nosso trabalho possibilitaria melhores recursos à criança e seus familiares para vivenciar momentos que sabíamos serem extremamente difíceis.

Uma das grandes dificuldades que enfrentamos na época foi a escassez de literatura específica sobre o acompanhamento psicológico de crianças queimadas. A temática de estudos da Psicologia Hospitalar tem se ampliado, porém, nada relacionado às vítimas de queimaduras.

Foi então que decidimos produzir algo que pudesse esclarecer o que há de tão específico no acompanhamento de crianças durante o tratamento de queimaduras; quem são as pequenas vítimas desta injúria; como as crianças e os pais lidam com suas conseqüências; qual a relação do profissional de saúde com esta categoria de pacientes.

A pesquisa bibliográfica nos mostra o que são as queimaduras, as formas de tratamento, os aspectos psicológicos dos pacientes queimados, etc., porém, o nosso interesse é conhecer, pela própria fala das crianças, dos pais e dos profissionais, quem é a criança queimada.

## **CAPÍTULO I**

### **Queimaduras em Crianças**

O tratamento da fase aguda de qualquer queimadura representa uma série de problemas relacionados entre si que demanda a intervenção conjunta de diversos profissionais. O cuidado e tratamento das queimaduras por uma equipe é mais importante em crianças do que em pacientes de outras idades.

As características específicas da criança requerem que o profissional de saúde tenha preparação não somente em queimaduras como também em desenvolvimento infantil, pois essas características (anatômicas, fisiológicas e psicológicas) do paciente pediátrico variam conforme o seu grau de maturidade, sendo necessário um enfoque especializado para cuidar e manter o crescimento satisfatório que permita à criança alcançar com sucesso cada uma das etapas do desenvolvimento.

Sabe-se que qualquer hospitalização, por mais simples que seja o motivo, pode resultar traumática para uma criança. E, tratando-se de uma queimadura grave, o impacto psicológico pode ser ainda maior. O paciente queimado, que já enfrentou uma experiência de medo e de dor, a queimadura, é separado bruscamente de sua família e colocado em um ambiente hostil, rodeado de estranhos e sujeito a procedimentos dolorosos como troca de curativos, desbridamentos, injeções e procedimentos cirúrgicos, geralmente sem preparação ou com informação inadequada. Na maioria dos casos, a criança tem que permanecer imóvel, em posições incômodas, e freqüentemente se lhe pede que exercite partes do corpo afetadas pelas queimaduras em situações em que cada um de seus movimentos torna-se excessivamente doloroso. Esta mudança de ambiente para a qual a criança não se encontra preparada pode resultar em regressão, raiva, medo, depressão e ansiedade (BENAIM, 1980).

As características do tratamento das queimaduras graves exigem a clareza, por parte dos profissionais, de que o paciente pediátrico não é um adulto em miniatura. Assim é que a consideração de suas necessidades especiais devem começar

no momento da lesão. Uma criança pode ter dificuldade em comunicar suas necessidades e desejos, ou expressá-los de maneira clara. Esse é um dos motivos que justificam a importância atribuída à sensibilidade e conhecimento da equipe multidisciplinar sobre o paciente com o qual estará lidando.

Dados fornecidos pelo Instituto Dr. José Frota, referentes ao Centro de Tratamento de Queimados, revelam que, no ano de 1994, foram atendidos 12.896 casos de queimadura, sendo 48% em crianças de 0 (zero) a 12 (doze) anos. No ano de 1995, o número de atendimentos foi semelhante (12.991 casos), mas aumentou para 52% a porcentagem de crianças na faixa de 0 a 12 anos. Finalmente, no ano de 1996, foram atendidos 13.164 casos de queimaduras, sendo 49% em crianças na faixa etária entre 0 (zero) e 12 (doze) anos. Concluimos que a cada ano tem aumentado o número de queimaduras na cidade de Fortaleza, e que, entre estas, uma média de 50% são crianças menores de 12 anos.

Lesões acidentais matam mais crianças com mais de um ano de idade do que qualquer doença.<sup>1</sup> O mais alarmante é que o número de lesões térmicas permanece o mesmo ou aumenta a cada ano. E, presumivelmente, a vasta maioria destes acidentes são possíveis de ser evitados.

Segundo ARTZ (1980), 04 (quatro) de cada 05 (cinco) das lesões térmicas ocorrem na própria residência da criança. As queimaduras por escaldamento (queimaduras por líquidos quentes ou ferventes) são as lesões térmicas mais comuns na infância. Os escaldamentos causam a maior parte das queimaduras de pequena importância, porém podem ocasionalmente causar queimaduras graves. A vítima infantil típica de uma queimadura por escaldamento é uma criança com menos de três anos de idade, curiosa por descobrir o mundo, que puxa uma cafeteira fervendo do fogão sobre sua cabeça e face anterior do tórax. Ocasionalmente, uma criança entra em uma bacia de água escaldante deixada por um adulto descuidado. Os meninos parecem ser mais ativos e inquiridores do que as meninas e, mais freqüentemente, se

<sup>1</sup> Nos Estados Unidos, pesquisas mostram que apenas as lesões devidas a acidentes de trânsito lideram a lista de causas fatais neste grupo, e em terceiro lugar apresentam-se as vítimas de morte por afogamento no grupo etário de 5 a 14 anos. Concluíram ainda que o número de crianças que sofrem incapacidade grave é de, aproximadamente, três vezes aquele das que morrem (ARTZ, 1980. p. 304).

submetem a lesões por escaldamento. As queimaduras por chama são mais comuns em crianças acima da idade de 03 (três) anos, estando envolvidos, na maioria das vezes, objetos inflamados. O agente mais comumente responsável pelas chamas são fósforos, fogueiras e fogões. As queimaduras por chamas são tão comuns em meninas quanto em meninos. BENAİM (1993) afirma que lactantes e crianças pré-escolares são vítimas com maior frequência de escaldadoras, sendo que as crianças maiores sofrem queimaduras devido a outras substâncias (combustíveis aliado ao fogo). A combustão da roupa faz com que aumente consideravelmente o tamanho e a profundidade da lesão. O local onde mais frequentemente acontecem as queimaduras em crianças é a cozinha. Segundo esse autor, a sobrevida é mais alta em crianças maiores de 05 (cinco) anos e menor em lactantes e pacientes menores de 02 (dois) anos.

De acordo com os procedimentos corriqueiros no atendimento emergencial de queimaduras em crianças devem-se iniciar com uma cuidadosa anamnese, incluindo detalhes acerca de onde e como ocorreu a lesão térmica e qual o agente da queimadura. É também importante obter informações indicando a possibilidade de inalação de fumaça, história passada de doenças, estado de imunização da criança e se houve a possibilidade de agressão à criança.

A decisão de hospitalizar ou não a criança com uma lesão térmica será determinada por diversos fatores, entre os mais importantes destes a extensão e a distribuição da queimadura e a avaliação acerca dos fatores sociais serem condizentes com uma condução apropriada do tratamento da criança. A queimadura pode ser classificada como menor, moderada ou crítica, com bases no exame físico. A extensão da lesão é proporcional à superfície total queimada e também à sua profundidade. Uma avaliação mais apurada da extensão da lesão é mais fácil após ter sido lavada com água morna e apropriadamente desbridada. O desbridamento, definido por MARGARET LAND (1980, p. 496), é a “retirada da escara e do tecido necrótico do tecido viário da queimadura, usando-se técnica asséptica. Em geral, o desbridamento diário é realizado sem anestesia geral e é levado apenas até o ponto de dor ou sangramento trivial”.

Os pacientes podem ser tratados em regime ambulatorial, quando podem ter um acompanhamento freqüente e quando têm lesões de espessura parcial envolvendo até 15% (quinze por cento) da superfície do corpo. Segundo WILLIAM MCMANUS (1980) critérios mais estritos para a hospitalização devem ser aplicados a crianças com idade menor de 02 (dois) anos, quando grandes proporções da lesão são de espessura total em profundidade ou quando as mãos, os pés ou a área perineal estão envolvidos. Este autor apresenta os seguintes critérios gerais para a hospitalização de pacientes queimados:

- “ - Adultos com queimaduras de espessura parcial maiores do que 15% (quinze por cento) da superfície corporal total;
- Queimaduras da face, mãos, pés ou períneo;
- Queimaduras de menor extensão associadas com lesões viscerais, esqueléticas ou respiratórias;
- Crianças com queimadura de espessura parcial maiores do que 10% (dez por cento) da superfície corporal total ou qualquer extensão da queimadura de espessura total.”(p.142)

Conforme BENDLIN (1983) os fatores que influenciam a estimativa da gravidade da lesão devem incluir informações não apenas da área total e profundidade, mas também da localização da lesão, a idade e o estado do paciente e lesões associadas que podem estar presentes. As lesões elétricas e químicas podem ser mínimas em seus sinais externos, ocultando extensos danos teciduais. Crianças com queimaduras menores ou moderadas podem ser hospitalizadas em uma variedade de instituições hospitalares, mas aqueles com queimaduras de mais de 30% (trinta por cento) da superfície corpórea, especialmente se tiverem menos de 02 (dois) anos de idade, serão melhor cuidados em um centro especializado em queimaduras por pessoal experimentado.

Segundo TEPLITZ (1980), como medida inicial para o tratamento, a avaliação imediata do estado das vias aéreas do paciente é uma consideração importante. Pacientes queimados num ambiente fechado ou aqueles com rouquidão, tosse persistente ou queimaduras faciais em volta do nariz ou da boca devem ser

observados cuidadosamente em busca de lesões inalatórias. A intubação nasal ou orotraquel imediata está indicada em pacientes com angústia respiratória ou comprometimento iminente das vias aéreas por edema de boca, faringe ou vias aéreas superiores. A traqueostomia<sup>2</sup> está indicada se a intubação for necessária por mais de três dias, se a manipulação das vias aéreas está dificultada por secreções, ou se a assistência ventilatória prolongada for necessária. Alguns teóricos descrevem uma série de alterações associadas à traqueostomia nas crianças, sugerindo, inclusive, que este procedimento seja evitado sempre que possível.

Conforme BENDLIN (1983), no que diz respeito à terapia hídrica, crianças com queimaduras de espessura parcial de menos de 15% (quinze por cento) da área corporal podem ser hidratadas com líquidos orais, na forma de leite ou outros líquidos, evitando-se as bebidas gasosas devido à contribuição para a dilatação gástrica e o vômito. Na maioria das circunstâncias, as crianças com essa extensão de queimadura deveriam ter colocado um catéter intravenoso, seja percutaneamente ou através de dissecação. Desta forma, uma atenção extrema à assepsia é importante para evitar complicações infecciosas graves e potencialmente letais. Devem ser usadas áreas não queimadas, sempre que possível, para a colocação do catéter. Crianças e lactentes com queimaduras de mais de 20% (vinte por cento) da superfície corporal devem ter colocado um catéter urinário de forma a se obter uma monitorização acurada do débito urinário, pelo menos até o terceiro dia pós-queimadura. O volume urinário é o guia mais útil para reposição hídrica e variará de acordo com o tamanho e idade da criança.

Todos os indivíduos queimados sofrem algum grau de hipermetabolismo<sup>3</sup>, resultando no aumento das necessidades calóricas e de outros nutrientes. O suporte nutricional para a recuperação de um paciente com grande superfície corporal queimada justifica-se pelo fato de que, segundo WILMORE (1980, p. 405), “a perda do peso que ocorre após a lesão está relacionada com a extensão da mesma - quanto maior a queimadura, maior a perda do peso.” Afirma ainda que pacientes com lesões

---

<sup>2</sup> Ato cirúrgico emergencial para a abertura da traquéia visando à oxigenação direta das vias aéreas baixas do paciente.

<sup>3</sup> Aumento das necessidades metabólicas

maiores do que 40% (quarenta por cento) da superfície corporal previsivelmente perdem mais do que 20% (vinte por cento) do peso corporal inicial quando não é instituído um suporte nutricional vigoroso. Assim é que um nutricionista cumpre um papel essencial para o tratamento e restabelecimento do paciente, sendo que, sem a sua perícia, o mesmo não terá estrutura para suportar as conseqüências das lesões.

De acordo com ARTZ (1980)<sup>4</sup>, o tratamento inicial da queimadura começa no próprio local do acidente, estabelecendo-se uma via aérea adequada, a qual tem máxima prioridade como em qualquer outra lesão traumática grave. O oxigênio se administra mediante máscara e, mediante a menor indicação de obstrução iminente da via aérea, deve proceder-se à entubação para prevenir a asfixia. Isto é de grande importância se houve lesão por inalação concomitante às queimaduras cutâneas. Em caso de suspeita de uma lesão química, deve-se lavar copiosamente com água. Em queimaduras extensas envolve-se o paciente em um pano limpo e seco. Em lesões pequenas pode-se colocar compressas úmidas frias, porém esta atitude em grandes queimaduras pode levar à hipotermia. Ao ingressar ao lugar de tratamento, efetua-se de imediato a avaliação do sistema cardiopulmonar, canaliza-se<sup>4</sup> uma veia e coloca-se uma sonda nasogástrica.

---

<sup>4</sup> Toma-se acesso de uma veia de grosso calibre através da colocação de uma cânula de material sintético.

## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS**

A recuperação de uma lesão grave por queimadura é um processo prolongado e doloroso. No tratamento das queimaduras é costume se dar maior ênfase em seus aspectos físicos, visando à sobrevivência e à conservação da funcionalidade do corpo depois das queimaduras. Os aspectos físicos das lesões são de importâncias crucial, porém o impacto psicossocial também o é. Ambos aspectos devem ser tomados em consideração durante o tratamento para que o paciente retorne à sociedade com todas as funções de um ser humano.

Segundo KNUDSON-COOPER (1993), os aspectos psicológicos comumente apresentados pelas vítimas de queimaduras incluem: angústia, regressão, ira, medo e depressão. O paciente manifesta angústia extrema e dor, sendo comuns as “psicoses de queimaduras”, caracterizadas por confusão sensorial e de pensamento, comuns em adultos, adolescentes e crianças, principalmente nos episódios sépticos. Segundo esta autora, vários fatores podem explicar as reações emocionais relativamente extremas às lesões por queimaduras: 1) a gravidade do trauma físico e do tratamento requerido, 2) a dor intensa e constante, 3) longo período de hospitalização, 4) invalidez e desfiguramento e 5) longo período de recuperação.

A regressão é um sintoma sempre presente entre os pacientes com queimaduras, tornando-os dependentes de atenção, independentemente da idade em que se encontrem. Normalmente, os pacientes com queimaduras estão conscientes e lúcidos durante a maior parte de sua permanência no hospital, porém seus processos cognitivos sofrem regressão.

Essa autora relata também que, até mesmo após a alta hospitalar, é comum a conduta de regressão acompanhada de pesadelos, acessos de raiva, idéias persecutórias sobre queimaduras, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade extrema, transtornos do sono (insônia, pesadelos) e depressão. Esta variedade de

sintomas denomina-se “Desordem por Stress Pós-traumático”, e geralmente permanece por um período de seis meses a um ano após a alta hospitalar, podendo, em alguns casos, prolongar-se por toda a vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987).

### *Fases de Adaptação*

Os estudos sobre resposta psicológica às queimaduras apresentam três fases de respostas e adaptação à hospitalização: fase aguda, fase intermediária e fase de recuperação (JORGENSEN & BROPHY, 1975, apud Cooper, 1993, p.645). Podemos adicionar ainda a estas fases uma outra etapa, que se refere ao processo de ajuste após a alta hospitalar: a ressocialização.

A fase aguda considera o período imediato posterior ao acidente resultante das queimaduras, podendo durar várias semanas. É a fase médica mais crítica, durante a qual a principal preocupação é a sobrevivência. Complicações médicas como “choque anafilático”, “desequilíbrio eletrolítico”, “edemas” e infecções, comuns em queimaduras graves, podem alterar a capacidade sensorial do paciente. Os sintomas incluem: confusão, delírio, hiperatividade e transtornos do sono. Segundo essas autoras, nesta fase, o paciente não considera importantes as consequências naturais das queimaduras a longo prazo, centrando-se exclusivamente na sua sobrevivência.

A fase intermediária começa quando as condições iniciais do paciente se estabilizam. Pode durar várias semanas ou meses, conforme a extensão das lesões e complicações subseqüentes. Nesta fase, o paciente geralmente está consciente, percebendo tudo o que ocorre ao seu redor. Encontra-se em processo de adaptação à rotina hospitalar, apresentando-se geralmente resistente às condutas médicas e terapêuticas. Nesta fase o paciente pode recusar-se a tomar medicamentos, injeções e fazer a fisioterapia, dificultando, assim, a conduta dos profissionais.

A fase de recuperação caracteriza o último período da permanência no hospital e a primeira etapa do período posterior à alta. Nesta fase é dada especial

ênfase à Fisioterapia e preparação para a alta. Nesta ocasião, as preocupações do paciente de dirigir ao momento de enfrentar o mundo exterior. Devido às alterações no corpo, ao desfiguramento e possível invalidez, é freqüente um período de angústia e depressão à proporção que o paciente se aproxima do momento de reassumir sua vida fora do hospital.

Considero que a fase de ressocialização, em condições ideais, deveria começar mesmo antes de sair do hospital, tendo o paciente oportunidade de interagir também com pessoas de fora da unidade de tratamento. Uma ida à cantina, um passeio pelos corredores, uma volta no elevador, a visita a outras enfermarias, poderiam ser os primeiros passos do paciente em direção ao momento de voltar ao seio familiar. Segundo especialistas, na fase de ressocialização, durante o primeiro ano pós-alta, ou mais, o paciente deverá usar roupas compressivas para evitar contraturas em articulações e desfiguramento grave. Esta fase pode prolongar-se por vários anos, freqüentemente implicando cirurgias plásticas reconstrutivas para recuperar funções de alguns membros comprometidos pelas contraturas e melhorar o aspecto estético, além de fisioterapia e alimentação balanceada.

Desde o início da hospitalização há várias atitudes que os profissionais envolvidos no tratamento de queimaduras podem tomar no sentido de promover o satisfatório percurso do paciente queimado no processo de reabilitação. O tratamento competente e comprometido com o paciente e sua família é a tônica do satisfatório processo de reabilitação desse paciente, que ao confiar no profissional, empenha-se com maior segurança nos procedimentos e orientações sugeridas após a alta.

### ***Apoio emocional***

Pesquisas mostram que o apoio emocional e social são variáveis primordiais para a satisfatória reinserção social dos pacientes vítimas de queimaduras (KNUDSON-COOPER, 1993). Este apoio deve iniciar-se desde o momento da hospitalização, tendo como foco não apenas o paciente, como a sua família. Algumas medidas, tais como permitir à família o acesso ao leito do paciente, durante a fase

aguda das lesões, preocupam a equipe de saúde quanto ao risco de infecções, porém pesquisadores têm observado que, com a devida assepsia do visitante, o contato físico com a criança pode reduzir o “stress” emocional e, desse modo, reforçar o sistema imunológico, cooperando com o processo de recuperação.

Segundo KNUDSON (1993), os membros da família, tanto quanto o paciente queimado, apresentam instabilidade emocional ao longo do tratamento, tornando comum a expressão de sentimentos de pena, raiva, depressão e angústia. Muitas vezes, os profissionais de saúde têm dificuldade em lidar com a expressão desses sentimentos tanto por parte de familiares quanto dos pacientes. Porém, o apoio emocional não constitui exclusividade de psicólogos e psiquiatras, sendo o simples fato de ouvi-los empaticamente uma atitude que apresenta efeitos tranquilizadores. Porém, esta expressão de sentimentos tanto dos pacientes queimados quanto de seus familiares poderiam ser melhor aproveitados se trabalhados de forma construtiva por profissional de saúde mental.

Sugere a autora que, com a aproximação da previsão de alta hospitalar, deve ser realizado todo um trabalho de orientação à família quanto aos cuidados com o paciente, a maneira mais adequada de asseio, troca de roupas, aplicação de aparelhos ortopédicos, roupas para exercer pressão e um programa de exercícios orientados. Isto possibilitará à família a oportunidade de apoiar o paciente no retorno ao ambiente familiar o mais seguro possível. Há, no entanto, uma tendência natural por parte dos familiares a superproteger os pacientes queimados, principalmente quando se trata de crianças. Porém, a proteção excessiva pode reforçar no paciente a idéia de sua incapacidade, gerando problemas na sua auto-estima, interferindo no processo de recuperação.

### **Educação**

Durante todas as fases de atendimento ao paciente queimado, é importante fornecer informações a respeito do que está ocorrendo e as razões para a realização de cada procedimento. Durante as fases aguda e intermediária, mesmo que o paciente

esteja em choque, sem a exata compreensão do que lhe ocorre, a informação veiculada a ele e sua família pode ser muito útil para o andamento do tratamento, deixando-os mais orientados e, conseqüentemente, mais confiantes no processo de recuperação. Estas informações devem ser veiculadas ao nível intelectual do paciente e seus familiares, em uma linguagem clara e de fácil compreensão.

