

**Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**MARIA ELIANE MACIEL DE BRITO**

**A INFLUÊNCIA DA CULTURA FAMILIAR NO CUIDADO À CRIANÇA  
VÍTIMA DE QUEIMADURA**

**FORTALEZA  
2009**

MARIA ELIANE MACIEL DE BRITO

A INFLUÊNCIA DA CULTURA FAMILIAR NO CUIDADO À CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

FORTALEZA  
2009

B876i Brito, Maria Eliane Maciel de

A influência da cultura familiar no cuidado à criança vítima de queimadura/ Maria Eliane Maciel de Brito. – Fortaleza, 2009.

101 f.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem 2. Cultura 3. Unidades de Queimados 4. Família 5. Criança I. Pinheiro, Patrícia Neyva da Costa (orient.) II. Título.

CDD 610.73

MARIA ELIANE MACIEL DE BRITO

A INFLUÊNCIA DA CULTURA FAMILIAR NO CUIDADO À CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

**Profª Drª Patrícia Neyva da Costa Pinheiro** (orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

**Profª Drª Luiza Jane Eyre de Souza Vieira**  
Universidade de Fortaleza - UNIFOR  
Membro Efetivo

---

**Profª Drª Ana Kelve de Castro Damasceno**  
Universidade Federal do Ceará - UFC  
Membro Efetivo

---

**Profª Drª Neiva Francenely Cunha Vieira**  
Universidade Federal do Ceará - UFC  
Membro Suplente

Ao Meu esposo Eduardo e meus filhos Thais e Thiago pela compreensão dos momentos de ausência e pelo estímulo dado para a finalização desse trabalho.

A meus pais Tereza e Manoel (in Memoriam) que dedicaram suas vidas no incentivo a formação educacional de seus filhos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por tornar possível a conclusão desse trabalho;

A meu esposo Eduardo de Castro Valente, pelo o amor e incentivo dado em todos os momentos de minha vida;

A meus filhos Thaís Maciel Valente e Thiago Maciel Valente pela compreensão e incentivo;

A meus irmãos, Adriana, Lúcia, Silvana e Valdir pelo apoio e incentivo;

A prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Kelve de Castro Damasceno pelo incentivo e ensinamentos e por sua amizade;

A prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro pela compreensão, ensinamentos e amizade;

A prof<sup>a</sup> Ms. Maria Tereza de Castro Valente que muito colaborou com as traduções em Inglês;

Aos Enfermeiros do Centro de Tratamento de Queimados que muito me incentivaram;

Aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota pela amizade e apoio durante a construção desse trabalho;

A todos os docentes e funcionários do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará;

A Todos que trabalham no Centro de Tratamento de Queimados do Instituto Dr. José Frota;

A todas as famílias de crianças vítimas de queimaduras que participaram do estudo.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”

Paulo Freire

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

## RESUMO

O conhecimento sobre a ótica cultural e familiar dos acidentes com queimaduras em crianças permite contribuir para a criação de estratégias que valorizem não apenas a cura da doença, mas condições de prevenção de novos acidentes com crianças, bem como promover o diálogo entre família e profissionais de saúde essenciais para a humanização em Centros Especializados de Queimaduras. O presente estudo objetivou compreender como as crenças, valores e estilo de vida das famílias influenciam no cuidado de crianças vítimas de queimaduras internadas em um Centro de Tratamento de Queimados e caracterizar famílias de crianças queimadas internadas no período de abril a maio de 2008. É uma pesquisa etnográfica realizada em uma Instituição Hospitalar de Urgência e Emergência, na qual dispõem de um Centro de Tratamento de Queimados em Fortaleza, Ceará, no período de abril a agosto de 2008, que teve como informantes-chaves as famílias de crianças queimadas. Todo o processo de coleta e análise foi embasado na Etnoenfermagem proposto por Leininger (1991), para a coleta de dados foi utilizado o modelo de Observação-participação-reflexão (O.P.R.). Na ordenação e análise dos dados a Etnoenfermagem serviu como norteadora nas seguintes etapas: coleta de descritores e documentos; agrupar os dados armazenados no diário de campo; análise contextual ou padrão e identificação de temas principais; descobertas de pesquisa; formulações teóricas e recomendações. Das análises etnográficas surgiram três domínios culturais: **1) A criança é muito danada** as famílias colocam a curiosidade das crianças como a causa do acidente com queimaduras, não conhecendo as fases de crescimento e desenvolvimento dos filhos, culpam o infante pela queimadura; **2) Lavou com água e levou para o hospital** as famílias consideram que lavar a queimadura com água é uma forma de amenizar a dor da queimadura e encaminhar o filho a uma instituição hospitalar constitui uma forma de oferecer um cuidado correto após o acidente; **3) Ter mais cuidado** a importância de prevenir outros acidentes com queimaduras e afastar as crianças dos fatores de risco, como: tirá-las da cozinha. Foi percebido que durante o estudo as mães, apesar de terem seus conhecimentos culturais, aprenderam muito, pois tinham muitas dúvidas que gradativamente eram esclarecidas e faziam com que refletissem sobre seu comportamento com seus filhos. Portanto, considera-se imprescindível a abordagem cultural do profissional para cuidar de crianças vítimas de queimaduras e que a Educação em Saúde deve ser utilizada como estratégia que permita que tanto a família, quanto a criança possam se sentir segura.