Um dos aspectos mais difíceis do tratamento de queimaduras gira em torno do controle da dor do paciente. KNUDSON-COOPER (1993, p. 647), baseada em sua experiência profissional no acompanhamento de pacientes queimados, propõe que se dê maior atenção ao controle sistemático da dor do paciente com queimaduras, tanto adultos como crianças, posto que, conforme acrescenta, a eficácia da analgesia é uma responsabilidade moral e material na atenção aos queimados. Propõe o ensino de técnicas de relaxamento a enfermeiros e paramédicos, para serem aplicadas além do uso de analgésicos em procedimentos dolorosos como a balneoterapia e o desbridamento. Desta forma, um programa para o controle da dor proporciona ao paciente e à sua família, como também aos profissionais, um maior controle sobre este aspecto do tratamento de queimaduras. Este tipo de programa reduz a magnitude do trauma que o paciente e sua família experimentam durante o tratamento e possibilita a capacidade de melhor enfrentar e vencer a dor.

### *A ressocialização*

Como já foi mencionado, durante a fase de recuperação antes da alta hospitalar, há grande ansiedade quanto o retorno ao mundo exterior. Há inquietação quanto ao impacto do aspecto e funções físicas. Isto esclarece a importância do planejamento da alta hospitalar, pôr exemplo, com a participação de assistente social realizando encontros semanais entre os profissionais e os pacientes e seus familiares. Nesta ocasião deve ensinar-se os cuidados que deverão ser administrados ao paciente em casa. É preciso levar em consideração informações acerca do nível sócio-econômico do paciente e sua família para se avaliar as reais condições físicas e emocionais para o seu satisfatório restabelecimento.

Percebe-se que uma das coisas mais difíceis para o paciente queimado e sua família é enfrentar o medo e as perguntas das pessoas ao sair do hospital. Se lhes é permitido sair da unidade de tratamento antes da alta, terão a oportunidade de experimentar paulatinamente algo parecido com o reingresso ao mundo exterior, antes de serem abordados por curiosos e olhares constrangedores. Isto justifica a necessidade do apoio emocional ao paciente e familiares, após a alta hospitalar, para um suporte no confronto com o mundo externo.

Publicações relacionadas à adaptação relativas a deformidades congênitas, enfermidade crônica e lesões traumáticas, como as queimaduras, indicam que o processo de ajuste é complicado. Ao contrário do que se esperava, a gravidade das lesões, incapacidade ou desfiguramento não são as variáveis mais importantes para a readaptação. Foi reconhecido como ponto crítico para o ajuste psicossocial do paciente o apoio familiar, especialmente a aceitação de suas novas condições (DAVIDSON e col., 1981). Os estudos a respeito da adaptação dos pacientes vítimas de lesões por queimaduras são contraditórios. Em alguns dos estudos foi concluído que quase 50% dos pacientes estudados mostraram sinais de transtornos emocionais vários anos após as lesões (BOWDEN e col., 1979). Vários estudos mais recentes, com o acompanhamento a longo prazo de adultos e crianças, revelam que o ajuste de adultos e jovens queimados na infância não foi influenciado, de maneira significativa, pela gravidade da lesão ou pelo seu sexo (KNUDSON-COOPER, 1980). Nestes estudos, o apoio psicossocial, especialmente o familiar, apresentou-se mais efetivo para a adaptação à sociedade.

Os ajustes emocionais, após as queimaduras, implicam mudanças internas no auto-conceito do paciente. Este auto-conceito se desenvolve durante toda a vida, baseado em experiências pessoais. Um fator central do auto-conceito é a auto-imagem, que é a maneira como uma pessoa se concebe fisicamente. Depois de uma queimadura grave, o corpo se transforma, e estas mudanças devem integrar-se à imagem corporal e ao auto-conceito da pessoa. Para conseguir esta façanha, a pessoa deve aceitar de fato o seu valor, apesar das transformações.

GONÇALVES (1997, p. 103), pensando a corporeidade e a educação, apresenta-nos uma bela dimensão do que significa “ser-no-mundo” ilustrando a reafirmação e consciência do esquema corporal:

“Ser-no-mundo com o corpo significa estar aberto ao mundo e, ao mesmo tempo, vivenciar o corpo na intimidade do EU: sua beleza, sua plasticidade, seu movimento, prazer, dor, harmonia, cansaço, recolhimento e contemplação. Ser-no-mundo com um corpo significa ser vulnerável e estar condicionado às limitações que o corpo nos impõe pela sua fragilidade, por estar aberto a uma infinidade de coisas que ameaçam sua integridade. Ser-no-mundo com o corpo significa a presença viva do prazer e da dor, do amor e do ódio, da alegria e da depressão, do isolamento e do comprometimento. Ser-no-mundo com o corpo significa movimento, busca e abertura de possibilidades, significa penetrar no mundo e, a todo momento, criar o novo. Ser-no-mundo com o corpo significa a presença viva da temporalidade, que se concretiza, primeiramente, por um crescer de possibilidades, ao atuar no mundo, e, depois progressivamente, por uma consciência das limitações que o ciclo da nossa vida corporal nos impõe. Ser-no-mundo com um corpo significa a presença constante da ameaça de seu perecimento pela doença e pela morte”.

KUBLER ROSS (1969) identificou seis etapas emocionais que ilustram o percurso seguido pelo paciente queimado e sua família. Assim, a princípio, instala-se a etapa de confusão emocional, na qual nada parece ser real, levando o paciente a negar que a lesão possa ser tão prejudicial quanto parece. A seguir, se apresentam a ira e a culpa quando se diz: “por que eu?”, “por que agora?”, “que fiz para merecer isto?”, “como pude permitir que isto acontecesse?”. Durante esta etapa, o paciente e sua família voltam a sofrer com as lembranças do acidente, imaginando porque ocorreu e o que poderiam ter feito para evitá-lo. Seguem-se, então, acessos de ira, pesadelos, insônia, e dificuldade de concentração, irritabilidade, depressão e angústia, o que pode

ser caracterizado como parte da síndrome de estresse pós-traumático. Quase sempre também ocorre a depressão durante a hospitalização, principalmente na fase aguda. Porém, é mais frequente que a depressão se inicie após a alta, quando o verdadeiro impacto da lesão se torna mais evidente.

A seguir, apresenta-se a fase de “consertos”, em que o paciente preocupa-se com o restabelecimento físico através de cirurgias plásticas, fazendo indagações do tipo: “Ficará melhor o meu nariz depois da cirurgia?”, “A cirurgia plástica me deixará como antes da queimadura?”. Posto que os pacientes queimados em geral **requerem** cirurgias reconstrutivas com repetidos ajustes a uma nova aparência, o processo de adaptação se prolonga por vários anos.

Enfim, a desesperança, que é apresentada pelo autor como um processo individual, que varia segundo a extensão dos ajustes requeridos, o contexto social e as características pessoais do indivíduo.

Segundo KNUDSON (1993), o resultado de uma queimadura grave nem sempre é negativo como supõe a maioria das pessoas. Através da experiência pessoal e profissional, a autora diz ter aprendido que o sofrimento, a dor aguda e o trauma emocional, sempre subsequente a qualquer perda significativa não são completamente negativos. Justifica que com a *ideal* reabilitação física, emocional e vocacional, esta experiência pode na realidade ter um impacto positivo na existência da pessoa, porque apreciará mais sua vida e talvez disponha de novas alternativas.

## CAPÍTULO III

### OPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

#### **1 Bases teóricas**

Na tentativa de aprofundar o conhecimento acerca do cotidiano da criança queimada, fomos em busca de uma base teórica que atendesse à nossa necessidade de adentrar nesta realidade, através da observação e da escuta da própria criança vítima de queimadura. Partimos da premissa de que seriam elas as pessoas mais apropriadas a dizerem o que significa “estar queimado”, por sentirem “na própria pele” os resultados desta injúria. A noção do homem como sujeito que age e sofre a ação da sociedade levou-nos a buscar uma abordagem teórica que o considerasse nestes termos, encarando-o desde a dimensão afetiva, mental e social. Seria então uma abordagem psicossociológica do homem, o que naturalmente nos encaminhou à teoria das representações sociais.

O termo representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, abrangendo diversos estudos psicossociológicos. Este termo foi apresentado pelo psicólogo social francês Serge Moscovici, no seu trabalho intitulado “As Representações Sociais da Psicanálise” (1978) a propósito do fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pela população parisiense e do processo de sua transformação para servir a diversos usos e funções sociais, constituindo-se numa importante crítica sobre a natureza individualizante da maior parte da pesquisa em psicologia social na América do Norte. Moscovici, no entanto, visualiza a psicologia social em um terreno intercessivo com a Antropologia e a Sociologia, onde encontrem conceitos que evidenciam o papel central que o mundo social ocupa nas representações sociais. Como afirma o próprio Moscovici (apud Guareschi, 1994:11), “...do mesmo modo que muitos psicólogos e sociólogos, eu sinto repulsa diante do dualismo do mundo individual e do mundo social”. É a teoria das representações sociais que amplia o espaço de superação desse dualismo, pois se coloca

“contra uma epistemologia do sujeito ‘puro’ ou uma epistemologia do objeto ‘puro’. A teoria das Representações Sociais centra seu olhar sobre a relação entre os dois. Ao fazer isso ela recupera um sujeito que, através de sua atividade e relação com o objeto - o mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio” (GUARESCHI, 1994:19).

Neste sentido, Moscovici concorda e contrapõe-se a Durkheim, para quem as representações sociais ou coletivas tinham as mesmas características do fato social: exteriores à consciência individual, exercendo sobre ela uma ação coercitiva. Moscovici acredita ser esta coerção do coletivo sobre o indivíduo quase absoluta, pois este, em sua “atividade e relação com o objeto-mundo”, não só se apropria das representações sociais, mas também as reelabora.

Conforme JODELET (apud Maurer Lane, 1995),

“as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir” (p.61).

A afirmativa desta autora vem esclarecer a pertinência da teoria das representações sociais na abordagem do nosso tema, pois conforme entendemos, o cotidiano da criança queimada será mais fielmente apreciado se considerarmos a natureza do objeto de estudo, que acreditamos tratar-se de um problema comum à criança e à sociedade. É ainda de Jodelet (apud Guareschi, 1994), a definição de representação social como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

GUARESCHI (1994), na tentativa de considerar aspectos relacionados ao conceito de representação social, o apresenta como:

“um conceito dinâmico e explicativo, tanto da realidade social, como física e cultural. Possui uma dimensão histórica e transformadora. Junta aspectos culturais, cognitivos e valorativos, isto é, ideológicos. Está presente nos meios e nas mentes, isto é, ele se constitui numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos, é um conceito sempre relacional, e por isso mesmo social”.

MOSCOVICI (1978), ao justificar porque uma representação é social, afirma que “qualificar uma representação de social equivale a optar pela hipótese de que ela é produzida, engendrada, coletivamente” (p.76).

Dentro da Sociologia Clássica, o conceito de representações sociais apresenta-se como um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais as representações são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.

Sob a perspectiva sociológica, Durkheim é o primeiro autor que trabalha explicitamente o conceito de representações sociais. Usado no mesmo sentido que representações coletivas<sup>1</sup>, o termo se refere a categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade. Afirma ainda que essas categorias não são dadas *a priori* e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais, transformando-se, elas próprias, em fatos sociais passíveis de observação e de interpretação.

MINAYO (1994) afirma que, para Durkheim, não existem “representações falsas”. Todas respondem de diferentes formas a condições dadas da existência humana. São símbolos através dos quais

<sup>1</sup> “As Representações Coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos. Os símbolos com que ela se pensa mudam de acordo com a sua natureza (...). Se ela aceita ou condena certos modos de conduta, é porque entram em choque ou não com alguns dos seus sentimentos fundamentais, sentimentos estes que pertencem à sua constituição”. (p.90-91)

“é preciso saber atingir a realidade que eles figuram e que lhes dá sua verdadeira significação. Constituem objetos de estudo tanto quanto as estruturas e as instituições: são todas elas maneiras de agir, pensar e sentir, exteriores ao indivíduo e dotadas de um poder coercitivo em virtude do qual se lhes impõe” (p.91).

Já Max Weber, representante da Sociologia Compreensiva, elabora suas concepções do campo das representações sociais através de termos como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidade”, usados muitas vezes como sinônimos. Para ele, as idéias (ou representações sociais) “são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem”. Assim, as concepções sobre o real têm uma dinâmica própria e podem apresentar tanta importância quanto a base material (MINAYO, apud GUARESCHI, 1994:93).

Sob a perspectiva da operacionalização da pesquisa social qualitativa, ALFRED SCHUTZ (apud MINAYO, p.95), representando a fenomenologia, usa o termo “senso comum” para falar das “representações sociais do cotidiano”. Para este autor, semelhantemente ao conhecimento científico, o senso comum envolve conjuntos de abstrações, formalizações e generalizações, que são fatos interpretados a partir do “mundo do dia-a-dia”.

Para MOSCOVICI (1978), a passagem de uma teoria científica à sua representação social responde justamente à necessidade de suscitar comportamentos ou visões socialmente adaptados ao estado de conhecimento do real”, o que acreditamos ser viável através da representação do cotidiano, do construído de acordo com o chamado “senso comum”.

Moscovici interessou-se ainda pelo estudo das representações da sociedade contemporânea, em face a fenômenos também contemporâneos. Em suas próprias palavras:

“as representações em que estou interessado não são as de sociedades primitivas, nem as reminiscências, no subsolo da nossa cultura, de épocas remotas. São aquelas da nossa sociedade presente, do nosso solo político, científico e humano, que nem sempre tiveram tempo suficiente para permitir a sedimentação que as tornasse tradições imutáveis. E sua importância continua a crescer, em proporção direta à heterogeneidade e flutuação dos sistemas unificadores - ciências oficiais, religiões, ideologias - e às mudanças pelas quais eles devem passar a fim de penetrar na vida cotidiana e se tornar parte da realidade comum” (MOSCOVICI, apud PEREIRA DE SÁ, 1993:22).

Nesta perspectiva é que desenvolvemos o nosso trabalho, partindo do cotidiano das crianças queimadas, ouvindo suas representações através da fala acerca da queimadura e das conseqüentes seqüelas. Consideramos complementar a este conhecimento as representações dos pais destas crianças, dos profissionais que lidam com a queimadura e das professoras que as recebem na escola, como um discurso instigador e, ao mesmo tempo, conseqüente do que significa “estar queimado”.

Desta forma acentuamos, conforme os pressupostos das representações sociais, a interligação entre o senso comum e o saber científico, construção básica para se alcançar as nuances da relação entre sociedade e indivíduo, criador e criatura, agente e sujeito no processo da construção do conhecimento, da formação da personalidade e das relações interpessoais.

## **2 Metodologia**

O intuito deste trabalho é conhecer as representações da criança queimada, acerca da sua vivência da hospitalização, dos procedimentos da terapêutica própria aos pacientes queimados, do relacionamento com os profissionais que lidam diariamente com esta criança e o seu tratamento, do relacionamento com os pais durante e após a

hospitalização e do reingresso à escola, através do relacionamento com os colegas e professores.

O trabalho se dividiu em duas etapas, sendo a primeira a observação participante no hospital a fim de se conhecer e compreender a dinâmica do internamento e acompanhamento de crianças queimadas. As observações participantes tiveram início em março de 1995, com visitas semanais ao Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, situado em Fortaleza-Ceará. Trata-se de um hospital público municipal de atendimento de emergência neste Estado, atendendo além da população cearense, habitantes de Estados vizinhos. O Centro de Tratamento de Queimados funciona como uma unidade independente no hospital, oferecendo, ao todo, 32 leitos, sendo quatro de UTI, três leitos para pacientes que necessitam de isolamento, dois para recuperação, dois apartamentos, e cinco enfermarias, sendo três pediátricas, com 08 leitos e duas para adultos, com 13 leitos. Atualmente conta com 130 profissionais, centro cirúrgico, ambulatorios, consultórios e salas de banho. Desenvolvemos atividades de entrosamento com a equipe de trabalho e observação do cotidiano do tratamento de queimaduras. Iniciamos a aproximação com as crianças hospitalizadas e suas mães e/ou acompanhantes, através de conversas e realizamos atividades lúdicas com os pequenos pacientes. Nessa etapa, também procuramos aumentar o nosso conhecimento acerca de queimaduras e formas de tratamento, tanto através de estudos como de conversas com pessoal especializado.

As atividades lúdicas desenvolvidas tinham o objetivo de conseguir a aproximação à criança e obter sua confiança, mas também tinham como consequência distrair, relaxar e contribuir para a elaboração de seus medos e ansiedades sobre o momento que estavam enfrentando.

As conversas com as mães e/ou acompanhantes traziam à tona a sua percepção do acidente, seu sentimento de culpa, o medo da morte do filho e o sofrimento devido à visualização constante da dor, além de revelarem a ansiedade por ter deixado os cuidados de sua casa, dos outros filhos, e do marido para acompanhar o filho queimado.

Os estudos sobre as queimaduras e as formas de tratamento possibilitaram a melhor compreensão da dor do paciente, da necessidade de cada procedimento médico aplicado, da natureza da queimadura, sua extensão, intensidade, e importância da atuação de cada profissional que compõe a equipe interdisciplinar. Este conhecimento possibilitou inclusive a apreensão mais integrada do cotidiano da criança queimada no hospital e após sua alta.

As enfermarias pediátricas do Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota atendem crianças na faixa etária entre 0 e 12 anos. Escolhemos para a nossa pesquisa cinco casos de crianças entre 08 e 12 anos de idade, vítimas de queimaduras de 1º, 2º e 3º grau simultaneamente, com superfície corpórea queimada igual ou superior a 45%. O critério de escolha se baseou na extensão e intensidade da queimadura, e por supostamente possuírem essas crianças maior capacidade de compreensão e verbalização sobre o processo de hospitalização e tratamento, além de maior capacidade de socialização e vivência no universo escolar.

Na segunda etapa do trabalho, realizamos procedimentos de coleta de informações junto aos sujeitos envolvidos diretamente nesse processo, ou seja, a própria criança, seus pais, os profissionais que a atenderam e, após o retorno à escola, a professora. Realizamos entrevistas com todos esses sujeitos e, no caso da criança, foco de nosso estudo, complementamos essas informações com dois outros instrumentos que adaptamos para apreender outro nível de informações: as “histórias para completar” e o desenho do “auto-retrato antes e depois da queimadura”.

As “histórias para completar” foram idealizadas com o intuito de captar dessas crianças aspectos complementares à entrevista relativos às temáticas da queimadura, hospitalização, tratamento, alta hospitalar, retorno à casa e à escola. Fizemos uma adaptação do teste projetivo de Madeleine Thomas, acreditando que caso surgisse a dificuldade de verbalização pela criança sobre as temáticas citadas, durante a entrevista, através desse instrumento as crianças estariam projetando em outro personagem, também criança e queimada, sentimentos que na realidade eram seus.

Ainda buscando conhecer um pouco mais essas crianças, desta feita sob a ótica da percepção do corpo antes e depois da queimadura, pedimos que fizessem o auto-retrato nesses dois momentos distintos. Partimos da idéia de que o desenho da figura humana é um dos instrumentos projetivos mais esclarecedores sobre a dinâmica da personalidade, e mais especificamente, de acordo com o nosso objeto de estudo, da imagem corporal do sujeito. Com esse instrumento, intencionamos obter informações acerca dos sentimentos da criança queimada referente ao seu corpo, agora transformado, e sua relação com o mundo, já que o princípio básico do desenho como técnica projetiva é de que a figura representa a pessoa, e a folha de papel, o ambiente.

Ainda na segunda etapa do trabalho, complementar à primeira, realizamos entrevistas a todos os participantes diretos do processo de tratamento das queimaduras e pós-tratamento. Escolhemos então uma amostra significativa de profissionais atuantes em diferentes áreas, na tentativa de investigar como percebiam o tratamento das crianças queimadas, a importância de sua atuação neste tratamento, os sentimentos no relacionamento profissional com os pequenos pacientes, a percepção das seqüelas físicas, emocionais e sociais e percepção destas crianças no cotidiano hospitalar ou pós-alta.

Escolhemos uma amostra de profissionais atuantes no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, distribuídos nas funções de: Médicos (05), Enfermeiras (03), Atendentes de enfermagem (03), Fisioterapeutas (03), Terapeuta Ocupacional (01) e Nutricionista (01). Através de entrevistas, buscamos investigar como percebiam o tratamento das crianças queimadas, a importância de sua atuação nesse tratamento, os sentimentos no relacionamento profissional com os pequenos pacientes, a percepção das seqüelas físicas, emocionais e sociais, e a percepção destas crianças no cotidiano hospitalar ou após a alta.

Entrevistamos ainda as professoras das crianças que já haviam retornado às atividades escolares, com o intuito de conhecer a representação da criança queimada no cotidiano escolar, sua participação nas atividades, seu relacionamento com os colegas e com a professora, e as possíveis dificuldades que essa criança tenha enfrentado na readaptação à escola após a queimadura.

Os instrumentos de coleta que utilizamos podem ser examinados no final do nosso trabalho, em anexo.

### *Sobre Aqueles Que falam*

Faremos a seguir a apresentação dos principais personagens de nossa pesquisa, através de dados colhidos através de entrevistas às próprias crianças e seus pais. Lembramos que, a fim de evitar a identificação de nossos sujeitos, adotamos nomes fictícios para cada um deles.