**Palavras-chaves:** Enfermagem, Cultura, Unidade de queimados, Família, Criança.



## ABSTRACT

The knowledge about the cultural and familiar view of accidents with burns in children allow to contribute the creation of strategies that value not only the cure of the sickness, yet conditions of prevention of new accidents with children, but also to promote conditions of dialogue between family and health professionals essential to humanization in Burn Specialized Centers. This study had as objective to understand as the beliefs, values and style of life of the families influence in the care of children victims of burns intern in a Burnt Treatment Center, in Fortaleza, Ceará; and characterize families of burnt children intern from April to August of 2008. It is an ethnographic approach accomplish in a Hospital Institution of Urgency and Emergency, where there is a Burnt Treatment Center in the city of Fortaleza-Ceará from April to August of 2008, which has as key informers the families of burnt children. The whole collect and analysis process was based in ethnonursery proposed by Leininger (1991), to gather the data were made use of Observation-Participation-Reflection pattern (O.P.R.). In the data arrangement and analysis the Ethnonursery was the guide in the following stages: gathering information and documents; to cluster the storage data in the field day book; contextual or standard analysis and identification of main themes, discovery of research, theoretical formulations and warnings. From the ethnographic analysis sprout three cultural rules: 1) **The child is very naughty**, the families aim the curiosity of the children as the cause of the accident with burns, not knowing the stages of growing and development of the children, blame the infant for the burn. 2) **She washed with water and brought to the hospital**, the families think that to wash the burn with water is a way to render pleasant the pain of the burn and to forward the child to a hospital, to establish a way to offer a right care after the accident; 3) **to watch more out for**, it shows the significance to prevent other accidents with burns and to drive away children of the danger, as to take them away of the kitchen. It was perceived that mothers in spite of having their cultural knowledge, they learn a lot during the study, for as they have much uncertainty that day by day was enlightened and made them think about their behavior with their children. Therefore, we conclude that is essential the cultural approach of the professional to take care of children victims of burns and the Health Education must be available as strategies of welcome that consent the family and the child can feel safe.

**Key words:** Nursing. Culture. Burn Units. Family. Child.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	
1.1	Contextualizando o estudo.....	10
1.2	Objeto de estudo e delimitação da problemática.....	11
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>CONSTRUÇÃO DO ESTADO DA ARTE.....</b>	
3.1	Queimaduras em crianças/família e o processo de cuidar.....	16
3.2	Enfermagem e Queimaduras.....	18
3.3	Família e o processo de Cuidar.....	20
3.4	Educação em Saúde.....	22
<b>4</b>	<b>REFERÊNCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....</b>	
4.1	Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural.....	26
4.2	Etnografia e Etnoenfermagem.....	28
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	
5.1	Tipo de Estudo.....	31
5.2	Cenário da pesquisa.....	32
5.3	Sujeitos do estudo.....	33
5.4	Período.....	34
5.5	Selecionando as famílias.....	34
5.6	A coleta das Informações e Análise dos dados.....	36
5.7	Aspectos éticos.....	41
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCURSSÕES.....</b>	
6.1	Apresentação das famílias.....	43
6.2	Apresentação das famílias do estudo.....	48
6.3	Relação da equipe de enfermagem do Centro de Tratamento de Queimados com as famílias do estudo.....	70
6.4	Influência da cultura no cuidado da família a uma criança vítima de queimaduras.....	74
6.5	Aspectos culturais encontrados no estudo e suas influências para o trabalho da enfermagem .....	82
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>85</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>97</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualizando o estudo

O interesse em pesquisar sobre a cultura de famílias de crianças queimadas surgiu por uma inquietação por parte da pesquisadora em conhecer o meio familiar de crianças atendidas com queimaduras, pois sua prática como enfermeira assistencial em um Centro de Tratamento de Queimados a quinze anos mostra a vivência de acidentes com crianças perfeitamente preveníveis e o impacto das famílias quando chegam ao serviço desoladas e com um sentimento de culpa muito grande.

No momento de admissão das crianças, os profissionais que as recebem estão voltados para o cuidado da lesão, amenizar a dor e as alterações fisiológicas existentes por conta da queimadura; percebendo uma assistência voltada para a cura, esquecendo-se da importância da adesão familiar no tratamento e recuperação da criança.

O dia a dia no serviço de queimados mostra ainda uma fragilidade da equipe em conduzir situações que envolvam conflitos familiares, não sendo discutido valores culturais daquelas famílias nem tabus em relação a queimadura e, principalmente, a criação de estratégias que reintegrem as vítimas as suas famílias e comunidade.

Durante as internações percebe-se que o núcleo familiar é atingido de forma abrupta, necessitando de apoio e orientação por parte dos profissionais, no sentido de tentar minimizar as limitações impostas pelas condições sócio-econômico e cultural das famílias. A equipe de enfermagem por estar mais próxima das crianças e sua família durante a internação, “sente o peso” das alterações pelas quais passam essas pessoas e nesse cotidiano identifica o sofrimento, as angústias dos pais, mães e parentes ao verem suas crianças ligadas a aparelhos e submetidas a tratamentos como: os curativos sob anestesia, cirurgias, freqüentes punções venosas e repetidas sondagens.

As orientações no serviço de queimados estão voltadas para procedimentos que não valorizam a cultura familiar do grupo, e inserem o acompanhante na rotina hospitalar e esquecem suas crenças, valores e estilo de vida.

No serviço a equipe multidisciplinar constantemente exige das famílias atitudes voltadas para o tratamento das crianças queimadas, não existindo discussões coletivas sobre o cuidado dessas vítimas com ênfase na valorização da cultura familiar. Nesse sentido surgiram alguns questionamentos: Como esses pais estão cuidando de seus filhos? E como os profissionais podem ajudar a esses pais a minimizarem ou evitarem tal sofrimento? Diante destes questionamentos, passou-se a contextualizar o objeto de investigação.

## **1.2 Objeto de estudo e delimitação da problemática**

Diante da vivência acerca de queimaduras em crianças e as inquietações da pesquisadora sobre o cuidado dispensado a vítima por parte da família e profissionais de saúde procurou-se inicialmente buscar, junto aos Bancos de Dados em Pesquisa, trabalhos que envolvessem a temática: queimaduras em crianças e família, bem como uma fundamentação em torno da prevenção desse agravo e a importância da cultura e Educação em Saúde para reverter ou minimizar o agravo de acidentes com crianças nos últimos anos.

A busca junto ao Banco de Dados em Pesquisa LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE- Literatura Internacional em Ciências da Saúde, SciELO - Scientific Electronic Library Online, Portal CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, mostraram que os trabalhos sobre queimaduras estão voltados para estudos epidemiológicos e preventivos, e a abordagem familiar no cuidado tinha pouco enfoque; em relação a Educação em Saúde, as pesquisas davam enfoque a trabalhos desenvolvidos na atenção básica de saúde; e na área hospitalar limitaram-se a pequenos estudos com grupos de diabéticos, asmáticos, pacientes com câncer; poucos abordaram a prevenção de queimaduras em infantes.

Dentro dessa busca encontraram-se alguns trabalhos desenvolvidos por pesquisadores na instituição hospitalar cujo estudo será realizado, que abordaram os acidentes com queimaduras em crianças, entre eles o de Almeida, Oliveira et al (2008) que caracterizou o perfil sócio-demográfico de crianças internadas, esta pesquisa mostrou que a faixa etária mais atingida por queimaduras são crianças de 0 a 1 ano.