1. **Maria**, uma menina de 12 anos, mora na praia do Pacheco, região praiana próximo a cidade de Fortaleza, com seus pais e cinco irmãs mais velhas. Seu pai tem 57 anos, é um pequeno agricultor, e nunca frequentou escola. Sua mãe tem 48 anos, ocupa-se dos afazeres domésticos e frequentou apenas a 1ª. série do 1º. grau. Estuda no “Grupo do Guaié”, uma pequena escola localizada na praia de Iparana, distante aproximadamente um quilômetro de sua casa. Maria faz a 3ª. série no turno da tarde, porém ainda não regressou às atividades escolares desde que sofreu o acidente, devido ainda encontrar-se em recuperação. Tem muitos amigos, tanto da escola quanto da vizinhança, e suas atividades preferidas são: brincar de bicicleta e ir à praia, às quais está impossibilitada de realizar devido às limitações físicas impostas pela queimadura e a impossibilidade de expôr-se ao sol e calor até que tenha se recuperado totalmente. Sua queimadura ocorreu na própria residência, quando, na tarefa cotidiana de auxiliar a mãe nos serviços de casa, foi acender o forno a lenha e usou o álcool inadequadamente. Internou-se no Centro de Tratamento de Queimados do I.J.F. em março de 1997, permanecendo hospitalizada por um período de trinta e dois dias. Apresentava queimaduras de 1º., 2º. e 3º. graus, com queimaduras distribuídas pelo rosto, tórax, braços e pernas. Além das cicatrizes distribuídas pelas áreas do corpo atingidas pelo fogo, sofreu a perda parcial da orelha direita, e perda parcial da visão do olho direito. Devido à gravidade da queimadura, Maria foi considerada pelos pais e familiares como incapaz de ter sobrevivido. Contudo, surpreendeu a todos. Encontra-se em satisfatório processo de recuperação, realizando fisioterapia intensiva em um

hospital na cidade de Caucaia, vizinho ao lugarejo em que reside, além de fazer visitas frequentes ao Instituto Dr. José Frota para revisão médica.

2. **Tales** é um menino de 10 anos. Mora com os pais e duas irmãs, uma de 14 e outra de 11 anos em um bairro pobre da periferia de Fortaleza. Seu pai tem 42 anos, é vendedor e completou o 2º. grau. Sua mãe tem 35 anos, realiza os serviços domésticos e completou também o 2º. grau. Tales estuda no Núcleo Educacional Balão Mágico, uma pequena escola particular do seu bairro, no turno da tarde. Também ainda não regressou às atividades escolares por encontrar-se em recuperação. Tem muitos amigos na escola e na vizinhança, e suas brincadeiras preferidas são: “jogar bola”, “esconde-esconde”, “pega-pega”, “jou atrepa” e “video-game”. Seus passeios prediletos são: “ir à praia e à pizzeria”. Sua queimadura ocorreu próximo à sua casa, quando brincava com colegas, tentando queimar um sapo que haviam colocado dentro de uma garrafa descartável de refrigerante. O uso inadequado do álcool provocou o acidente. Foi internado no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota em junho de 1997, permanecendo hospitalizado por um período de quinze dias. Apresentava queimaduras de 1º. 2º. e 3º. graus, distribuídas pela região facial, principalmente do lado esquerdo, tórax e braço esquerdo. Ainda em processo de tratamento, a criança vai ao ambulatório do Instituto Dr. José Frota em dias alternados, para tomar banho, trocar curativos e ser acompanhado pelo médico.

3. **Marcelo** é um menino de 8 anos. Mora com os pais e dois irmãos, um de 12 anos e outra de 10 anos, numa favela no Centro de Fortaleza. Seu pai tem 46 anos, trabalha como auxiliar de serviços de manutenção e como pedreiro nos finais de semana; cursou até a 3ª. série do 1º. grau. Sua mãe tem 37 anos, trabalha como manicure em casa e cursou até a 4ª. série do 1º. grau. Marcelo faz a 1ª. série, no turno da manhã, no Centro Educacional Eduardo Campos, uma escola da rede estadual de ensino localizada em seu bairro. Regressou às atividades escolares apenas um ano após a queimadura, tendo perdido o ano letivo. Tem muitos amigos na escola e poucos na vizinhança, pois sua mãe procura evitar o entrosamento dos filhos com os “marginais” da sua rua. Suas brincadeiras preferidas são: “homem pegar mulher”, “esconde-esconde” e “jou atrepa”. Seus passeios preferidos são ir à pracinha próxima ao seu

bairro e ir à praia. Sua queimadura ocorreu em casa quando, juntamente com os irmãos, brincava de fazer “fogueirinha de papel”. O uso inadequado do álcool ocasionou uma explosão que provocou a queimadura. Seu internamento no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota ocorreu em julho de 1995, permanecendo hospitalizado por um período de dezenove dias. Apresentava queimaduras de 1º, 2º e 3º grau, distribuídas pela face, tórax e braços. Foi submetido a duas cirurgias plásticas para dar movimento aos braços que apresentavam contraturas cicatriciais, estando, no momento, totalmente recuperado.

4. **Pádua** é um menino de 8 anos, mora com os pais e dois irmãos, um de dois anos, e outra de 12 anos, em um bairro do município de Caucaia, próximo à Fortaleza. Seu pai tem 42 anos, trabalha como mestre-de-obras na construção civil e completou o 2º grau. Sua mãe tem 35 anos, realiza atividades domésticas e costura em casa para uma lojinha de confecções; completou o primeiro grau. Pádua está cursando a 1ª série, no turno da tarde, em uma escola comunitária da associação dos moradores do seu bairro. Deixou de freqüentar a escola durante um ano, devido ao prolongado período de internamento e recuperação. Seus amigos restringem-se aos vizinhos e aos freqüentadores da igreja de sua mãe, Testemunha de Jeová. Afirmou não ter amigos na escola, porque os meninos brigam muito e lhe colocam apelidos do tipo: “frango assado” e “queimado”. Suas brincadeiras preferidas são: “jou atrepa”, “soltar raia”, “brincar de carrinho e de bola”, “brincar de luta” e “brincar de policial”. Seus passeios prediletos são: ir à praia e prá casa da avó. Sua queimadura ocorreu em casa, no Natal de 1995, quando com a ajuda da irmã e de um amigo tentou reacender a churrasqueira que o pai havia utilizado na noite anterior. O uso inadequado do álcool provocou a explosão que ocasionou as suas queimaduras e as de sua irmã, que também foi hospitalizada. Foi internado no mesmo dia, permanecendo hospitalizado por um período de quarenta e nove dias. Sofreu queimaduras de 1º, 2º e 3º grau, distribuídas pela face, tórax e braços. Já encontra-se recuperado, realizando fisioterapia duas vezes por semana para prevenir contraturas cicatriciais.

5. **Roberto** é um menino de 10 anos, que mora com o pai e a namorada dele em um apartamento na periferia de Fortaleza. Seu pai é funcionário de um banco e tem o 2º

grau completo. Roberto está cursando a 2ª. série, no turno da tarde, em uma escola particular próxima à sua residência. Devido ao prolongado período de internamento e recuperação das queimaduras, Roberto perdeu dois anos letivos. Tem muitos amigos na escola e no prédio onde mora, sendo suas brincadeiras preferidas: “jou ajuda”, “vídeo-game”, e “assistir televisão” (considerado pela criança como brincadeira). Citou como passeios preferidos ir para a igreja com a empregada de sua casa e ir para o Iguatemi. Sua queimadura ocorreu quando sua mãe, grávida de 8 meses, resolveu suicidar-se, levando-o também, na ocasião com seis anos: trancou-se no banheiro com a criança, jogou álcool sobre seus corpos e ateou fogo, vindo a falecer. Roberto sofreu queimaduras de 1º., 2º. e 3º. graus, com grandes lesões térmicas distribuídas pela face, tórax e braços. Devido à extensão e intensidade das queimaduras, Roberto precisou enfrentar, até o momento, dez cirurgias plásticas. Encontra-se recuperado das queimaduras, realizando ainda sessões preventivas de Fisioterapia, e acompanhamento fonoaudiológico decorrente da dificuldade em pronunciar algumas palavras devido às cicatrizes da queimadura em sua boca e às subseqüentes cirurgias plásticas nesta região.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Quando se fala em hospitalização, logo nos chega a imagem de uma experiência desagradável, por menor que seja a sua duração. Trata-se de uma situação que vai de encontro ao desenvolvimento natural da pessoa, a partir do momento que representa a concretização da doença, pela necessidade do tratamento hospitalar. Quando se trata de crianças, a quebra do ritmo natural do desenvolvimento provoca reações que alteram desde a estrutura da personalidade, o comportamento, as relações interpessoais, até o convívio familiar.

Nós, adultos, podemos interpretar a hospitalização em termos racionais, lógicos e práticos, afinal de contas já temos estrutura emocional e amadurecimento para tal. Porém, a criança sente essa experiência principalmente em termos da sua realidade psíquica, ou seja, de seus medos, ansiedades e fantasias. A criança é uma pessoa em desenvolvimento, com sensações e percepções próprias a sua imaturidade. Portanto, não é um adulto em miniatura. No entanto, a falta de conhecimento sobre aspectos próprios ao desenvolvimento infantil pode dificultar ao adulto a compreensão de quão estranha e ameaçadora pode estar sendo a hospitalização para a criança.

E é através dos olhos da criança, do que ela sente, pensa e deseja, que procuramos captar como ela vive a sua experiência de hospitalização, e ter noção da extensão do significado da hospitalização para ela.

Estudos realizados sobre os efeitos da hospitalização durante a infância destacam algumas situações que são comuns ao universo da criança hospitalizada: o ambiente hospitalar, a separação dos pais e familiares, limitação de atividades, sensação de punição e culpa, dor e desconforto físico, falta de informação, e alterações no relacionamento pais-criança (Ângelo, 1986).

Tomando por base estas situações, passaremos a apresentar alguns resultados de nossa pesquisa.

### *Ambiente Hospitalar*

O hospital é um ambiente estranho para a criança, no qual ela poderá se sentir ameaçada e insegura. A criança, acostumada a ter suas necessidades atendidas em casa, dentro de uma rotina diária, deve submeter-se às rotinas do hospital, que não possibilitam escolha a respeito de quem ou como serão atendidas suas necessidades pessoais. O banho, por exemplo, deverá acontecer em um horário e de uma maneira diferente da habitual. Em se tratando de crianças vítimas de queimaduras, o banho assume importância e significado bastante diferentes dos demais casos, pois não é um simples asseio; trata-se de uma medida complementar ao tratamento, em que a limpeza não é superficial, mas exige a completa retirada de pele necrosada a fim de evitar infecções e assegurar que a pele venha a se recompor de maneira saudável. O banho assume então proporções ameaçadoras, conforme afirmou o Tales: “O banho é a pior parte. O resto dói, mas tomar banho sem anestesia é a pior parte!”. Na percepção do Pádua: “Eu acho que se a gente não tomasse aqueles banhos, era tudo bem...”.

A cama pode ser um elemento estranho, principalmente porque no hospital, por motivo de segurança, as camas possuem grades permanentemente levantadas. Uma criança maior pode se sentir envergonhada por ter que dormir em um berço, outra pode sentir-se sozinha se estiver habituada a dormir com irmãos no mesmo quarto. Além da não autorização de a criança manter consigo objetos pessoais, como brinquedos, outro elemento de desconforto é o uso obrigatório de roupas do hospital, que algumas instituições impõem. Igualmente, o quadro torna-se diferente com pacientes queimados, pois nem mesmo as roupas comuns aos hospitais é utilizada, permanecendo o paciente envolvido apenas pelas ataduras que protegem a queimadura. Além do mais, a utilização de quaisquer outros objetos tais como brinquedos é altamente controlada, pois sem os devidos cuidados pode aumentar consideravelmente o risco de infecções.

Estes exemplos mostram que a atmosfera do ambiente hospitalar não é de carinho e aceitação, porque as rotinas e a maneira de lidar com a criança são alteradas, não possibilitando manter qualquer ligação com a casa, com o que lhe é familiar. Percebe-se que, na verdade, há uma maior preocupação com os aspectos médicos necessários para a recuperação da criança.

Além de serem alteradas as rotinas da criança, muitas coisas que acontecem no hospital a criança não experimentava em casa, como procedimentos e tratamentos estranhos e/ou dolorosos próprios da rotina hospitalar, como coleta de sangue, injeções, troca de curativos etc.

A criança, acostumada a ser cuidada pela mãe, avó ou empregada em casa, passará, no hospital, a ser cuidada por muitas pessoas estranhas e que empregam termos dos quais a criança não conhece o significado.

É comum o contato abrupto da criança com adultos diferentes (clínicos gerais, pediatras, cirurgiões plásticos, enfermeiros, técnicos de laboratório, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, religiosos, nutricionistas, psicóloga etc.). Além disso, o comportamento desses adultos pode variar muito de um para o outro, o que obriga a criança a se adequar a diferentes expectativas, porque todos exercem autoridade e esperam a colaboração dela.

O desconforto do ambiente hospitalar é intensificado ainda pela falta de privacidade e despersonalização que ocorre na internação. O exame físico, por exemplo, acontece na presença de estranhos ou do diagnóstico discutido sem atenção à presença da criança. O atendimento de pacientes queimados é feito, na maioria dos casos, em caráter emergencial e implica numa situação mais traumática para a criança, que além de sofrer a queimadura por um acidente, algo totalmente inesperado, traz junto a dor da queimadura, o pânico e descontrole emocional dos pais e/ou parentes que a acompanham.

### *Separação dos Pais*

A hospitalização da criança muitas vezes implica na ausência dos pais. As normas e regulamentos de muitas estruturas hospitalares determinam restrições ao relacionamento pais-filho. De acordo com a maneira como o hospital é organizado, a natureza da interação pais-filho sofrerá modificações, acontecendo desde apenas um contato através de um visor até a oportunidade para envolvimento e mesmo acompanhamento do filho hospitalizado. Apesar dos inúmeros estudos que apontam a necessidade da presença contínua dos pais durante a internação da criança, na maioria dos hospitais, a visita é a única oportunidade que eles têm para manter contato com o filho. A criança, vivenciando situações estranhas, adicionadas ao mal estar provocado pela doença, necessita, em algumas realidades hospitalares, enfrentar também a ausência da mãe, no momento em que mais precisaria dela. As normas de alguns hospitais impedem os pais de desempenharem a função de intermediários entre a criança e os elementos hostis do ambiente, muitas vezes sob a justificativa do aumento dos riscos de infecções. CHIATTONE (1988) cita alguns trabalhos realizados em enfermarias pediátricas demonstrando que

“o fato das crianças receberem mais visitas de suas mães e de terem mais contato com a equipe de saúde, não aumentou o nível de infecções, como se imaginava. Ao contrário, além de se ter notado uma diminuição no período de internação e igualmente no que se refere a reinternações, notou-se a minimização do nível de infecção cruzada”. (p.47)

No Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, é permitida a permanência de um acompanhante em tempo integral junto à criança, sendo esta atitude atenuante dos processos depressivos que, conforme afirmam alguns pesquisadores, são muito comuns em crianças hospitalizadas, e mais especificamente, nas vítimas de queimaduras. No entanto, no cotidiano hospitalar, percebe-se algumas vezes o desencorajamento à permanência dos pais junto aos pequenos internados, sobretudo se a criança chora quando junto dos pais, sendo acusados pela equipe hospitalar, de provocar “distúrbios emocionais” à criança. Além disso, são comuns

demonstrações de desaprovação por parte da equipe, das ações das mães junto ao filho e também comunicações bruscas com os familiares, quando estes tentam abordar algum membro da equipe, solicitando exclusividade e prontidão no atendimento do filho, além de serem solicitados a sair quando os filhos são submetidos a experiências e procedimentos mais ameaçadores, como injeções, troca de curativos, etc. Sobre o relacionamento entre profissionais, acompanhantes e criança queimada, uma das auxiliares de enfermagem relatou que, dentre as funções que normalmente desempenha, tem ainda que “fiscalizar” as acompanhantes:

*“Porque tem muitas mães, devido ao nível do pessoal ser bem baixo, um povo completamente sem instrução, você tem que ficar fiscalizando... Porque tem mãe que perde a paciência com a criança...Tem delas que bate, mete a peia, e grita, e quer dormir... às vezes bate nos meninos prá dormir logo e elas descansarem também...Você tem até que fiscalizar se elas levantam a grade do berço direito, porque já aconteceu de criança cair do berço...Fiscalizar até se elas alimentam os filhos ou não. Tem muitas delas que não ligam prá isso... Tem muita mãe que é relapsa mesmo...”*

E ainda o nutricionista complementa:

*“Não propriamente as crianças dão trabalho... Acho que às vezes as acompanhantes dão mais trabalho do que as crianças. Tem todo o lado emocional... que elas transmitem pro paciente e às vezes mesmo até prá gente. Chega até a atrapalhar no tratamento porque às vezes interfere, principalmente no lado da alimentação, que todo mundo sabe cozinhar...ou diga de passagem, dizer o que é bom...As crianças às vezes colaboram mais do que os adultos...”*

Ainda na opinião de uma enfermeira, que atende os pacientes no ambulatório:

*“Uma coisa que eu já observei aqui, é que quando a mãe é uma pessoa equilibrada, a gente consegue trabalhar melhor com essas crianças... porque a mãe tranquiliza a criança. Quando a mãe é aquela pessoa apavorada, então, junta o pavor da mãe com o da criança, e a coisa se complica cada vez mais com isso...”*

Na realidade, muitas vezes a presença da mãe junto à criança enferma, principalmente as vítimas de queimaduras, pode dificultar o andamento do trabalho da equipe quando o sofrimento da criança provoca o sentimento de culpa pelo acidente, tornando-se muito exigente, superprotetora, dificultando muitas vezes o entendimento da natureza do tratamento de queimaduras, que demanda paciência, calma e força por parte dos pais. Aqui se faz necessário a compreensão por parte da equipe de saúde do que significa para os pais das crianças queimadas todo o processo da hospitalização, desde o acidente até o doloroso percurso do tratamento e recuperação.

Segundo CHIATTONE (1984), os dados de observação e vivência dentro da enfermaria demonstram que existe uma faixa de idade delimitada (entre 0 e 3 anos) onde a sensação de abandono é mais visível, podendo ocorrer também exceções importantes, pois cada criança é um ser único que pode reagir com mais segurança ou não a uma situação de separação.

P.SARTI (apud Chiattonne) publicou uma grande revisão da bibliografia social sobre o problema da sensação de abandono em crianças hospitalizadas. Nesse levantamento, procurou enumerar todas as reações da esfera somática ou da esfera psico-afetiva, observadas em crianças hospitalizadas sem suas mães. Ele cita vários aspectos que caracterizam as consequências da separação materna sobre a criança doente:

- Retardamento de crescimento e do desenvolvimento;
- Suscetibilidade a infecções;
- Perturbações nutritivas e digestivas;

- Dermatoses;
- Manifestações psicossomáticas;
- Distúrbios do sono;
- Manifestações de desadaptação;
- Hipermotividade e variações do humor;
- Diminuição da afetividade;
- Desorientação;
- Indiferença, agressividade, depressão, regressão;
- Perturbações da personalidade.

Conforme já citamos, todo este quadro de sintomas apresenta-se de forma mais acentuada em crianças menores de 3 anos de idade, pela dificuldade em entender todo o processo de hospitalização e do tratamento. A partir dessa idade, até a idade limite da enfermagem pediátrica (12 anos), a sensação de abandono, em geral, tem mais condições de ser contornada e amenizada com alguma facilidade, tanto pela equipe como pela família, quanto pela própria criança. Nesta faixa etária, conforme Chiattonne (1984, p.17), o quadro de sofrimento se torna menos terrível.:

“esses pacientes já conseguem compreender, de alguma forma, a situação de hospitalização e doença quando são ajudados pela equipe e pela família. Participam também ativamente das atividades de recreação e podem entender as explicações dadas pela família. Esses fatos não justificam a separação materna mas amenizam o sofrimento. No entanto, sabe-se que essas crianças, ao se verem sós, também sentem-se abandonadas pela família, choram com frequência, podendo regredir no processo de maturação psico-afetiva, expressando perturbações da marcha, da linguagem, do controle dos esfíncteres, comportamentos como chupar o dedo, masturbação, enurese, terror noturno, etc. Podem também reagir apaticamente ou, ao contrário, agressivamente, dificultando a atuação da equipe, na

medida em que rejeitam a medicação, as restrições, os exames, a dieta, etc.”

Acrescenta ainda a solicitação excessiva da mãe ou dos adultos a sua volta, de forma egocêntrica, alternando momentos de carinho e agressão, como também ligar-se de forma calorosa mas superficial a qualquer adulto que se aproxime, procurando suprir a carência de afeto que sente, ou, por outro lado, retraindo-se apaticamente de qualquer envolvimento emocional.