Autores como Crisostómo, Barreto, et al (2005), trazem as queimaduras como os principais atendimentos em hospitais de urgência e emergência e é considerada um trauma térmico que deixa lesões irreversíveis, e muitas vezes, leva à morte. A Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca ainda que, as queimaduras são a quarta causa de morte por acidente, sendo as crianças nas estatísticas mundiais as mais atingidas; pesquisas mostram que nos países em desenvolvimento o número absoluto é maior do que nos países desenvolvidos; nos E.U.A. 16,4% de internações por queimaduras são crianças, Portugal 41,1% e no Brasil 49,3% (BRASIL, 2005).

Outros estudos epidemiológicos revelam que as queimaduras correspondem a segunda causa de mortalidade por trauma em crianças até quatro anos e a terceira causa acima dessa idade, sendo o domicílio o local de ocorrência do acidente, tendo como causa a própria ação da vítima; já que a infância é a fase em que a criança é incapaz de identificar e avaliar o perigo, somando-se as possíveis negligências dos familiares (CAVALLI, COLOMBELLI 2004; BARRETO, MARTINS; 2005).

As queimaduras em criança tornam-se mais graves e tendem a aprofundar no momento do acidente, já que não conseguem diminuir a ação do calor após a exposição térmica. Nesse sentido, o atendimento as crianças queimadas devem ser diferenciado, sendo necessária uma assistência intensiva e contínua, muitas vezes, angustiante para toda a equipe. Silva e Correia (2006), reforçam a necessidade de incluir a família em todos os momentos do tratamento da criança queimada, citando o atendimento humanizado como referência para a recuperação da vítima.

Rossi, Vila et al (2007) referem-se que os tratamentos em Centros de Queimados devem incluir a compreensão do impacto do trauma da queimadura e o processo de hospitalização sobre a vítima e a família, estendendo-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença.

Sendo assim, acredita-se que os Centros de Queimados devem criar estratégias que desenvolvam ações voltadas para a participação da família em todo o processo de cuidar e que a compreensão dos valores culturais de cada grupo facilitará a abordagem a vítima e a seus parentes, no sentido de promover a recuperação e a prevenção de novos acidentes com queimaduras.

O Enfermeiro deve estar presente em todas as etapas de tratamento da criança queimada, porém não existem estratégias de Educação em Saúde que facilitem a compreensão por parte da família e vítima, sobre o cuidado da

queimadura, no sentido de tornar o profissional um aliado na recuperação da criança. Figueiredo (2006) diz que a equipe de enfermagem deve estabelecer um relacionamento de confiança e afetividade com a criança e sua família desde a admissão até a alta.

Damasceno e Barroso (2003) reforçam mostrando que o Enfermeiro tem um papel de educador em todas as etapas de atendimento ao queimado, e a avaliação contínua promove a recuperação e a alta com o mínimo de seqüelas, favorecendo a maior confiança da vítima e da família no período de internação hospitalar.

Esse cuidado está diretamente relacionado à aceitação da família, tendo os pais como parceiros e informantes das condições da criança. O enfermeiro deve favorecer a promoção da saúde e a prevenção de seqüelas, preocupando-se com a manutenção do equilíbrio físico-emocional da criança ( FIGUEIREDO 2006).

Acredita-se ainda, que ações de Educação em Saúde devem ser entendidas como prática social, no sentido de valorizar a promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida dessas crianças, favorecendo um processo de capacitação comunitária como medidas concretas no que diz respeito à prevenção de acidentes com queimaduras (TAVARES, 1998; KAWAMOTO, SANTOS et al, 1995).

Sendo assim, entender sobre a ótica cultural familiar os acidentes com queimaduras em crianças contribuirá na criação de estratégias, que valorizem não apenas a cura da lesão, mas condições de prevenção de novos acidentes, assim como, promoverá o diálogo entre família e profissionais de saúde, atributos essenciais para a humanização do cuidado em Centros Especializados de Queimaduras.

Incluir crenças, valores, estilo de vida e diversidade cultural do cuidado na prática assistencial dos enfermeiros também tornará possível melhorar os vínculos entre família, crianças e equipe de enfermagem, durante o período de internação, minimizando os danos da hospitalização e diminuindo as seqüelas comuns após alta.