Além disso, CHIATTONE (1988,p.51) acentua que a equipe deve estar alerta às crianças que reagem apaticamente, pois

“ há uma grande tendência a considerá-las ‘bons pacientes’, que ‘não dão trabalho’ e preocupação. No entanto, os princípios de saúde mental demonstram que essa é a reação mais temida em termos institucionais. Dificilmente a criança reagirá dessa forma à hospitalização, pois o choro, o desespero, o medo e a ansiedade serão as formas de expressão consideradas “saudáveis”. As crianças apáticas, “boazinhas” mostram deterioração de seu equilíbrio interno e em decorrência apresentarão seqüelas graves e muitas vezes irreversíveis, causadas pela hospitalização”.

Apesar disso, a experiência no dia-a-dia do hospital nos mostra que não se pode generalizar a ocorrência de seqüelas determinadas pela experiência da hospitalização. Eventualmente, deparamo-nos com crianças que apesar de todos os inconvenientes causados pela doença e pela hospitalização, mostram-se gratificadas e obtêm benefícios reais durante este período. Em geral, são crianças que sofrem maus tratos dos pais, que passam fome, que permanecem nas ruas abandonadas, ou ainda em várias outras situações tão características de uma sociedade injusta e desumana. Durante nosso estágio na pediatria do Instituto Dr. José Frota, em 1987, tivemos a oportunidade de acompanhar uma criança, de 10 anos, que na ocasião da alta hospitalar precisou “ser ameaçada” a ser entregue a FEBEMCE caso não dissesse onde

morava ou quem eram seus pais. Essa criança passava a maior parte do tempo nas ruas, onde sofreu atropelamento, e foi levada para o hospital, onde, no período de aproximadamente um mês de internação, não recebeu visitas. Finalmente, após várias tentativas, resolveu dizer onde morava. Acompanhado pela Assistente Social do hospital, chegou em casa: um barraco, localizado em uma favela, onde em um único cômodo morava com sua mãe e nove irmãos. Neste caso, o hospital, com toda ameaça que possa representar a doença e o tratamento, era mais seguro e confortável do que a situação em que vivia essa criança. No hospital ela tinha dormida, alimentação garantida e a atenção das pessoas que “se preocupavam com ele”.

Deparamo-nos igualmente com situações em que as mães questionam a alta hospitalar dos filhos, preferindo permanecer no hospital onde ele terá acompanhamento médico, medicamentos, asseio e cuidados adequados, a ir para casa, onde não há posto de saúde, farmácia, dinheiro para comprar medicamentos ou situação higiênica e conforto para o satisfatório restabelecimento do filho queimado. Presenciamos certa vez, uma mãe pedir chorando à pediatra, que não desse ainda a alta do filho, pois onde morava (no interior do Ceará) não tinha como cuidar das suas queimaduras, além de não ter dinheiro para vir de dois em dois dias ao hospital para trocar curativos. É esta nossa sociedade, que determina o absurdo de uma criança e seus pais sujeitarem-se a permanecer hospitalizados para obter condições mínimas de vida, apesar de todas as condutas terapêuticas agressivas.

A hospitalização no Centro de Tratamento de Queimados do IJF tem características diferenciadas dos procedimentos comuns de internação hospitalar. Mesmo sendo permitida a permanência de um acompanhante junto à criança, são totalmente proibidas as visitas. Além do mais, o acompanhante deverá vestir-se com paramentos próprios do CTQ, usar gorro, máscara, propés, semelhantemente a todos que adentram no ambiente. Muitas vezes devido à dificuldade em lidar com o sofrimento do filho, ou à necessidade de dar atenção aos outros filhos deixados em casa (geralmente são provenientes do interior do Estado), levam os pais a entregar os cuidados do filho hospitalizado a parentes ou até mesmo vizinhos e amigos. Além disso, eventualmente acontece casos de catástrofes que envolve toda a família, como acidentes automobilísticos ou explosões de gás butano, em que as crianças ficam

privadas da presença dos pais, temporária ou permanentemente, quando ocorre a hospitalização ou o óbito de um deles ou de ambos.

### ***Medo do Desconhecido***

Outro fator importante que dificulta o ajustamento da criança à situação de hospitalização e doença refere-se à questão de que em geral a realidade hospitalar é totalmente nova e portanto desconhecida à criança. CHIATTONE (1984, p.21) descreve três situações específicas que exemplificam esta experiência. Em primeiro lugar, há aquelas crianças que nunca adoeceram seriamente e portanto nunca necessitaram permanecer hospitalizadas. Obviamente, o temor do desconhecido será muito maior e necessitará de atenção e apoio redobrados por parte de toda a equipe de saúde. Quando a criança experimenta a situação de hospitalização pela primeira vez, o ambiente lhe é totalmente desconhecido, estranho, com uma rotina igualmente diferente. Além disso, a situação de descontentamento faz aumentar as fantasias e os temores.. As crianças têm fantasias e imagens muito ruins a respeito da hospitalização, das rotinas hospitalares, dos médicos e da equipe em geral. E quando ocorre o fato de a criança ser internada, as condutas terapêuticas são realmente ameaçadoras. Além disso, tudo é desconhecido à criança. Desde a própria enfermaria, o seu leito, as roupas que deve usar, os horários que deve seguir, as pessoas à sua volta, os exames prescritos, os alimentos, etc. Ao preço de muito medo, as crianças vão explorando e descobrindo a nova situação. Aqui atribui-se especial importância a atuação da equipe de saúde, que deve estar sempre alerta para agir minimizando esse fator.

Em segundo lugar, tem-se aquelas crianças que já experimentaram situação de hospitalização anteriormente, apresentando assim algum parâmetro do que seja esta vivência, com maiores condições de elaboração dos acontecimentos.

Finalmente, tem-se as crianças que apesar de já estarem familiarizadas com a enfermaria e com internações constantes, chegam ao hospital com a finalidade de proceder a exames e condutas novas, necessárias ao tratamento. O silêncio e o desconhecimento das crianças a essas condutas é constante e deve ser exaustivamente

trabalhado e considerado com a equipe que presta atendimento. Segundo Chiattonne, a criança sabe que algo vai lhe ocorrer, mas nada lhe é informado:

“O medo que advém dessa situação é enorme e não existem explicações plausíveis para esse mistério, na medida em que as crianças que são informadas do que lhe vai ocorrer conseguem gradativamente elaborar o medo e, muitas vezes, colaborar na realização dos procedimentos médicos, amenizando o sofrimento que o segue.”

As crianças queimadas passam semelhantemente por essas etapas, apresentando, no entanto, algumas peculiaridades. Primeiramente, o momento da hospitalização já vem marcado pelo pânico e extrema dor, por tratar-se geralmente de acidentes, e não daquele tipo de internamento em que pelo menos os pais já vêm preparados para o momento que irão enfrentar. É, a princípio, traumático para todos. Podemos ver isso claramente a partir dos depoimentos dos pais das crianças de nosso estudo, pois a partir do instante que perguntávamos sobre como tinha sido a chegada ao hospital, começavam a chorar e falavam da dificuldade em *“lembrar dessas coisas...”*

Após enfrentar todos os procedimentos iniciais, o internamento, as medidas básicas do tratamento, curativos, balneoterapia, exames de laboratório, enxertias, etc, as crianças queimadas experimentam após a alta hospitalar subsequentes retornos para troca de curativos e acompanhamento médico. Inevitavelmente, os grandes queimados sofrem intensas seqüelas físicas, sendo necessário várias intervenções através da cirurgia plástica reparadora. Ocorre que, em ambos os casos, o retorno ao hospital sempre é motivo de ansiedade e medo, demarcado mais intensamente quando da necessidade de seguidos internamentos. Em conversas com as mães de duas crianças que ainda estão em tratamento, a Maria e o Tales, constatamos o pavor que essas crianças têm em retornar ao hospital para as revisões e trocas de curativos. Eles começam a ficar ansiosos na véspera de ir ao hospital. Segundo as mães, dormem mal, têm pesadelos, têm cólicas intestinais, diarreias, sintomas comuns

em ambos os casos. O Tales, especificamente, tranca-se no banheiro demorando o suficiente para atrasar o horário da consulta.

Na “história para completar” referente à hospitalização, Roberto afirmou que quando chegou ao hospital, onde ficavam as pessoas queimadas, *“ele sentiu muito medo, porque nunca tinha visto pessoas daquele jeito”*.

O medo do desconhecido na realidade da criança vítima de queimadura é fator intensamente ansiogênico, pois além de ser uma reação natural no processo de hospitalização, representa a possibilidade de sofrer seqüelas semelhantes às dos demais queimados.

### ***Limitação de Atividades***

Além dos fatores citados, sabe-se que no hospital as crianças devem suportar constantemente uma limitação de atividades impostas pela própria doença e pela estrutura física das enfermarias que não são planejadas para receber crianças, limitando assim suas possibilidades de movimento. Em regra geral, mesmo doentes e internadas em um hospital, as crianças raramente permanecem em seus leitos. Quando começam a dar sinais de melhora já querem levantar e caminhar pela enfermaria, brincar, explorar o ambiente. Na maioria das vezes mostram a mesma energia e disposição do que outras crianças; circulam, se puderem, livremente, brincam, conversam, se divertem criando alternativas à sua nova condição.

No cotidiano das crianças vítimas de grandes queimaduras, a limitação física é uma situação imposta pela própria situação de dor e impossibilidade de movimentos. A intensidade da queimadura, a superfície corpórea queimada, as subseqüentes intervenções cirúrgicas (enxertia e plástica restauradora) são fatores que definitivamente limitam os movimentos, obrigando a criança a permanecer imobilizada no leito. No entanto, procurando agir sobre a prevenção de graves seqüelas físicas, a Fisioterapia preocupa-se especificamente com a movimentação do paciente, buscando diminuir as limitações físicas, ou, pelo menos, estimular o paciente através dos

exercícios a enfrentar a inércia que a situação de dor lhe impõe. Apesar do fato de que a movimentação na fisioterapia implica igualmente em dor, vários recursos podem ser utilizados com a criança para se trabalhar o movimento. Além da paciência e compreensão da situação vivida pelos pequenos queimados, o recurso lúdico é um grande aliado da Fisioterapia para estimulá-los a tornarem-se mais ativos no processo de recuperação.

VIOLET OAKLANDER (1980), renomada psicoterapeuta infantil, narra sua experiência de como, quando criança, teve que enfrentar hospitalização e tratamento como vítima de graves queimaduras, enfatizando o quanto a limitação física deprime e suprime tudo o que a criança tem de mais natural: a espontaneidade e a necessidade de espaço e movimento. Conta que passava horas após horas estendida na cama, sem ter ninguém para conversar e nada para brincar. E finaliza: “Sobrevivi a esse padecimento mergulhada no mundo da fantasia. Contava a mim mesma histórias intermináveis, muitas vezes ficando extremamente envolvida com os cenários”(p. 25). Ao perguntarmos a uma das crianças do nosso estudo, o que ele achava de ficar no hospital, respondeu sem titubear: *“ Não gosto não. Porque em casa pode ficar solto, e no hospital tem que ficar o tempo todo deitado...”* (Pádua)

### ***Sensação de Punição e Culpa***

Diversos estudos realizados sobre o cotidiano hospitalar, de maneira geral, afirmam que são comuns relatos de crianças encarando a doença e a hospitalização como uma agressão externa, uma punição por não ter se alimentado direito, por não ter estudado na escola, por não ter obedecido aos pais ou por ter brigado com os irmãos. As crianças relatam muita culpa por realmente acreditarem que erraram e por isto estão sendo punidas através de injeções, limitações físicas, restrições diversas que são encaradas fantasiosamente como castigo.

No caso específico das crianças queimadas, esta sensação de punição e culpa se torna mais acentuada devido ao fato de que as queimaduras são geralmente resultantes da curiosidade natural da infância. As brincadeiras com fogo, muitas vezes

advertidas pelos pais como perigosas e proibidas, num momento de descuido, resultam em graves conseqüências, que perpassam desde a intensa dor da queimadura, o tratamento até as inevitáveis seqüelas. Associado a todos esses fatores, os pais, acompanhantes e até mesmo alguns profissionais costumam, inadvertidamente, questionar a criança sobre o porquê de ela ter ido brincar com fogo, enfatizando mais ainda a idéia já natural nos pequenos hospitalizados de que estão merecendo estar sofrendo tanto pelo mal comportamento. Eventualmente presenciamos acompanhantes ou profissionais que, ao realizarem qualquer movimentação com a criança tendo como reação o choro ou a agressão, tecem comentários do tipo: *“Isso é prá você aprender a não brincar mais com fogo...”* E ainda, quando têm alta, segundo a mãe do Tales, sempre tem algum vizinho para acrescentar: *“Ói... ainda vai querer queimar os pobres dos animais? Isso é castigo...”*

A sensação de culpa permeia igualmente o cotidiano dos pais das crianças queimadas. Questiona-se freqüentemente: *“por que deixei álcool ao alcance do meu filho?”*, *“Por que deixei a panela com água quente ao alcance da criança?”*, *“Por que permiti que meu filho fosse acender o fogareiro?”*, etc... Em entrevista aos pais das crianças do nosso estudo, pudemos ouvir comentários do tipo:

*“ Eu devia ter ido acender o fogareiro... Não sei porque a Maria foi mexer no que não devia...” (mãe da Maria)*

*“Ah, mulher... eu sou doida prá voltar a trabalhar fora... mas não posso não... Deus me livre! Meu filho só se queimou porque eu fui inventar de trabalhar nas casa alheia...” (mãe do Marcelo)*

Há ainda o sentimento de culpa velado, que podemos perceber na narrativa da mãe do Pádua:

*“ ... mas ninguém tem culpa, porque a churrasqueira tava no quintal. Mas, certamente, claro que ele (o marido) não deixou lá pros meninos se queimar...Foi um acidente, como qualquer outro...”*

Muitas vezes a resistência em falar sobre a queimadura da criança pode significar a dificuldade em lidar com as lembranças dessa situação e com o sentimento de culpa pelo acidente. Como é o caso do pai do Roberto, que inicialmente se prontificou a dar entrevista, conversar, mas em nenhum momento compareceu ou facilitou qualquer encontro nosso. Os dados que obtivemos sobre o Roberto foram conseguidos na sua entrevista e com os profissionais do Centro de Tratamento de Queimados do IJF.

Enfim, estas questões acompanham os pais a todo instante, tanto no hospital, durante o tratamento do filho, quanto após a alta hospitalar devido às seqüelas, que são evidências, tanto físicas quanto emocionais, de que algo que poderia ter sido evitado aconteceu, e causou, conseqüentemente, transtornos na família e na vida de cada um dos diretamente envolvidos.

### ***Dor e Desconforto Físico***

No contexto hospitalar, a dor é algo bastante corriqueiro, justificando as condutas dos profissionais para sanar a enfermidade e dissipar o desconforto físico. Geralmente, as crianças passam pelo Serviço de Pronto-Socorro do hospital onde recebem os primeiros cuidados e são, posteriormente encaminhados à enfermaria. Aí são tomadas novas medidas para se diminuir o sofrimento físico.

Normalmente, as condutas são agressivas, tentando agir incisivamente para manter o equilíbrio do paciente, para que possam ser tomadas as medidas corriqueiras e cabíveis ao tratamento das queimaduras. Segundo HERNDON (1993),

“o tratamento inicial da queimadura deve começar no local do acidente. Dependendo da gravidade da queimadura, as medidas iniciais vão desde envolver o paciente em panos limpos úmidos, até a utilização de máscara de oxigênio, mediante obstrução das vias respiratórias para prevenir asfixia, e posteriormente, no hospital, a avaliação do funcionamento do

sistema cardiopulmonar, pulsionamento de veia e administração de uma sonda nasogástrica, além de outras medidas igualmente invasoras e dolorosas para a criança.” (p. 264)

As crianças vítimas de grandes queimaduras já chegam ao hospital sob tensão e dor. Os procedimentos emergenciais são igualmente ansiógenos e dolorosos. A hospitalização traz consigo o medo do desconhecido, o medo da morte, a separação dos familiares, o sentimento de impotência diante da nova situação que se estabelece. É natural deduzir-se que, associada à dor física, desencadeia-se simultaneamente a dor emocional.

Transcorrido este momento inicial, estando a criança já instalada no leito hospitalar, inicia-se nova etapa dos procedimentos dolorosos, que são as trocas de curativos, os banhos sem anestesia (que ocorrem eventualmente quando da falta de anestesista), as injeções, as coletas de sangue, a reidratação venosa, as cirurgias, os enxertos, etc. Os profissionais referem-se freqüentemente a essa dor em seus depoimentos, apresentando-a como algo inerente ao tratamento de queimaduras:

*“A dor do paciente queimado é uma das coisas que mais traumatizam a criança...Você já pensou? Fazer fisioterapia numa criança gritando com dor?”*

E ainda outra fisioterapeuta:

*“Primeiro, quando ele (a criança) vê a gente, ele se apavora...Porque nós representamos uma dor. Parece até que na nossa testa tem escrito: Fisioterapeuta, sinônimo de dor...”*

Falar sobre o cotidiano da criança queimada pode ser sinônimo de dor, como relatou uma enfermeira:

*“...É uma ansiedade que a cada dia aumenta a apreensão do que vai acontecer. Cada dia, um dia novo, e uma nova dor, e um novo medo do que pode*

*acontecer... e aquilo ali, no final, se torna num temor a todos. Em vez de a gente minimizar o sofrimento, algumas vezes a gente nota que esse sofrimento é uma somatória. Cada dia que passa, por determinados procedimentos dolorosos, essa criança vai ter pavor... principalmente no que diz respeito à sala de banhos... Isso prá ela é uma tortura...*

No caso dos retornos em ambulatório:

*“ Quando ela (a criança) entra no hospital, ela já vem aterrorizada... Porque ela sabe que vai doer... A queimadura dói, né? Ela entra na sala de banho aos berros. ...Eu acho que ela vê a gente assim como... a última coisa do mundo...”*  
(Auxiliar de enfermagem - ambulatório)

E ainda, segundo um cirurgião do Centro de Tratamento de Queimados:

*“Uma das coisas que mais me comove é a dor dos pacientes... Então na criança, que é mais sensível...me comove mais ainda. Eu fico sempre a pensar, principalmente, nas conseqüências que virão das queimaduras. A gente está aqui pegando só a ponta do iceberg, e todo o resto da vida do paciente vai ser o convívio dele com as seqüelas e com as lembranças dos momentos de dor...”*

Falar sobre a dor da criança queimada é algo que nos incomoda profundamente, suscitando para quem fala e para quem ouve sentimentos de repulsa. Nas entrevistas realizadas com as crianças queimadas e com suas mães, percebemos o quanto é difícil falar sobre a dor e o sofrimento por que tiveram que passar. Isto nos leva a crer que quem mais sente a dor é quem menos fala nela. Porém é algo do qual não se pode deixar de falar para que se possa ter uma idéia do quanto o tratamento de queimaduras traumatiza a criança, que associada a estas lembranças traz posteriormente consigo as marcas do infortúnio.

### *A Falta de Informação*

A característica emergencial do atendimento de pacientes vítimas de queimaduras traz consigo o despreparo e desconhecimento do pequeno paciente sobre as intervenções a que irá se submeter. O despreparo para a hospitalização e para os procedimentos hospitalares desencadeia uma série de comportamentos como reação à falta de compreensão da doença e do tratamento. Os comportamentos apresentam, como componente principal, o medo do desconhecido, que diminui as habilidades da criança para lidar com a experiência. A ausência de experiências prévias, juntamente, de acordo com a maturidade da criança, à dificuldade de pensar de forma abstrata, ocasionam fantasias e mal entendidos. Assim, a criança não aceita calmamente, como seria desejado, ser puncionada para a retirada de sangue para exame, ou submeter-se a um banho sobre suas queimaduras, sem anestesia, sendo necessário às vezes que três ou quatro adultos tenham que segurá-la para realizar as “intervenções necessárias”. Nenhum adulto consciente toleraria ser manuseado dessa maneira sem receber uma explicação. É de se esperar, portanto, que a criança também se sinta assim. Este fato, infelizmente, muitas vezes é ignorado, apesar da literatura especializada estar repleta de informações que justificam a necessidade de esclarecimento à criança. Espera-se da criança uma conformidade passiva, que seja boazinha e que não dificulte a ação dos adultos.

Acontece ainda que alguns profissionais tentam informar sobre os procedimentos à criança, porém, de maneira tão inadequada, que seu medo é intensificado, originando um número maior de elementos novos e ameaçadores. Presenciamos certa vez um profissional dando informações à criança sobre o que iria ser feito na enxertia a que iria se submeter. A mãe, acompanhando a explicação, ficou apavorada só em pensar que iriam “tirar mais um pedaço” do corpo do seu filho, que já encontrava-se tão traumatizado.

Informar adequadamente à criança sobre os procedimentos que serão executados certamente não irá aliviar a dor física, nem tão pouco, dependendo da idade, ela irá compreender totalmente o que a espera, mas contribuirá para fortalecer

sua integridade como pessoa, que merece respeito e compreensão pelo momento difícil que está enfrentando.

Tão importante quanto informar a criança, o esclarecimento aos pais ou acompanhante sobre os procedimentos que serão realizados é de extrema necessidade. Isto contribuirá para que o adulto se sinta ativo e participante no processo terapêutico, transmitindo assim mais confiança e tranquilidade à criança.

Alguns profissionais relataram a necessidade de maior orientação e informação às crianças e acompanhantes tanto durante a hospitalização quanto após a alta hospitalar.

*“É preciso um trabalho educativo, com crianças, adultos e acompanhantes. Não só na parte de prevenção, mas de reabilitação. Prá diminuir um pouco essa angústia que eles levam... ‘será que eu vou ficar curado?’, ‘eu vou voltar ao que eu era antes?’... (Enfermeira)*

*“Durante os curativos, as crianças ficam muito apavoradas... talvez pela falta de orientação das pessoas que estão dando o banho, de informar: ‘olha, agora vai molhar’, aí começa a molhar... Mas não, geralmente elas começam, abrem, tiram o curativo, corta, com choro ou sem choro, jogam a água e pronto. A criança fica apavorada, e a mãe também...” (Fisioterapeuta)*

### ***Alterações No Relacionamento Pais-Crianças***

O relacionamento dos pais com a criança comumente sofre alterações durante o processo de hospitalização e tratamento. Este fato deve-se ao medo e ansiedade dos pais em relação ao sofrimento do filho, e muitos, inclusive, sentem-se responsáveis pôr sua ocorrência.

Assim, estes sentimentos determinam mudanças em seu comportamento junto ao filho, tornando-se superprotetores, excessivamente tolerantes ou até

agressivos. São comuns situações nas quais os pais permitem comportamentos não tolerados na criança antes da doença, como ser agredido fisicamente pelo filho. Por outro lado, também acontece de pais ameaçarem agredir fisicamente a criança, e às vezes agredem mesmo, caso esta não fique quieta, não pare de chorar para que durma, ou se negue a tomar medicação, alimentar-se etc.

A ansiedade dos pais transparece ainda em verbalizações como: “menino não chora”; “se não tomar o remédio papai do céu vai brigar”; “menina bonita fica quietinha”; demonstrando assim, expectativas em relação ao filho, que podem confundir a criança que, na tentativa de continuar merecendo o amor dos pais, atua segundo o que esperam, reprimindo sentimentos negativos em relação à experiência.

Mesmo após a alta hospitalar, a atitude dos pais continua tendo impacto significativo sobre a criança, que ao ter que enfrentar o mundo acompanhada de todas as suas seqüelas, será como que colocada em uma capa superprotetora, ocasionando pôr vezes ciúmes nos irmãos ou discussões entre o casal sobre qual seria a melhor maneira de lidar com a criança dali por diante, conforme afirmam as mães de algumas crianças:

*“Eu não sei mais o que fazer. O Tales não faz mais nada sem pedir a minha ajuda. Eu já estou esgotada. Meu marido sempre dizia que eu estava mimando muito o Tales, mas eu achava que não... depois do que eu vi ele passar no hospital...depois de tanto sofrimento... Mas agora eu acho que ele tinha razão. Meu relacionamento com o pai dele (o pai do Tales) está até meio ruim. A gente andava brigando muito... Eu estou muito cansada. ‘Mãe, quero água... mãe, quero levantar... mãe, o ventilador...’ Ele tá até dormindo na cama entre eu e o pai dele. Mas eu já mandei ele ficar na cama dele. Só que ele tem pesadelo, acorda de instante em instante...” (mãe do Tales)*

*“Quando a gente saiu do hospital, o Marcelo respirou aliviado: mãe, graças a Deus nós vamos prá casa...Mãe, eu vou ficar bom? Vai, meu filho! O Marcelo tinha medo de sentar, era um sacrifício... Tinha medo de andar, andava assim, com a cabecinha torta...O Marcelo não queria que eu saísse de perto dele de*

*jeito nenhum...Era um sufoco até prá eu tomar banho, eu não tinha um horário certo prá me alimentar... Ele passou nove meses dormindo na minha cama, entre eu e o pai dele. O Marcelo mudou de natureza: ele tá enfezado, tá bonequeiro. Se você não fizer o que ele quer...já viu!... Mãe, por favor, trás minha merenda... Aí eu trago a merenda dele. Uma vez eu disse que não ia, aí ele disse assim: 'Ah, é? Quando a tia vier aqui eu vou dizer a ela que a senhora não quer me dar as coisas..'. Chantagem..." (mãe do Marcelo)*

### **O Que Se Tornou Emergente**

A escuta dos personagens envolvidos diretamente na história de cada uma das crianças queimadas do nosso estudo nos possibilitou descobrir, através de suas falas, aspectos que escaparam às observações realizadas durante o período de hospitalização. O conhecimento adquirido dos livros sobre os aspectos psicológicos da hospitalização e sobre o tratamento das queimaduras, além das nossas observações do cotidiano no hospital, nos forneceu elementos para compreender melhor a vivência das crianças queimadas sobre este episódio de suas vidas. Porém, os depoimentos destas crianças é que nos permitem, de fato, conhecê-las, partindo de suas percepções sobre a queimadura, o tratamento, as seqüelas e demais aspectos que, de acordo com o que verbalizaram durante os nossos encontros, fazem parte do seu cotidiano, apesar da dura realidade conseqüente das queimaduras. Além da fala das crianças, os depoimentos dos pais, profissionais do Centro de Tratamento de Queimados, e professoras contribuíram sobremaneira para se conhecer a representação da criança queimada.

### **Quem Brinca Com Fogo Pode Se Queimar...**

As crianças do nosso estudo são, a princípio, como qualquer outra que encontramos no nosso dia-a-dia. Advindas de um lar com estrutura familiar básica, composta pelos pais e irmãos, de baixo nível sócio-econômico, freqüentando a escola,

cumprindo tarefas domésticas e brincando sozinhas, com os irmãos ou com amigos. Tudo muito comum e natural.

Porém, um episódio marcante quebra essa harmonia do desenvolvimento normal de qualquer criança. Naturais ao comportamento infantil, a curiosidade e a falta de preparo e de experiência são fatores que contribuem para que ocorram acidentes com fogo, principalmente quando associado ao combustível mais comum e acessível em nossos lares: o álcool. A queimadura, acidente doméstico tão comum no nosso cotidiano, assume proporções inimagináveis quando sofrida em grande extensão e profundidade. Após conviver com pessoas vítimas de queimaduras durante o tratamento e acompanhar sua evolução pós-alta, chegamos a conclusão de que só é possível saber o que é uma grande queimadura quando se entra em contato com uma pessoa muito queimada. Parece óbvio fazer tal afirmativa, porém, as próprias vítimas e seus acompanhantes no hospital confirmam o que dissemos:

*“Eu nunca pensei que uma queimadura pudesse causar tanto sofrimento...” (mãe do Tales)*

*“O que eu vi naquele hospital, não vou esquecer nunca mais. Ainda mais vendo meu filho naquela situação...” (mãe do Marcelo)*

*“Quando eu me queimei, fui pra casa pra minha mãe botar remédio. Depois fui pro ‘Gonzaguinha’, a pé mesmo. Não sei prá que me levaram pro IJF... Eu não tava nem sentindo nada! Mas depois, eu fiquei todo inchado... e doía demais...” (Tales)*

As queimaduras em crianças na faixa etária entre 6 e 12 anos costumam acontecer como resultado do fascínio e curiosidade sobre o fogo. As crianças querem fazer experiências, “brincar de cientista” ou ainda exercer atividades domésticas sem o conhecimento dos riscos que podem estar correndo:

*“A gente foi fazer uma experiência com um sapo. Botamos o sapo dentro de uma garrafa com álcool... Aí o menino jogou o fogo dentro... Aí quando o sapo*

saiu da garrafa, o menino jogou mais álcool , aí o álcool pegou em mim e eu comecei a me queimar...” (Tales)

“Eu queria ver o papel queimando. Aí o meu irmão botou o álcool e eu risquei o palito... aí o fogo veio prá cima de mim...” (Marcelo)

“A mãe tava ocupada lavando roupa e eu fui ajudar ela a fazer a comida. Eu peguei o álcool, botei os pauzinhos na ‘fornaia’, botei o álcool e deixei a garrafa aberta. Na hora que eu acendi o ‘fóscoro’, aí o fogo chamou o álcool e explodiu em cima de mim...” (Maria)

“Eu tava brincando com um menino que mora bem ali (perto de sua casa). Aí eu botei um monte de papel pra fazer uma fogueirinha na churrasqueira. Depois ele (o menino) pegou o álcool, botou na churrasqueira, e o fogo veio em cima de mim...Aí depois queimou eu e a minha irmã...” (Pádua)

Percebemos em alguns destes relatos, a negação da culpa pelo acidente, quando se atribui ao outro (“o menino”) a iniciativa de ter provocado a queimadura.

A iniciativa destas crianças na ocasião da queimadura demonstra uma contradição, a nível de atitudes, entre seus depoimentos e os de suas mães. As crianças narram o episódio como se falassem de algo exterior a elas, como se não as tivesse marcado tanto quanto suas mães narraram, definindo um momento de terror e pânico. Percebe-se uma defesa muito mais estruturada em busca de negar o acontecido, enquanto suas mães não conseguem sequer falar sobre o momento em que viram seus filhos em chamas. Pádua, por exemplo, relata:

“Aí a minha irmã (que também havia se queimado) foi correndo lá pro meio da rua. Aí uma mulher socorreu ela. Aí eu vim prá dentro assim, caminhando, do quintal até a cozinha. Aí minha mãe me viu, pegou a toalha e ficou me tacando prá ver se apagava. Ela queria molhar, só que não dava tempo. Aí quando chegou lá (no hospital) o homem (alguém , segundo a criança, o médico) disse que eu ia ficar cego...” Sua mãe, no entanto, não conseguiu falar sobre o momento da queimadura,

tendo começado a chorar, dizendo não querer mais lembrar “*aquele momento terrível*”.

*Também Maria afirmou:*

*“ ... O pai botou uma toalha, depois um pano, aí não apagou. Fiquei rolando no chão... aí o meu irmão pegou um balde d’água e sacudiu em cima de mim. Aí apagou o fogo...”*

A mãe dessa criança também não conseguiu falar sobre o momento da queimadura, tendo começado a chorar, dizendo que não suportava nem lembrar daquela cena da filha dela “*pegando fogo, correndo desesperada no meio da rua*”.

Marcelo recorda:

*“ ... Eu me joguei na banheira d’água. Aí passei pôr essa brechinha (apontando para um pequeno buraco no alto da parede) prá chamar a mãe...”*

A mãe dessa criança já conseguiu relatar o episódio da queimadura, mesmo entre lágrimas, caracterizando o desespero durante a situação:

*“Quando eu chego na porta, que eu vejo o meu filho com os olhos assim, tão apavorados, me pedindo socorro que a casa tava pegando fogo... ele passou pôr esse buraco, mulher... quando eu me lembro dos pedaços da pele da barriga dele que arrastou na parede...Eu acho que essa cena eu não vou esquecer nunca mais na minha vida...”*

### ***A Hospitalização***

O atendimento de emergência de um paciente queimado é algo que surpreende aos pais, devido a não compreensão da real gravidade das queimaduras. O que a princípio são manchas vermelhas na pele, transformam-se em grandes edemas, com graves consequências para o equilíbrio orgânico da criança. Muitas vezes os pais

são tomados de surpresa quando precisam internar o filho, e constataam que eles precisam submeter-se a um tratamento tão prolongado.

Na ocasião do atendimento emergencial, as crianças entram em contato com o primeiro de uma série de procedimentos que compõem o tratamento das queimaduras. Na narrativa das crianças do nosso estudo, nesse momento não é citada a dor, o que pode se explicar devido a forte descarga de adrenalina na circulação, o que lhes proporciona uma espécie de anestesia natural do organismo, ou ainda devido à dificuldade em expressar sentimentos relativos a esse momento tão ameaçador e traumatizante, como um processo de mecanismo de defesa. Em suas próprias palavras:

*“... Eles me deram banho, passaram um sabão lá, aí fizeram os curativos. Aí me botaram prá ir prá sala (enfermaria). Depois me deram remédio, me deram soro, aí eu dormi”. (Tales)*

*“Quando eu cheguei no hospital eu não sentia nada não... nessa hora eu táva acordado. Depois que eu cheguei no hospital eu desmaiei... (Roberto)*

*“ Fizeram curativo em mim... me banharam e fizeram curativo. Eles botaram aquele lodo verde assim em cima, aí passaram os remédios prá botar as faixas”. (Marcelo)*

*“...Tiraram minha roupa, deram banho, enrolaram assim uns panos... depois fui lá prá cama e me deitei” (Maria)*

*“Botaram eu prá dormir. .Aí depois me botou eu na cama. Aí depois eu acordei, e fiquei assistindo televisão. Aí depois eu fui merendar, e na hora de tomar banho, eu tomei banho... de anestesia. Eu dormia era muito... Aí eu chorava e ficava com medo... Aí eu só gostava de tomar banho de anestesia...” (Pádua)*

Utilizadas como instrumento de coleta de dados complementar à entrevista, as “Histórias para completar” realizadas pelas crianças, nos levou a

perceber que a citação da dor se tornava mais natural a partir deste instrumento, principalmente quando se referia ao tratamento:

*“Um menino estava no hospital porque tinha se queimado. Lá, os médicos e enfermeiras todo dia faziam ...’fazia um corativo nas coisas da dor dele. E ele conseguia ficar bom. Mas, como a dotora tirava, doía tanto que ele chorava...’ ”*  
(Pádua)

### *As Seqüelas*

A queimadura grave, assim como o seu tratamento, é uma experiência altamente dolorosa, conforme já assinalamos anteriormente. Suas conseqüências podem ser percebidas desde a esfera estética, emocional e até social. A alteração mais visível, naturalmente, se dá a nível estético, devido às cicatrizes que , no caso de queimaduras graves, são inevitáveis. Ao indagarmos as crianças do nosso estudo sobre que parte do seu corpo havia queimado, pudemos perceber o quanto é difícil para a criança vítima de grande trauma térmico, com perceptíveis seqüelas físicas, reconhecer e aceitar as transformações ocorridas no seu corpo. Ao responderem a nossa pergunta, expressavam uma atitude de negação e fuga, não respondendo diretamente à pergunta, apontando rapidamente, muitas vezes “esquecendo” de citar partes do corpo visivelmente queimadas. Percebeu-se também o quanto era difícil falar o nome do órgão queimado. Na análise do auto-retrato dessas crianças, antes e depois da queimadura, realizamos uma tentativa de compreender a dinâmica desta dificuldade da criança em aceitar e lidar com o seu próprio corpo. As respostas à pergunta “*que partes do seu corpo foram queimadas?*” foram as seguintes:

*“ Por aqui (apontando a barriga)..., por aqui... um ‘pouquin’ aqui no braço. Esse aqui (o esquerdo) queimou menos. Queimou um ‘pouquin’ na minha cabeça (pegando no rosto)..., queimou meu pescoço (pegando no pescoço)... só.”* (Pádua)

Interessante observar que esta criança refere-se à extensão de suas queimaduras de forma diminutiva, aparentemente indicando pouca importância ao seu real efeito. No entanto, foi uma vítima de graves queimaduras, precisando permanecer hospitalizado para tratamento por um período de quarenta e nove dias, além dos subsequentes retornos ao hospital para troca de curativos e acompanhamento clínico. Vejamos outro exemplo:

*“Meu braço. (Pausa). Meus dois braços. (Pausa) . Minhas costas e meu pescoço”. (Marcelo)*

Essa criança apresentou grande resistência em responder à pergunta, com prolongadas pausas que davam a entender que não pretendia continuar falando sobre aquele assunto. Fez duas pausas e, em seguida, concluiu num fôlego só. Vale ressaltar que além das partes do corpo citadas por ele, estavam visivelmente marcados seu rosto e a orelha esquerda.

*“Tá assim... tudo prá cima (apontando do Joelho à cabeça). (Roberto)*

Essa criança não especificou, a princípio, as partes do corpo queimadas. Porém, pelo fato de já ter se submetido a dez cirurgias plásticas, indaguei sobre em que locais do corpo precisou fazer cirurgias:

*“A mão... esta parte aqui da mão que tinha brida (entre o polegar e o indicador). Aqui, nas axilas, no pescoço, aqui nesta parte aqui (nos lábios), aqui ó (no queixo) e também no outro braço, que são as bridas. Na axila foi duas vezes. Duas vezes em cada uma...”*

As seqüelas físicas das queimaduras são percebidas pelas crianças como marcas que evidenciam a sua transformação em algo indesejável. Referindo-se à criança queimada da “história para completar” referente ao que havia ficado diferente no seu corpo, as crianças do nosso estudo afirmaram:

“...Ele estava muito feio... Tava muito queimado e sofreu muito...!”

(Pádua)

“Ele estava diferente dos outros, porque o corpo dele era diferente do corpo de outras pessoas” (Roberto)

As representações dos profissionais do Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota sobre as seqüelas que sofrem as crianças vítimas de queimaduras evidenciam, além do conhecimento real sobre as dimensões que as mesmas podem atingir, opiniões muitas vezes pré-concebidas, principalmente sobre as sequelas emocionais e sociais. A partir de seus depoimentos, podemos ter uma noção mais esclarecedora acerca desta nossa afirmativa:

*“A seqüela é um problema! Porque se a criança tem condições econômicas de fazer cirurgias, ela fica melhor...mas, e as que não têm? Ficam aguardando vagas no hospital. Às vezes a criança tem quelóides pela simples falta de uma malha compressiva, porque não pode comprar. Às vezes o pai não tem dinheiro nem prá comprar o creme que a gente indica prá dar massagem...A criança vai para o colégio e é tratada de forma diferente por causa das cicatrizes. Um cliente meu não queria usar a malha porque ia ser motivo de zombaria no colégio: ‘mas doutora, como é que eu vou pro colégio com a malha? Os meninos vão dizer que eu sou é gay!’ Essa é a mentalidade... Eles têm vergonha... não querem nem sair na rua.” (Fisioterapeuta)*

*“...Toda seqüela física é ainda acompanhada, principalmente na criança, pela parte emocional. A criança passa a ter pesadelos, passa a rever o acidente, queimando no seu próprio sonho... Aquilo para ela passa a ser uma tortura. Então, o lado emocional dela é uma coisa que não dá para ser controlado. Pôr mais que você console, é uma criança perturbada, que, emocionalmente, está sempre próxima do desequilíbrio... Muitos deles, inclusive, se isolam. Outros, se tornam rebeldes, outros já praticam o suicídio... Não conseguem ter um bom relacionamento doméstico, não casam, não têm filhos, não conseguem concluir o curso no colégio... Não vão prá frente...” (Médico)*

“...Depois do tratamento, você vê que a criança fica mais insegura. Ela também tem vergonha de se expor para as pessoas...Eles associam muito a cicatriz com doença, eles acham que aquilo é um dodói, não aceitam a cicatriz como uma coisa normal. Uma cicatriz cirúrgica tem uma aceitação melhor...Na queimadura, eu acho que o problema é porque ela associa aquela marca à experiência vivida, ou ao ato que ela cometeu para gerar aquilo...” (Médico)

“...O doente queimado fica com um estigma muito grande. Ele fica marcado para o resto da vida... Não há meio de evitar isso. Fazem várias cirurgias, mas não corrigem totalmente: melhora, apenas. Melhora um pouco a feiura, a cor, mas não fica bonita, não adianta... E essas pessoas começam a não se aceitar nunca...”

“Seqüela de queimado é uma coisa horrível! Eu já vi aqui até mesmo uma mãe dizer: Olha, parece um monstro! Imagina o que dizem os outros?...” (Auxiliar de enfermagem)

É muito comum os profissionais atribuírem o maior problema dos desajustes emocionais e sociais decorrentes das seqüelas ao adulto, conforme comenta essa Fisioterapeuta:

“A criança não liga muito não... Elas olham por ali, acham diferente, mas continuam a brincar... Os adultos, não. Eles se assustam, perguntam como foi, rejeitam...Acho que os adultos é que evidenciam o diferente...”

Podemos observar o quanto parece uma condição inerente à queimadura o desequilíbrio emocional e o desajuste social:

“A criança queimada é um indivíduo que, na grande maioria das vezes, se ele não tem algum distúrbio psicológico antes da queimadura, provavelmente terá depois, tendo em vista que, no caso das grandes queimaduras, deixam o corpo totalmente transformado...” (Médico)

### *A Imagem Queimada*

Segundo Knudson (apud Bendlin, 1993), o processo de ajuste emocional depois de uma queimadura leva muito tempo. Começa durante o período agudo da hospitalização e pode continuar pôr muitos anos. Mesmo que as queimaduras graves não incapacitem fisicamente a pessoa, as mudanças resultantes das lesões são cicatrizes que levará consigo pôr toda vida. Assim, um dos problemas centrais do ajuste emocional seria o processo de adaptação a essa mudança e desfiguramento corporal. Conforme a mesma autora, este processo acarreta uma modificação na “auto-imagem” do paciente, que define como sendo a concepção interna dele mesmo baseada nos próprios sentimentos. A auto-imagem de uma pessoa se desenvolve ao longo da vida e se forma a partir de suas experiências pessoais e das reações de outras pessoas a respeito dela. O centro da auto-imagem é a imagem-corporal, quer dizer, de que maneira cada pessoa se vê fisicamente. Desta forma, Knudson afirma: “ Uma queimadura grave produz mudanças no corpo do paciente, e esta nova mudança deverá integrar-se à sua auto-imagem - ... alterações externas requerem alterações internas...” (p.464)

Schilder (apud Lourenção, 1984), por imagem corporal entende: “aquela representação que formamos mentalmente de nosso próprio corpo, isto é, a forma como ele nos aparece”. E acrescenta ainda: “...é a imagem tridimensional que todo mundo tem de si mesmo”..., ou ... “ sistema de idéias e sentimentos que o indivíduo tem de sua estrutura física”. Ou, de forma mais elaborada:

“Imagem corporal é um termo que se refere ao corpo como experiência psicológica e focaliza as atitudes e sentimentos do indivíduo para com o seu próprio corpo. Diz respeito às experiências subjetivas com o corpo e à maneira como foram organizadas tais experiências” (p.17).

Segundo Lourenção (1984):

“A imagem corporal é uma unidade, unidade adquirida e não dada, e pode ser destruída. Implica um esforço contínuo para dar uma estrutura a algo dinâmico; problema esse que se torna mais evidente na adolescência. Sendo o produto de um organismo vivo como um todo, uma alteração em uma parte dele por uma doença ou mal físico, por exemplo, não introduzirá modificações na imagem corporal apenas referente a essa parte; a mudança será geral, pois resultará de novas relações consigo mesmo e com os outros”. (p. 15)

Continua ainda apresentando pesquisas sobre a catexe (grau de satisfação ou insatisfação do indivíduo para com o seu corpo), que mostram-na integralmente relacionada com o auto-conceito, pois os resultados levam às seguintes conclusões: 1) sentimentos a respeito do corpo são proporcionais aos sentimentos sobre o eu; 2) baixa catexe corporal é associada com ansiedade sob a forma de preocupação autística indevida com dor, doença ou dores corporais; 3) baixa catexe corporal é associada com sentimentos de insegurança envolvendo o eu; 4) catexe corporal e catexe do eu são correlacionadas.

Partindo dessas considerações, pedimos às crianças queimadas do nosso estudo que desenhassem o auto-retrato antes e após a queimadura. Realizamos uma variação do Teste da Figura Humana, de Karen Machover, que pede à pessoa que desenhe uma figura humana, e após, uma figura humana do sexo oposto à que desenhou primeiramente.

Levamos em consideração o quanto poderia ser confuso para as crianças desenharem o auto-retrato antes da queimadura, já estando com o corpo alterado pelas seqüelas. Em alguns casos, era perceptível a dificuldade em fazer diferente um desenho do outro. A única característica que os distinguia mais claramente eram as marcas da queimadura. Seria impossível obter os desenhos dessas crianças realmente antes da queimadura, pelo fato de tratar-se de um acidente. No entanto, ao pedir que se desenhassem como eram antes da queimadura, e como são, após a mesma, nos mostra

claramente a presença de conflitos na relação com o corpo e a clareza na percepção das cicatrizes.

Apesar de seguirmos, em algumas situações, os parâmetros de avaliação e interpretação dos desenhos (das crianças do nosso estudo) propostos por Lourenção (1984) sobre o Desenho da Figura Humana, percebemos claramente o quanto os desenhos das crianças queimadas devem ser interpretados em uma dinâmica diferente. Se os tomássemos literalmente, as crianças do nosso estudo teriam sérios conflitos na área da sexualidade, sérios comprometimentos intelectuais e sérios distúrbios da personalidade. Apesar de considerarmos a possibilidade da existência de conflitos dessa natureza, preferimos acreditar que trata-se de uma situação circunstancial, devido à premência do trauma da queimadura. Acreditamos que o maior comprometimento encontra-se na reestruturação da imagem corporal,, gravemente comprometida, mas que, se devidamente acompanhada, a criança terá condições de reverter todas as possibilidades de distúrbios que possam lhe acometer.

Além de acompanhar a criança neste processo de reestruturação do esquema corporal, é urgente que se atue junto à família e à escola, que, a nosso ver, são núcleos básicos para a ressocialização da criança queimada, agindo sobre sua auto-estima e auto-aceitação.

Perguntadas sobre o que fariam caso tivessem poderes mágicos, as crianças do nosso estudo responderam:

*“Tirava isso daqui... (apontado para as cicatrizes). Comprava meu computador, queria a mansão do Tyson e ser a primeira criança a ir para Marte...”*  
(Roberto).

*“...Eu fazia ficar bom da queimadura... Cada ferimento que eu tivesse eu botava pra ficar assim, coisadin, como era!”* (Pádua)

*“...Ficava melhor... das queimaduras... como eu era antes...”*  
(Marcelo)

*“...Eu fazia ficar como eu era antes...” (Maria)*

*“...Eu me curava, e curava os outros queimados também...” (Táles)*

A partir destas afirmações, podemos suspeitar sobre o quanto estas crianças sofrem com a baixa auto-estima, e o quanto se torna mais seguro manter-se no mundo da fantasia do que encarar a dura realidade do seu novo cotidiano.

### ***O Auto-retrato***

A partir dos desenhos das crianças de nosso estudo, passaremos a apresentar a nossa análise e interpretação conforme esclarecemos no item anterior. Os desenhos encontram-se em anexo, no final do nosso trabalho.

#### **1. MARIA**

Nos desenhos dessa criança pode-se perceber que, para os seus doze anos, apresenta-se imatura e infantil. Observando-se a sua realidade social, não se poderia exigir muito, pois mora em um lugarejo situado na praia do Pacheco, muito carente, pais analfabetos, sem muitas opções de maior contato e conhecimento da realidade, a não ser através da novelas “Globais”, que toda família acompanha religiosamente.

No entanto, analisando seu auto-retrato de antes e depois da queimadura, percebemos algumas características que são comuns às outras crianças do nosso estudo. A localização do desenho no quadrante superior esquerdo, indicando passividade, atitude de expectativa diante da vida, inibição, reserva, desejo de retornar ao passado e/ou permanecer absorta em fantasia (Lourenção, 1983); e a ausência da linha do solo, que segundo estudiosos, caracteriza o sentimento de fuga da realidade.

Interessante observar que no auto-retrato antes da queimadura, *desenhou a* figura vestindo saia, denotando característica do seu próprio sexo. Já no auto-retrato

depois da queimadura, a figura desenhada veste calção e camiseta, o que, segundo pesquisadores, pode denotar conflito na aceitação da sexualidade. Esta idéia pode ainda ser reforçada ao observarmos a alteração no desenho dos cabelos, que “antes” eram cacheados e “depois” tornaram-se totalmente inexpressivos, representados apenas por duas linhas. De fato, esta criança teve sua aparência, principalmente rosto e cabelos, muito prejudicada, tendo queimado parte do couro cabeludo, o que dificulta a renovação dos cabelos.

Além disso, perdeu parte da visão do olho direito e teve a orelha parcialmente destruída, fator que, para uma adolescente, compromete a sua auto-aceitação como mulher.

Outro aspecto que diferenciou claramente o auto-retrato de antes e depois da queimadura foi o desenho dos braços. “Antes”, apresentando a idéia de movimento, denotava, segundo Campos, a tentativa de vencer a dificuldade frente ao meio. O “depois da queimadura” já apresentando assimetria, denota a possibilidade de conflito em manter “trocas e relacionamento interpessoal”, e ainda introversão, não reação aos impulsos interiores e debilidade física ou psíquica (Campos, 1994).

As marcas da queimadura apresentadas no desenho da criança distribuem-se pelo rosto, tronco e pernas. Percebe-se nos olhos a presença de pupilas no desenho “depois da queimadura”, sugerindo um despertar para o que antes era apenas vagamente percebido, e agora tem que ser encarado: seu corpo. A visualização das marcas da queimadura através das roupas, a transparência, pode indicar problema com a área desenhada. Em crianças maiores, segundo Prytula e Thompson (apud Lourenção, 1993), as transparências associam-se à baixa auto-estima ou imaturidade. Percebemos, no entanto, uma espécie de “pouca valorização” pela criança, da área do seu corpo queimada, a partir da suave representação de suas cicatrizes, que, na realidade, são bastante acentuadas. Isso pode ser justificado devido à fuga da realidade como um mecanismo de defesa, ou ainda imaturidade da criança.

## 2. TALES

A princípio a criança apresentou resistência, recusando-se a realizar o desenho sob a justificativa de não saber desenhar. Após nossa insistência, e esclarecimento de que não estava sendo testado quanto à sua capacidade artística, finalmente se prontificou.

No auto-retrato “antes da queimadura” localiza o desenho no meio da página, o que denota, segundo Lourenção, uma atitude mais autodirigida, autocentrada. O desenho “depois da queimadura” já apresenta-se mais do lado esquerdo da folha, , indicando inibição e introversão. Observou-se distúrbio na simetria, tanto na gravura “antes” quanto “depois” da queimadura. O lado esquerdo, que era o de fato atingido pela queimadura, apresentava-se em proporções maiores do que o lado direito, o que pode significar incoordenação e insuficiência física em geral, ou valorização da área queimada.

A linha representativa do solo, que para Campos (1994), reflete o grau de contato do sujeito com a realidade, encontra-se ausente. Segundo esta autora, esquizofrênicos, latentes ou fronteiriços têm, invariavelmente, dificuldade em apresentar em seus desenhos a indicação de firme contato com a realidade, representada pela linha do solo. No entanto, acreditamos que, no caso de Tales, devemos levar em consideração o mecanismo de defesa, de fuga e/ou negação da realidade, para melhor lidar com sua atual situação.

Na realização do desenho livre, Tales desenhou um carro do qual ele era o motorista, e estava indo para uma pizzaria, que segundo ele, era o local que tinha a comida que ele mais gostava. Aqui vemos o desejo da criança de transpor os limites físicos aos quais estava restrito há aproximadamente um mês, e voltar às atividades cotidianas de antes, tanto em relação aos hábitos alimentares, que estavam restritos devido à dieta, quanto ao espaço físico, que demarca a impossibilidade de expor-se ao sol, poeira, ou ambientes fechados freqüentados por muitas pessoas.

### 3. MARCELO

Quando pedimos ao Marcelo que fizesse seu retrato de como ele era antes da queimadura, ele disse que nada havia mudado no seu jeito de ser. Porém, insistimos, pedindo que fizesse seu retrato de como ele era antes e como ficou depois da queimadura, os quais ele se prontificou a realizar.

Percebeu-se a ausência da linha do solo, que conforme frisamos anteriormente, indica fuga da realidade. O posicionamento dos desenhos no quadrante superior esquerdo, segundo Campos (1994), indicam inibição ou controle intelectual, introversão e tendência a procurar satisfação na fantasia, em vez de na realidade, mantendo-se alheio e inacessível. No auto-retrato “após a queimadura”, Marcelo apenas acentuou a área dos braços (que tinham sido realmente queimados), com traços passados e repassados, denotando, segundo Campos, um conflito na área frisada, além de insegurança, dissimulação do problema e agressividade controlada em relação ao conflito.

Em relação ao tamanho do desenho e ao espaço disponível na folha de papel, pode-se estabelecer um paralelo com a relação dinâmica entre o sujeito e o seu ambiente. O desenho do Marcelo apresenta tamanho muito pequeno, o que, segundo Campos, pode ser um caso de inteligência elevada, mas com problemas emocionais. Pode indicar inibição da personalidade, desajuste ao meio, repressão à agressividade, timidez e sentimento de inferioridade.

Segundo Jales (apud Campos, 1994), o Desenho Pedagógico, ou figura em palitos, é freqüentemente apresentado por psicopatas e por aqueles que acham as relações interpessoais muito desagradáveis. No entanto, interpretar o desenho do Marcelo, apresentado em palitos, nos termos colocados pelo autor, seria, ao nosso entender, precipitado. Trata-se, sem dúvida, de uma criança em conflito com seu corpo e com as relações interpessoais, mas daí à psicopatia, deve ser repensado, observando-se sua história de vida.

Ainda o desenho do rosto, sem os olhos, nariz e boca bem definidos, pode, segundo Campos, indicar ausência de relação com o meio, fuga às respostas aos estímulos exteriores, e ainda imaturidade para não se comunicar com ninguém.

No desenho livre, Marcelo desenhou uma casa, que disse ser a sua. Uma casa pequena como realmente era a dele, e localizada no papel da mesma forma que se posicionou no auto-retrato, sem linha de base, no quadrante superior esquerdo, apresentando características, que de acordo com a interpretação dos desenhos projetivos, seria igualmente a sua própria projeção.

#### 4. PÁDUA

O Pádua não ofereceu nenhum tipo de resistência em desenhar o auto-retrato. Pegou prontamente a folha de papel e o lápis e começou a desenhar, começando pelas pernas. Segundo Campos (1994), ao se iniciar o desenho da figura humana pelas pernas, tem-se indícios de desejo de mudanças (físicas, por exemplo), ou a fantasia de que, já que nada tem, começa por onde ele quer. Outro aspecto que levamos em consideração nessa atitude é o fato de que o único local do seu corpo que não está queimado são as pernas e os pés.

Seu desenho localiza-se abaixo do ponto médio da página, e quase no centro, o que para Campos denota desajuste, debilidade física e fuga, além do sentimento de inadequação, insegurança e depressão. Apresenta-se ainda sem a linha do solo, o que indica a fuga da realidade, além de ser uma figura humana desenhada como palito, que, igualmente ao desenho do Miguel, pode denotar inconveniência em manter relações interpessoais. Apresentou-se ainda em proporções muito pequenas, o que para Campos pode indicar problemas emocionais, desajuste ao meio, repressão à agressividade, timidez, sentimento de inferioridade e depressão. No auto-retrato “antes da queimadura”, Pádua não define bem os caracteres faciais, o que, segundo estudiosos, expressa a tendência a evitar problemas de contato, apresentando-se evasivo com referência à relação interpessoal, manifestando possivelmente, comportamento de superficialidade, cautela e hostilidade. De fato, o que podemos ver

mais diretamente é que, a parte do seu corpo mais atingida pelo fogo foi o rosto, com as cicatrizes bem definidas como seqüelas de queimaduras. Além do mais, Pádua é frontalmente discriminado na escola pelos colegas, sendo apelidado, conforme comentamos anteriormente, “frango assado”. É, naturalmente, uma defesa justificada evitar contato com essa realidade.

Nos desenhos do Pádua, tanto o auto-retrato, quanto o desenho livre, percebeu-se indícios do que, segundo estudiosos dos testes gráficos projetivos, indicam conflitos na área da sexualidade. No auto-retrato “antes da queimadura”, Pádua acentuou a região genital, o que, para Levy (apud Lourenção, 1893) indica a consciência de conflitos sexuais. Os cabelos são abundantes e desordenados, indicando sensualidade, vitalidade e desordem sexual, além de serem fortemente sombreados, caracterizando, segundo Lourenção, conflito de virilidade, mas também, possível ansiedade com relação aos próprios pensamentos ou fantasias. No desenho livre, desenhou a “casa da mamãe”, com forte ênfase na chaminé, grande e sombreada, o que denota conflitos edipianos muito fortes. A fumaça saindo da chaminé em forma de novelo e acentuadamente dirigida para um lado, como sob o efeito de forte vento, reflete, segundo Campos (1994), conflitos, sentimento de pressão ambiental e, entre crianças especificamente, aparece associada a dificuldades de leitura, em que há pressão maciça dos pais. A porta fechada e a ausência de janela, podem indicar auto-defesa, regressão e defesa contra o mundo. Associando-se essa interpretação do desenho do Pádua à sua relação com a mãe, que é muito rígida, moralista, e ao pai, que é pouco participativo, podemos compreender o motivo de seus conflitos, tanto na área da sexualidade quanto na pressão que sofre da mãe para que se comporte e seja estudioso, sob forte influência da religião de que são adeptos (testemunhas de Jeová), cheios de regras morais e proibições.

Quanto à evidência das marcas das queimaduras, Pádua apenas enfatizou o tronco, sombreando com traços repetidos essa parte do corpo, o que poder ser interpretado como a existência de conflitos referente a essa área.

## 5. ROBERTO

Dentre as crianças do nosso estudo, Roberto foi o que mais se diferenciou pelas características do auto-retrato “antes e após a queimadura”. Seu desenho apresenta uma certa estereotipia, que caracteriza o radical “bad boy”, garotão rebelde, que não tem limites, e que se considera imbatível. Além do que representa para Roberto ser um “bad boy”, Lourenção afirma que o desenho estereotipado indica uma identidade em nível de fantasia, buscando escapar da insegurança. É ainda um indicativo de evasão aos problemas de relacionamento pessoal, freqüente em pessoas inseguras e dubitativas. A fuga da realidade encontra-se demarcada em todos os seus desenhos, pela ausência da linha do solo.

O auto-retrato de “antes da queimadura” é realizado em grandes proporções, ocupando mais da metade da folha, saindo do papel, localizado em maior parte na metade esquerda. Segundo Lourenção (1983), estas características indicam evidência de agressividade e descarga motora, com sentimento de constrição por parte do ambiente, introversão, egoísmo, predomínio da afetividade, do passado e do esquecido, além de comportamento compulsivo. O traço de linha grosso dá indícios de energia, vitalidade, decisão e possivelmente agressão e hostilidade para com o ambiente, esforço para manter o equilíbrio da personalidade e falta de adaptação.

O auto-retrato do Roberto apresenta significativas diferenças entre a situação de “antes e depois da queimadura”. Na expressão de “antes da queimadura”, Roberto desenhou o corpo, porém omitiu parte de um braço e as pernas, extrapolando o papel. Isso, segundo Campos (1994), pode indicar a dificuldade em manter relações interpessoais, de ter contato e troca com as pessoas, preferindo manter-se ao nível da fantasia. Da mesma forma, o desenho dos óculos escuros, que representa dissimulação da dificuldade em enfrentar o mundo. O que percebemos em comum nos desenhos do auto-retrato foi a forte expressão de agressividade e raiva, evidenciada na apresentação acentuada dos dentes.

No auto-retrato “depois da queimadura”, Roberto desenhou apenas a cabeça, em tamanho muito grande, o que indica, segundo Campos, uma forte censura

ao próprio corpo. Desta feita, os olhos estão à mostra, em uma expressão agressiva, denotando encarar a realidade de forma hostil e ameaçadora, evitando aproximações interpessoais. As marcas da queimaduras encontram-se bem acentuadas, distribuídas sobre todo o rosto e sombreadas, o que para Lourenção, indica conflitos em relação a essa situação.

No desenho livre, Roberto apresentou “um menino andando de patins”. Esse menino, conforme afirmou, era ele mesmo. Nesta gravura., ele desenhou o corpo, porém de forma desproporcional e ainda com partes omissas. A omissão de um dos braços, que se repetiu no desenho “antes da queimadura”, representa geralmente a dificuldade de contato com o mundo exterior e sentimento de menos valia. Além disso, os braços desenhados estão sempre colocados para cima, o que denota fantasia associada a sentimento de culpa.

Em termos gerais, percebemos que o Roberto apresenta grandes conflitos em relação a seu corpo, o que pode justificar-se pelo fato de ter sido praticamente todo queimado, com grandes seqüelas. A própria situação em que Roberto se queimou, o tratamento doloroso e as subsequentes cirurgias, explicam a sua atitude de raiva para com o mundo e necessidade de fuga e fantasia para defender-se das fortes recordações que sua queimadura lhe proporciona.

### ***Trabalhar Com Crianças Queimadas...***

O cotidiano hospitalar para o tratamento de queimaduras é uma permanente luta pela sobrevivência dos pacientes e o pronto restabelecimento visando o mínimo de seqüelas. O clima de trabalho no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota tem como pressuposto básico a competência, eficiência e o trabalho em equipe. São profissionais que, imbuídos de sua história de vida, pais e mães de família, lidam diariamente com a dor e o sofrimento dos pacientes vítimas de queimaduras, geralmente ocasionadas por acidentes que ocasionalmente podem acontecer a qualquer pessoa, independentemente do nível social ou grau de instrução. É comum entre os profissionais a constante vigilância quanto à prevenção de acidentes

com fogo devido ao conhecimento, teórico e empírico, do que seja uma queimadura grave: *“Melhor seria que isso nunca acontecesse...”*

Indagados sobre como se sentiam trabalhando com crianças queimadas, pudemos perceber em suas respostas o quanto é conflituoso enfrentar no dia-a-dia a dor de uma criança vítima de lesão térmica. São sentimentos de diferentes conotações, que perpassam desde o total envolvimento, até a aparente frieza do profissional diante do paciente. Segundo o depoimento de uma fisioterapeuta:

*“...De uma certa maneira, quando a gente sabe que tem um paciente mais grave, eu fico arrasada! ...Não quero nem me apegar, nem chegar muito perto, porque eu vou sofrer como se fosse comigo...como se fosse um parente, um filho, porque a gente se apegar, principalmente criança. Não é fácil trabalhar com uma criança queimada, porque a dor de um queimado é grande, e a criança não sabe expressar direito o que está sentindo...”*

*“Eu me sinto constrangido trabalhando com crianças queimadas...são muito jovens, com o futuro todo pela frente, e muitas vezes vão levar consigo seqüelas irreversíveis... mas o nosso dever é estar aqui para preservar a vida...”*  
(Nutricionista)

*“Eu sou super sensível! Eu até nem gosto de ficar na enfermaria de crianças, sabe? Eu prefiro ficar com os adultos. ...Porque eu sofro tanto quanto eles. Eu fiquei até mais cuidadosa com os meus filhos, e quando eu estou na enfermaria de crianças eu procuro me dedicar ao máximo...”* (Auxiliar de enfermagem)

*“Eu gosto de trabalhar com crianças queimadas. Mas a gente sofre muito... Eu, pelo menos, confundo o lado pessoal com o profissional. Eu tento até trabalhar isso comigo! Ver aquela criança ali dentro, sofrendo, as mães sofrendo, a angústia, aqueles banhos diários, troca de curativo, os gritos, as dores...Aquilo é doloroso, mas a gente tenta trabalhar bem, pelo menos...”* (Terapeuta Ocupacional)

*“Eu me sinto péssimo! Primeiro, eu não gosto de trabalhar com crianças. A criança não expressa o que sente como o adulto. Ou, se expressa, expressa de uma forma que, prá gente, que lida mais com o ser humano como ‘material’, fica difícil compreender. Então, o sofrimento da criança é uma coisa que eu acho que te marca mais... independentemente de você ter filho, ou não. A criança é indefesa, é desprotegida... Eu trato, porque eu tenho que tratar, mas se eu pudesse, eu optaria pelo paciente adulto...” (Médico)*

Na experiência de outro médico:

*“Trabalhar com crianças queimadas, para mim, é uma das coisas que me deixa mais emocionado, porque é um grande sofrimento você ver uma criança queimada. Há colegas que negam até a existência de Deus, dado o sofrimento que é trabalhar com uma criança queimada; porque sofre a criança, sofre a mãe, sofre o corpo de enfermagem, e sofre o médico também...Essa história de dizer que a gente é frio, não tem sentimento, é uma piada de mal gosto... porque, muito pelo contrário, acho que se existe um profissional que é humanitário, é o médico...O médico sofre tanto quanto seu paciente. A realidade é que, às vezes, a gente mantém as aparências para deixar transparecer que não está sofrendo, que é frio... mas isso é somente uma aparência...”*

*“É um pouco difícil trabalhar com esses pacientes, porque a criança é muito cativante. A gente se envolve com a criança... e a gente sente a tristeza da dor, do sofrimento da criança, e o desejo de realizar o controle para que essa recuperação seja o mais breve possível...” (Enfermeira)*

E há quem assuma uma postura clara da necessidade da frieza que o profissional deve apresentar:

*“Com a criança, a gente tem que ser frio. A gente tem que fazer o nosso trabalho, que é prá ela não ficar com seqüelas posteriores e não fique muito tempo aqui no hospital... Prá ela sarar logo... É pro bem delas... (Auxiliar de enfermagem)*

### *No Ambiente Escolar*

Buscando conhecer as representações da criança queimada no ambiente escolar, entrevistamos as professoras das crianças do nosso estudo que já retornaram às atividades escolares. Nesta ocasião, tivemos ainda a oportunidade de conhecer a estrutura física da escola, a sala de aula e a turma de cada uma das crianças.

A professora do Marcelo o acompanha desde o pré-escolar. Durante a alfabetização, período em que aconteceu o acidente da queimadura, ele se afastou da escola por um período de seis meses, tendo por isso perdido o ano letivo. Relata que apesar do seu afastamento, ela sempre ia à sua casa para levar algumas tarefas, a fim de que ele não perdesse totalmente o conteúdo, aproveitando ainda a oportunidade para levar uma palavra de conforto à sua mãe. Quando o Marcelo teve condições físicas de retornar às aulas, a professora conta que começou a preparar os alunos:

*“Eu recomendava aos alunos, dizendo que ele tinha tido queimadura, e tivessem cuidado para não baterem nele na hora do recreio. Ele ficava sempre na sala comigo, com as professoras. Os outros alunos aceitaram tudo normalmente, apesar dele vir todo cheio de ataduras”.*

Quanto ao comportamento do Marcelo em sala de aula, comenta que não percebeu nada de diferente do período anterior à queimadura. No seu depoimento, percebemos a insistência da professora em afirmar que a criança é normal, talvez em uma tentativa inconsciente de melhor elaborar as transformações do corpo da criança, que já havia sido seu aluno antes da queimadura, ou ainda, quando era ‘normal’:

*“ O comportamento dele sempre foi normal. Uma criança meiga, estudioso, bem comportado, gosta de assistir aula. Normal. Brinca no recreio ... é normal. Tem bom relacionamento com os colegas, participa nos trabalhos de equipe... Normal, como qualquer outra criança.”*

A professora atribui o comportamento satisfatório do Marcelo à mãe, que é muito dedicada, acompanha todas as atividades do filho, e está sempre procurando saber como ele está se saindo em sala de aula.

Relata ainda que, na escola, nunca o Marcelo foi discriminado devido às suas cicatrizes: *“parece até que ele nem é queimado...”*

Além dessa afirmação da professora, pudemos também perceber o estigma que a criança queimada sofre na escola quando, ao solicitarmos à diretora do colégio que nos levasse até o Marcelo, aluno da 1ª série, ela imediatamente comentou: *“Ah, eu sei... aquele que é queimado, não é?...”*

Outra professora entrevistada também comentou quando perguntamos pelo Pádua, aluno da 1ª. série: *“O Pádua? É nosso aluno sim. Não é o que é todo queimado?”*

Semelhantemente, a coordenadora do colégio do Roberto não fugiu à regra: *“É um que é assim, cheio de marcas de queimadura?”*

De fato, não tem qualquer dificuldade em se encontrar um “queimado” na escola: todos sabem quem é ele. Mais discriminadora ainda é a situação em que o aluno recebe apelidos, tal como comenta a professora do Pádua:

*“No primeiro dia que o Pádua chegou, ele entrou na sala de aula e os meninos começaram a olhar prá ele de forma diferente. Eu percebi, e agi como se estivesse tudo correndo normalmente... Aí começaram a botar apelido nele: ‘Seu queimado, seu isso, seu aquilo!’. Eu comecei a dar em cima... Agora não, já acabaram mais com isso”.* E continua:

*“Agora, tem uma meninazinha na sala, que é bem branquinha, loirinha... Ele chama ela de vela branca e ela chama ele de queimado... Ficam trocando insultos. Mas os outros, não se incomodam mais não.”*

Podemos perceber neste discurso da professora o quanto a escola pode apresentar-se preconceituosa e discriminadora, ao afirmar, mesmo que de uma maneira mascarada, o quanto uma criança morena escura, queimada e feia incomoda os outros alunos.

Sobre o comportamento do Pádua, comentou ainda: *“Além dele ser um menino que não gosta de estudar, ele gosta muito de arengar com os outros...”*

No entanto, essa mesma professora comenta que o único momento que vê o Pádua brincando calmamente é quando ele está com os meninos do maternalzinho: *“Ele se transforma...”* Isto certamente acontece porque as crianças menores não percebem o Pádua como “diferente”.

Finalmente, a professora do Roberto relatou que ele é um excelente aluno. É o maior da turma, porque perdeu dois anos letivos, mas é muito bem entrosado com os colegas. Comenta que ele é um menino calado, sempre reservado, mas que não tem nenhum problema de relacionamento em sala de aula. Segundo seu depoimento:

*“Eu conheço o Roberto desde o início desse ano, no começo das aulas. Procurei me aproximar dele, porque tinha pena do jeitinho dele... Aos poucos, ele foi demonstrando ter confiança em mim, e até me contou como foi que ele se queimou... Quando eu penso no Roberto, eu até choro, pensando como será quando ele ficar adolescente, um rapazinho... Eu tenho pena dele... deve ser horrível... O Roberto é um excelente aluno; o único problema dele são as cicatrizes...”*

A partir destes depoimentos, percebemos claramente a dificuldade da escola em lidar com a criança vítima de queimaduras. É notória a ambivalência de sentimentos, que vão desde a atuação junto à criança como com qualquer outro aluno, sem diferenciá-lo, até sentimentos de pena e constrangimento, por imaginarem o quanto sofreu, sofre ou virá a sofrer uma criança com acentuadas seqüelas físicas decorrentes de queimaduras.

## CAPÍTULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação do homem com o fogo tem apresentado em toda a história da humanidade um percurso que vai desde a sobrevivência, a purificação, o sofrimento até a morte. Centro dos mais diversos rituais, o fogo cumpre um papel essencial no nosso dia-a-dia, seja como força motriz do progresso, simbolismo místico, ou simplesmente como recurso básico no nosso cotidiano, presente em laboratórios, fábricas e no lar de cada cidadão. Essa convivência tão próxima e básica com o fogo nos mostra o quanto continua sendo um desafio descobrir a melhor forma de conhecê-lo e dominá-lo.

O fascínio do homem pelo fogo advém de tempos remotos, e parece ainda presente quando as crianças continuam por querer descobrir as inúmeras possibilidades de brincadeiras nas quais o fogo seja o motivo lúdico. Seriam as suas cores? O seu movimento? O calor? Ou os efeitos que ele pode causar? Todas essas atribuições do fogo são, de fato, interessantes. Porém, além de distrair e fascinar, o fogo também pode ter como consequência as queimaduras, que podem ser pequenas e superficiais, ou extensas e profundas. De qualquer maneira, é uma agressão à saúde da criança, a partir do instante que uma dor que poderia ter sido evitada se torna presente. No caso das grandes queimaduras, essa agressão se torna mais evidente ainda, devido à natureza do tratamento, à forte e prolongada dor e às inevitáveis seqüelas, que apresentamos em três categorias: as físicas, emocionais e sociais. As seqüelas físicas são consequências naturais da destruição da pele pelo fogo. As emocionais são resultantes do trauma que o acidente, a hospitalização e o tratamento de queimaduras desencadeia. E as sociais decorrem das físicas e emocionais, pois com o corpo transformado, a criança queimada se isola dos contatos interpessoais, como resultado da estigmatização e do preconceito.

A partir da proposta do nosso trabalho de conhecer as representações das crianças queimadas, pudemos constatar pelos depoimentos das próprias crianças, dos seus pais, dos profissionais que atuam no seu tratamento e das suas professoras, que o

sofrimento aflinge não só as vítimas de grandes queimaduras, como todos que lidam com ela. No capítulo sobre os Resultados e Discussão dos mesmos, fica nítido o pensamento de todos os envolvidos na pesquisa, evidenciando as reais dimensões do cotidiano das crianças queimadas: vivência de muita dor, marcas de queimaduras, isolamento social e desestruturação familiar.

Sobre as crianças, pudemos constatar o quanto a queimadura interfere em sua vida. A sua percepção sobre o acidente, demarca o prenúncio de novas relações pessoais e familiares. A dor é o fator inicial que deve ser considerado, muito evidenciado nos relatos dos profissionais e apresentada sutilmente nos relatos das crianças. Atribuímos essa reação das crianças à formação natural de mecanismos de defesa, a partir do fato de que todo o sofrimento que tiveram que enfrentar seja “esquecido” para amenizar as lembranças.

A evidência da dor é incontestável. Tanto os depoimentos dos pais, dos profissionais quanto a nossa própria observação do cotidiano do tratamento de queimaduras são testemunhos desse fato. Constatamos ainda a ambivalência de sentimentos presente no relacionamento dos profissionais com os pacientes queimados, principalmente as crianças. Ao mesmo tempo em que se envolvem emocionalmente, relatam ter que apresentar uma postura indiferente, fria, para que assim possam aplicar a técnica do tratamento satisfatoriamente. Sem dúvida, é difícil lidar com a dor do queimado e, além disso, ver crianças bonitas e saudáveis transformadas fisicamente pelas seqüelas, que as deixam, segundo diversos depoimentos, “feias”, “deformadas” e “monstruosas”. E é dessa forma que estas crianças passam e ser vistas.

Assim, podemos estender o termo - “queimado” - a considerações que vão além da destruição através de fogo, ácido, ou líquidos escaldantes. Ser queimado significa, também, ser estigmatizado. Talvez estejam as pessoas queimadas inabilitadas para a aceitação social plena. GOFFMAN(1988), ao tratar do estigma, refere-se usualmente a homossexuais, marginais, prostitutas, deficientes físicos e mentais. Mesmo que as pessoas queimadas não se enquadrem nessas categorias, acreditamos serem também estigmatizadas, uma vez que a beleza, ou ainda, a estética, é tão cultuada em nossos dias. As crianças demonstram já perceber este estigma decorrente

da queimadura, pois indagadas sobre qual seria atualmente o seu maior desejo, foram unânimes: “voltar a ser como era antes!”. Conforme GOFFMAN (1988), os gregos criaram o termo *estigma* para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Acrescenta ainda que os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo, para evidenciar aos demais o perigo que representava o seu portador. Assim, “marcar” com fogo significa estigmatizar, e atualmente as “marcas” do fogo ainda geram o estigma.

Além da dor e estigmatização, outro aspecto que se torna premente na representação da criança queimada é a alteração da imagem corporal. O auto-retrato antes e após a queimadura nos mostra claramente que essas crianças não apresentam os parâmetros esperados de uma criança considerada “normal”. Não queremos afirmar aqui que as crianças do nosso trabalho sejam anormais, mas, sem sombra de dúvidas, a sua representação do seu corpo encontra-se seriamente comprometida. Evidentemente, após toda a situação que uma criança queimada tem que enfrentar, é de se esperar que precise de tempo e apoio adequados de familiares e profissionais para que venha a se restabelecer física, emocional e socialmente, e conseqüentemente, reestruturar a imagem corporal que, no nosso entender, foi sensivelmente alterada devido às modificações no seu corpo.

Outro fator que constatamos foi a necessidade de que essas crianças, além do tratamento que recebem no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota, sejam assistidas psicologicamente durante e após a hospitalização. Através dos depoimentos dos pais destas crianças e dos profissionais que a acompanharam, ficou evidente a lacuna que existe no que diz respeito à assistência psicológica. Após a alta hospitalar, elas retornam aos seus lares levando consigo a dificuldade de enfrentar os olhares das pessoas, as perguntas, os comentários, além de suas próprias dificuldades em aceitarem a nova imagem e retornarem às atividades cotidianas.

Mesmo concordando com as posições dos profissionais de que essas crianças deveriam ser acompanhadas psicologicamente por um profissional capacitado, provavelmente um psicólogo, acreditamos que, cada profissional envolvido

diretamente com o tratamento da criança precisaria desempenhar habilidades específicas para lidar de maneira mais competente com essa situação, que envolve não só as crianças como as suas famílias. Tal competência deveria incluir a possibilidade de respeitar mais o paciente, compreender sua dor e sofrimento, dar suporte à família através de informações adequadas e esclarecedoras, e, acima de tudo, considerar o paciente como um ser humano, e não apenas um corpo queimado a ser tratado.

Consideramos haver necessidade de que os pacientes com grandes queimaduras sejam também acompanhados por um psicopedagogo, durante a hospitalização, no período de preparação para a alta hospitalar e, principalmente, no processo de ressocialização e reestruturação emocional. A criança queimada pode permanecer hospitalizada durante meses, o que já atrasa o seu rendimento escolar, além do tempo que precisará ficar em casa para completo restabelecimento após a alta. A prática da psicopedagogia hospitalar vem tomando corpo em algumas instituições hospitalares no Brasil, principalmente com crianças que sofram algum problema que as mantenha internadas por um longo período. Na realidade das crianças queimadas, acreditamos que, principalmente após a alta hospitalar, um psicopedagogo poderia atuar sobre a amenização das seqüelas emocionais e sociais.

Além disso, consideramos também necessário o acompanhamento dos pais dos pacientes após a alta de seus filhos, esclarecendo suas dúvidas, ajudando-os a lidar melhor com sentimentos como a culpa, com o desejo de superproteção, e com as dificuldades que enfrentam para restabelecer o ritmo normal do cotidiano antes da queimadura. Como afirmamos anteriormente, não apenas a criança sofre, mas também seus familiares.

É preciso considerar ainda a batalha travada diariamente pelos profissionais, divididos entre o ser técnico e o ser pessoa. Obviamente, ambos são um só. Porém, a partir de nossa própria vivência do cotidiano do tratamento de queimaduras, pudemos compreender o risco a que estamos expostos ao ver, diariamente, tanta dor, sofrimento e morte, o que gera, conseqüentemente, a necessidade de nos proteger de um sofrimento a mais. Seria enriquecedor, para todos envolvidos nesse processo, que também os profissionais tivessem a oportunidade de

conversar sobre seus sentimentos, contribuindo para dissipar a necessidade de simularem frieza em relação à dor do paciente, em nome de uma vivência profissional menos conflituosa e mais satisfatória.

No que diz respeito à representação da criança queimada na escola, captada na nossa pesquisa principalmente através da professora, percebemos o seu despreparo para receber e lidar com a criança com graves seqüelas físicas de queimaduras. Constatamos que, na realidade escolar, os adultos se mostram mais preconceituosos e discriminadores do que as outras crianças em relação às vítimas de queimaduras do nosso estudo. A escola não sabe lidar com o diferente mesmo que a diferença entre os outros alunos e as crianças queimadas seja apenas estética, e não debilitadora física ou intelectualmente. O que existe mesmo é um despreparo devido ao desconhecimento do que seja uma queimadura grave e suas consequências, o que justificaria, além da orientação da escola sobre quem é de fato a criança queimada, também a implementação de campanhas educativas de prevenção de queimaduras e primeiros socorros.

Acreditamos ainda importante esclarecer o quanto as considerações acerca das representações das crianças queimadas demandam a necessidade de olhares e interpretações na área da Sociologia, considerando a temática do estigma pôr exemplo, e da Psicanálise, especialmente as contribuições acerca do desenvolvimento infantil, imagem do corpo e mecanismos de defesa, dentre outros conceitos. Um estudo mais aprofundado nestas abordagens poderia contribuir para se conhecer ainda mais a temática por nós apresentada.

Não era nossa intenção aqui elaborar um minucioso estudo de caso a respeito da criança queimada, com sugestões de estratégias de tratamento, ou uma aprofundada análise social acerca da realidade de pacientes vítimas de queimaduras. Nosso interesse era, imbuída da responsabilidade profissional como psicóloga e educadora, conhecer as representações da criança queimada a partir da sua vivência da queimadura e do seu novo cotidiano e relacionamentos interpessoais. Acreditamos que a partir desse conhecimento podemos contribuir com a amenização das seqüelas emocionais e sociais de que as crianças queimadas são vítimas, pois consideramos que

muito da dificuldade em lidar com sua dor e sofrimento, e de recebê-la na família e na escola, são consequência da falta de conhecimento sobre sua realidade, e sobre o que significa para a criança “estar queimada”.

Este seria então um dos momentos em que a Educação poderia ultrapassar os muros da escola, e cumprir o seu papel mais abrangente indo até mesmo ao cotidiano hospitalar do tratamento de queimaduras. Assim, a Educação não se restringiria aos alunos e professores, mas abrangeria inclusive os pais e profissionais que lidam no dia-a-dia com as crianças queimadas, buscando descobrir, num trabalho conjunto, como se poderia lidar da melhor forma com essa realidade. É preciso se considerar que são crianças com todo um potencial a ser desenvolvido, que são pais com dúvidas sobre a melhor maneira de educar seus filhos, que são profissionais que se aperfeiçoam no trabalho cotidiano, e que são professores que precisam estar preparados para receber a criança com todas as suas possibilidades e dificuldades.

Finalmente, consideramos que toda a nossa trajetória em busca das representações da criança queimada nos leva a conhecer essa criança e como ela se posiciona no cotidiano a partir de sua queimadura. Desta forma, acreditamos ter apenas iniciado um processo de conhecimento que terá como consequência a realização de um trabalho, tanto na realidade escolar quanto no hospital, mais comprometido e coerente com a realidade da criança vítima de queimadura.

## **BIBLIOGRAFIA**

ABERASTURY, Arminda. **Psicanálise da Criança - Teoria e Técnica**. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

ÂNGELO, Margareth. "Hospitalização: Uma Experiência Ameaçadora". *In* STEINER, M.H. Figueiredo (org.). **Quando a Criança Não Tem Vez: Violência e Desamor**. 1.ed. São Paulo: Pioneira, 1986.

ANGERAMI, Valdemar Augusto (org.). **A Psicologia no Hospital**. 1.ed. São Paulo: Traço, 1987.

----- **E a Psicologia Entrou no Hospital...** 1.ed. São Paulo: Editora Pioneira, 1996.

----- **Psicologia Hospitalar - A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar**. 1.ed. São Paulo: Traço, 1984.

----- **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. 1.ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

ARTZ, Curtis P., MONCRIEF, John A., PRUITT, Basil A. **Queimaduras**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.

BARBOSA, Gardenia M.O., BORGES, Suzana M.C.. "Relato de Experiência de Intervenção Psicológica Junto a Crianças Hospitalizadas no Instituto Dr. José Frota". *In* **Infância e Adolescência em Discussão**. Fortaleza: UFC, CBIA, 1994.

BENDLIN, Arnoldo, LINARES, Hugo, BENAİM, Fortunato. **Tratado de Quemaduras**. 1.ed. México: Mc Grow-Hill, 1993.

- BERGER, Peter L. **A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **O Teste do Desenho Como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade**. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- CRUZ, Sílvia Helena V. **A Representação da Escola em Crianças da Classe Trabalhadora**. São Paulo, 1987. 2v. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as Coisas: Uma Arqueologia das Ciências Humanas**. 3.ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1981.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma - Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1988.
- GONÇALVES, Maria Augusta Salin. **Sentir, Pensar, Agir - Corporeidade e Educação**. 2.ed. Campinas: Papirus, 1997.
- GUARESCHI, Pedrinho. "Sem Dinheiro Não Há Salvação: A ancorando o Bem e o Mal Entre os Neo-pentecostais". In JOVCHELOVITCH, Sandra, GUARESCHI, Pedrinho (orgs.) **Textos em Representações Sociais**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- GUIRAND, Félix. **Mitología General**. 3.ed. Barcelona: Editorial Labor S.A., 1971.
- HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 1.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- JOVCHELOVITCH, Sandra. "Vivendo a Vida com os Outros: Intersubjetividade, Espaço Público e Representações Sociais". In JOVCHELOVITCH, Sandra,

GUARESCHI, Pedrinho (orgs.) **Textos em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LEITÃO, Marisa Sá. **O Psicólogo e o Hospital**. 1.ed. Porto Alegre: Sagra DC Luzzato, 1993.

LOURENÇÃO van KOLCK, Odette. **Interpretação Psicológica de Desenhos**. 2.ed.red. São Paulo: Pioneira, 1981.

----- **Sobre a Técnica do Desenho da Figura Humana na Exploração da Personalidade**. Bol. nº 293, Psicol. Educ. nº 7, Fac. Filos. C. e Letras, USP, São Paulo, Brasil, 1966.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. "O Conceito de Representações Sociais Dentro da Sociologia Clássica". In JOVCHELOVITCH, Sandra, GUARESCHI, Pedrinho (orgs.) **Textos em Representações Sociais**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

----- (org.). **Pesquisa Social - Teoria, Método e Criatividade**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MOSCOVICI, Serge. "Prefácio". In JOVCHELOVITCH, Sandra, GUARESCHI, Pedrinho (orgs.) **Textos em Representações Sociais**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

----- A Representação Social da Psicanálise. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

Organization Mundial de La Salude, Ginebra. World Held Statistics Annual (1988).

Organization Panamericana de La Salude y Asociacion Latinamericana de Pediatria (ALAPE).

PEREIRA DE SÁ, Celso. "Representações Sociais: O Conceito e o Estado Atual da Teoria". In SPINK, Mary Jane (org.). **O Conhecimento no Cotidiano: as Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social**. 1.ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

PLATÃO / DIÁLOGOS. **Os Pensadores**. Seleção de Textos de José Américo Mota Pessanha; Tradução e Notas de José Cavalcante de Souza, Jorge Peleikat e João Cruz Costa. - 4.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

RAMOS, Denise Gimenez. **A Psique do Corpo - Uma Compreensão Simbólica da Doença**. 1.ed. São Paulo: Summus Editorial Ltda, 1994.

REICHENHEIM, M.E, Y. Harpham, T. **Child Accidents and Associated Risk Factors in a Brazilian Squatter Settlement**. Held Police and Planning. Oxford: Oxford University Press (1989), 4 (2) : 162-167.

REMEN, Rachel Naomi. **O Paciente Como Ser Humano**. 1.ed. São Paulo: Summus Editorial Ltda, 1992.

ROSAMILHA, Nelson. **Psicologia da Ansiedade Infantil**. 1.ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1971.

SPINK, Mary Jane. "Desvendando as Teorias Implícitas: Uma Metodologia de Análise das Representações Sociais". In JOVCHELOVITCH, Sandra, GUARESCHI, Pedrinho (orgs.) **Textos em Representações Sociais**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

----- (org.). **O Conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social**. 1.ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

STEINER, M.H.Figueiredo (org.). **Quando a Criança Não Tem Vez: Violência e Desamor**. 1.ed. São Paulo: Livraria Pioneira, 1986.

## **ANEXOS**

### **HISTÓRIAS PARA COMPLETAR**

#### **1. O cotidiano antes da queimadura**

*Era uma vez uma(um) menina(o) muito especial. Todos os dias, em sua casa ela(ele).....*

#### **2. História referente à queimadura**

*Aconteceu uma coisa muito ruim com este menino: ele se queimou muito forte porque.....*

#### **3. História referente à hospitalização**

*Um menino que estava muito queimado foi levado para o hospital. Quando chegou no local onde as pessoas que tinham se queimado ficavam, ele sentiu.....*

#### **4. História referente ao tratamento da queimadura**

*Um menino estava no hospital porque tinha se queimado. Lá, os médicos e enfermeiras todo dia faziam.....*

#### **5. O retorno à casa (expectativas)**

*Um menino ficou muitos dias no hospital porque estava queimado. No dia de voltar para casa, o menino estava muito pensativo. Ele queria mesmo era saber o que iria acontecer agora, depois que ele saiu do hospital. Ele pensava.....*

## **Histórias a serem completadas apenas pelas crianças que já tiveram alta**

### **6. A chegada em casa**

*Depois de passar alguns dias no hospital para cuidar das queimaduras, o menino finalmente foi para casa. Quando chegou lá.....*

### **7. O novo cotidiano**

*Depois que saiu do hospital, algumas coisas ficaram diferentes na vida do menino que se queimou. Todo dia agora ele tem que .....*

**OBS:** A história referente ao Esquema Corporal deverá ser trabalhada tanto com as crianças hospitalizadas quanto com as que já tiveram alta.

## **História referente ao Esquema corporal**

### **Para os que ainda estão hospitalizados**

*Depois que se queimou, o menino ficou curioso para saber o que tinha ficado diferente no seu corpo. Ele pensava agora que .....*

### **Para os que já tiveram alta**

*Depois que saiu do hospital o menino percebeu que algumas coisas mudaram no seu jeito de ser. Ele sentia que seu corpo agora .....*

## **ENTREVISTAS**

### **Entrevista com a criança**

1. Como é seu nome?
2. Quantos anos você tem?
3. Qual o dia do seu aniversário?
4. Você estuda?
5. Onde você estuda?
6. Sua aula é de manhã ou de tarde?
7. Como é o jeito da sua professora com você?
8. Como é o jeito dos seus coleguinhas com você?
9. Você tem amiguinhos na escola?
10. Brinca de que com eles?
11. Onde você mora?
12. Como é o jeito da sua casa?
13. Você tem amigos perto de casa?
14. Brinca de que com eles?
15. Você tem um amigo ou amiga que goste mais? Quem é ele (ou ela)?
16. Como é o nome da sua mãe?
17. Como é o nome do seu pai?
18. Como é o jeito do seu pai com você?
19. Como é o jeito da sua mãe com você?
20. Você tem irmãos?
21. Como é o nome deles?
22. Quantos anos eles têm?
23. Vocês "arengam" muito?
24. O que você fazia todo dia antes de se queimar?
25. Qual a brincadeira que você mais gosta?
26. Qual a brincadeira que você menos gosta?
27. Você passeia?

28. Com quem?
29. Aonde você mais gosta de ir?
30. Quando foi sua queimadura?
31. Como foi que você se queimou?
32. O que você fez na hora que se queimou?
33. Quem lhe “acudiu” primeiro?
34. Quem lhe trouxe para o hospital?
35. De que você veio para o hospital?
36. Quem lhe atendeu aqui no hospital?
37. O que fizeram com você?
38. Que parte do seu corpo está queimado?
39. O que você sente nos locais queimados do seu corpo
40. Você já sentiu antes alguma dor parecida com essa da queimadura?
41. O que você acha aqui do hospital?
42. O que você faz todo dia aqui no hospital?
43. o que você acha das pessoas que trabalham aqui no hospital?
44. Algum médico ou enfermeira daqui lhe disse como eram os curativos?
45. O que você acha dos curativos?
46. Você já tomou banho (ou fez curativo) acordado?
47. Você prefere tomar o banho acordado ou dormindo? Por quê?
48. Quando você toma banho dormindo, o que sente quando acorda?
49. Tem algum conhecido seu que fica aqui direto com você?
50. Quem já veio lhe visitar aqui no hospital?
51. Você já fez alguma operação na sua queimadura?
52. Em que parte do seu corpo?
53. O médico lhe avisou que iria operar você?
54. O que você acha que ficou diferente no seu corpo depois da queimadura?
55. Como você gostaria que ficasse?
56. Qual vai ser a primeira coisa que você vai fazer quando voltar prá casa?
57. Quem você quer ver primeiro? Por quê?
58. Qual será sua primeira brincadeira em casa? Com quem v. vai brincar?

*As próximas questões serão dirigidas apenas às crianças que já tiveram alta*

1. Como foi no dia em que v. voltou prá casa?
2. Alguma coisa se tornou diferente na sua casa depois que v. saiu do hospital?
3. E agora, o que é que você faz todo dia?
4. De que você brinca mais agora?
5. Com quem?
6. A sua queimadura lhe atrapalha em alguma brincadeira? Quais e Por quê?
7. O que v. acha disso?
8. Já está indo para a escola?
9. Como você se sentiu no primeiro dia de aula?
10. Você sai para passear? Prá onde e com quem?
11. Como v. se sente quando sai de casa?
12. O que ficou diferente na sua vida depois que v. se queimou?
13. Se v. tivesse poderes mágicos, o que mudaria na sua vida agora?

### **Entrevista com os pais ou acompanhante**

1. Entrevistado
2. Idade
3. Escolaridade
4. Grau de parentesco com a criança
5. Nome da criança
6. Idade
7. Nome do pai
8. Idade
9. Escolaridade
10. Nome da mãe
11. Idade
12. Escolaridade
13. A criança tem irmãos? Quantos, sexo e idade.
14. Como foi a queimadura da criança?
15. Quem socorreu a criança?
16. Onde a criança mora?
17. Com quem?
18. Como é a casa da criança?
19. Qual a ocupação dos pais da criança?
20. Qual a renda familiar?
21. O que a criança faz no dia-a-dia?
22. A criança tem amigos?
23. A criança vai à escola? Gosta da escola e da professora?
24. A criança ajuda nos afazeres domésticos? Fazendo o quê?
25. A criança brinca de quê e com quem?
26. Como foi o atendimento de emergência aqui no hospital?
27. A criança veio acompanhada por quem?
28. Você acha que a queimadura da criança poderia ter sido evitada? Como?
29. Porque v. acha que a criança se queimou?
30. Como v. se sente acompanhando a criança aqui no hospital?

31. Qual era sua ocupação todo dia antes da queimadura da criança?
32. Como está sendo agora?
33. Quem mais acompanha a criança além de você?
34. Como você se sente diante da situação que a criança está passando aqui no hospital?
35. O que você acha dos profissionais que atendem a criança?
36. Alguém aqui do hospital lhe orientou sobre como seria o tratamento da criança?
37. O que v. acha dos curativos, cirurgias, medicamentos, injeções que são aplicadas em sua criança?
38. O que v. tenta fazer para aliviar as dores e sofrimento da criança?
39. Fale sobre o que acontece todo dia aqui no hospital com sua criança.
40. O que v. acha que poderia ser feito para aliviar as dores da criança?
41. Quem costuma vir visitar a criança aqui no hospital?

## **ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS**

1. Nome:
2. Profissão:
3. Especialidade:
4. Trabalha há quanto tempo com crianças queimadas?
5. Quais os procedimentos básicos referentes à sua atuação como profissional com crianças queimadas?
6. Como você se sente trabalhando com crianças queimadas?
7. Como você percebe o dia-a-dia da criança queimada, sua realidade?
8. O que você pensa sobre as seqüelas físicas, emocionais e sociais das crianças queimadas?
9. Como você percebe sua atuação em termos da amenização destas seqüelas?
10. O que você sugere como medidas suplementares para atuar com crianças queimadas no C.T.Q.?

## **ENTREVISTA COM PROFESSORAS**

1. Há quanto tempo você é professora do ..... ?
2. Como era o comportamento do ..... na escola, antes da queimadura? (Se já o conhecia)
3. Como é o comportamento do ..... na escola, atualmente?
4. Como você percebe o relacionamento do ..... com os colegas?
5. Como você se sente sendo professora do .....?

# ***DESENHOS***

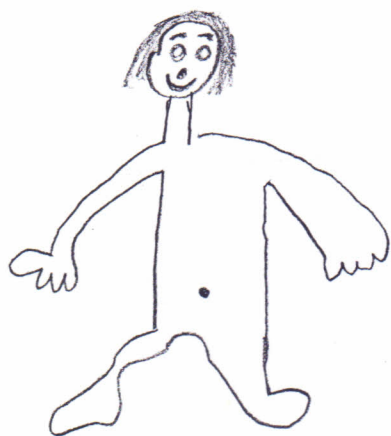
**AUTO-RETRATO**  
**ANTES DA QUEIMADURA**



MARIA

Antes da quimadura





TALES  
10 ANOS



MARCELO  
8 ANOS



PÁDUA (08 ANOS)



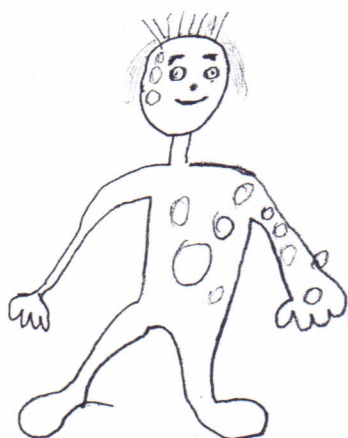


**AUTO-RETRATO**  
**DEPOIS DA QUEIMADURA**



MARIA

Depois da Queimadura



TALES

10 ANOS



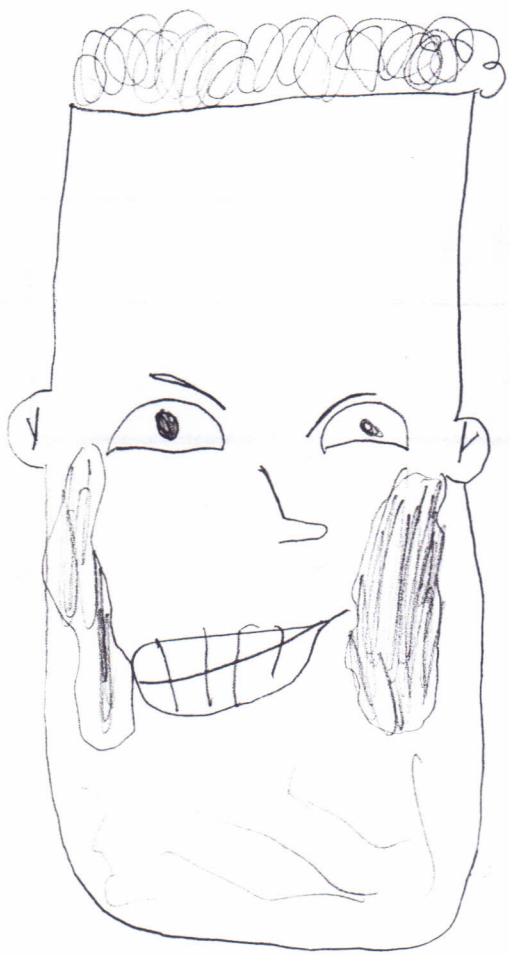
MARCELO

8 ANOS

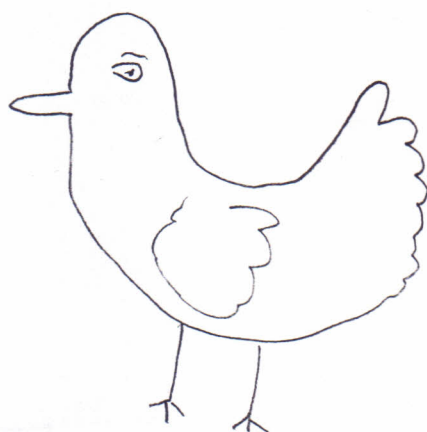


PÁDUA

ROBERTO

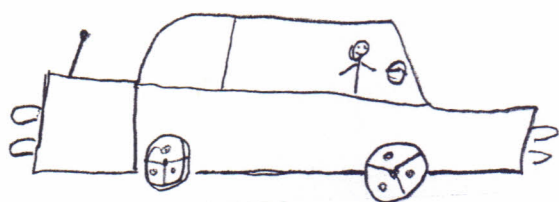


**DESENHO**  
**LIVRE**

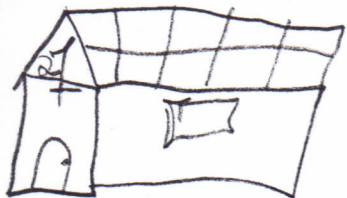


MARIA

Gosta de cuidar das galinhas  
Gosta do meio-ambiente



- " O carro não tem porta porque não ser forzer..."
- " Quem está no carro por eu"...
- " Vou para onde tem a comida que eu mais gosto: pra pizzaria!"



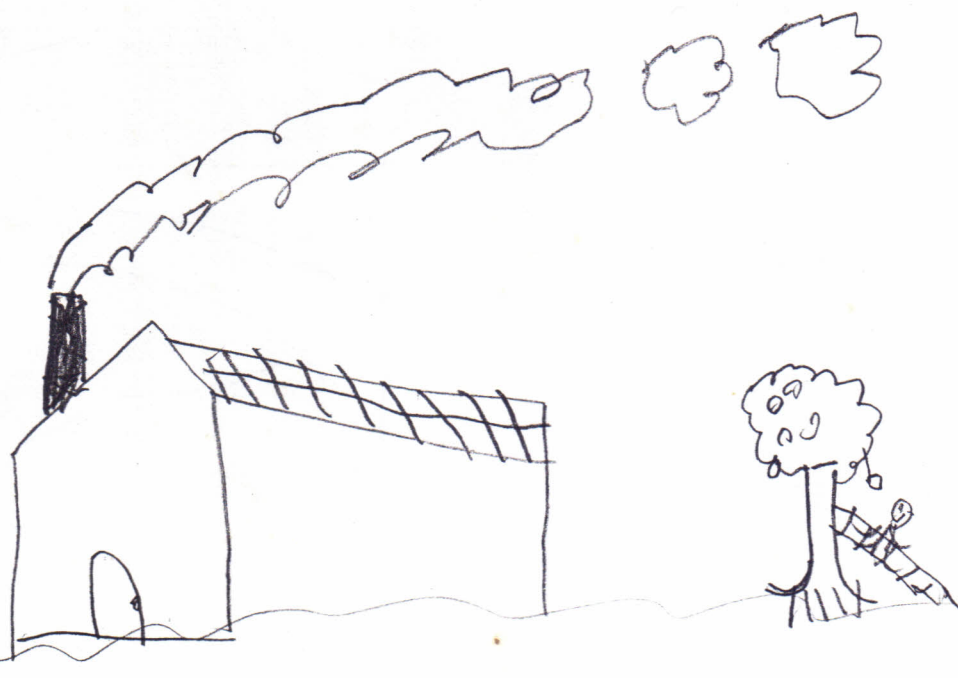
MARCELO  
- 8 ANOS

"Minha casa"

BRUNO

"Casa da mamãe"

"Ela estava cozinhando e não muita fumaca,  
pq o fogão estava descolhambado."

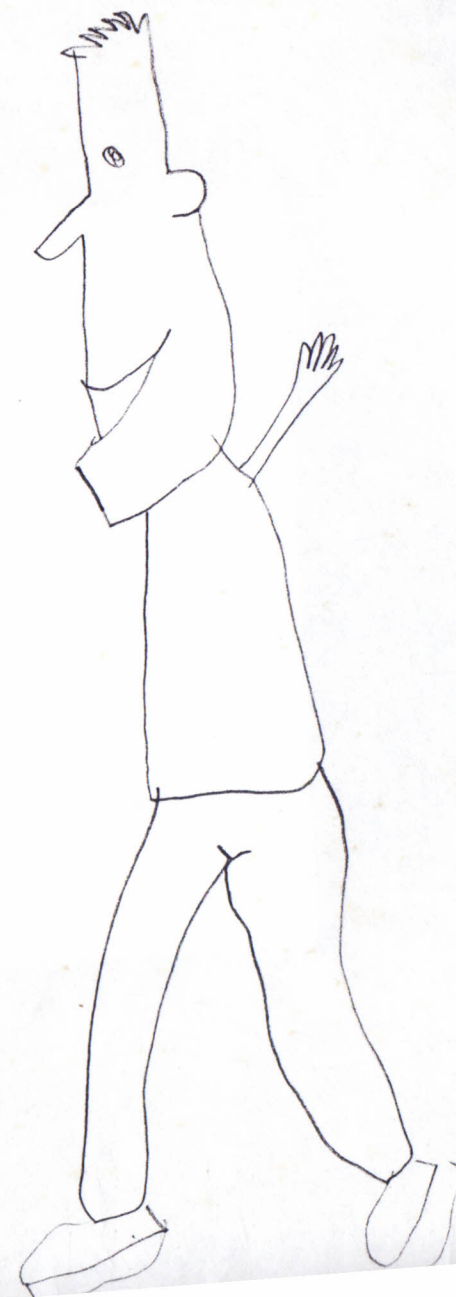


PADUA

8 anos

BRUNO

ROBERTO



Um menino andando de soltas

24/07/97