Dentro dessa contextualização, acredita-se que trabalhar a atenção de enfermagem voltada para aspectos culturais, junto à família de crianças vítimas de queimaduras, permitirá uma assistência de enfermagem menos tecnicista e sim mais humana, pois a família estará inserida no desenvolvimento de cuidados, na

recuperação das crianças e na busca de novos conhecimentos entre a teoria e a prática contribuindo então para aproximar a equipe de enfermagem que trabalha em Centros de Queimados da família de crianças que vivenciaram o acidente por queimadura.

Esse trabalho torna-se relevante por permitir que os profissionais que atuam nos Centros Especializados de Queimaduras percebam a importância da família e sua cultura durante a internação dessas crianças. A valorização de crenças, tabus e estigmas que alguns grupos sociais detêm sobre o atendimento de seus infantes na área hospitalar são essenciais para o planejamento de ações de saúde desde o atendimento inicial da vítima até a sua alta.

Permitirá ainda obter uma compreensão holística do comportamento humano, visando uma qualificação do cuidado no atendimento das famílias de crianças vítimas de queimaduras. É defendido neste trabalho, que as famílias na cujas crianças foram vítimas de queimadura, vivenciam aspectos universais e singulares ao tratamento e que o cuidado de enfermagem deve ser desenvolvido com uma abordagem também voltada para o conhecimento cultural, no sentido de compreender atitudes, sentimentos e conflitos da família.

Também será de grande importância, no sentido de promover diálogos voltados para o cotidiano de cada indivíduo, refletir coletivamente sobre os tipos de acidentes mais comuns nas crianças e a melhor maneira de prevenir, pois como cita Pereira (2006), não basta apenas transmitir conteúdos, mas a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia do sujeito na condução de sua vida.

Será valoroso ainda, pois procurará promover o desenvolvimento de ambientes favoráveis para a saúde, acreditando ainda, que a prática de Educação em Saúde, considerando a cultura do indivíduo em hospitais terciários, que tratam de pessoas com queimaduras, favorecerá a participação popular levando ao aprendizado compartilhado no intuito de promover estratégias que minimizem as seqüelas dessas vítimas.

## **2 OBJETIVOS**

- Compreender como as crenças, valores e estilo de vida das famílias influenciaram na ocorrência de queimaduras em crianças internadas em um Centro de Tratamento de Queimados, em Fortaleza, Ceará;

- Caracterizar famílias de crianças queimadas internadas no período de abril a maio de 2008.



### **3 CONSTRUÇÃO DO ESTADO DA ARTE**

Estado da arte se caracteriza por um estudo bibliográfico no sentido de mapear e discutir produções acadêmicas, com o intuito de tentar responder aspectos de destaque sobre o tema a ser investigado em diferentes épocas e lugares além de buscar trabalhos que facilitem a análise do fenômeno estudado (FERREIRA,2002). Nesse sentido procurou-se trazer o olhar de vários autores que estudam sobre queimaduras, processo de cuidar, família e o cuidado cultural.

Para a construção dessa temática foram consultadas referências nas áreas: queimaduras em crianças; enfermagem e queimaduras; família e o processo de cuidar e educação em saúde, nas Bases de Dados Meddline, Lilacs, Scielo, Periódicos da base de dados da CAPES e portal de dissertações e teses da CAPES no período de 1998 a 2008. Ao todo, encontrou-se um total de 320 trabalhos, sendo relevantes para o estudo 40 artigos, 7 dissertações e 4 teses. A grande maioria enfatizando queimaduras em criança, enfermagem, ações educativas no ambiente hospitalar e a importância da família no atendimento hospitalar.

A seguir serão abordados alguns estudos na área dessa pesquisa, em que se utilizou como descritores em ciências da saúde: queimaduras, cuidado de enfermagem, família e educação em saúde e etnoenfermagem.

#### **3.1 - Queimaduras em Crianças**

As queimaduras são lesões graves que têm contribuído de forma marcante nas estatísticas em acidentes com crianças, devido principalmente a incapacidade de avaliar o perigo por parte dos infantes, dando lugar a sua curiosidade e necessidade de explorar o ambiente (CRISÓSTOMO, SERRA et al, 2004; SILVEIRA , GOMES et al, 2004)

Estudos mostram que as lesões por queimaduras em crianças de 1 a 5 anos constituem causa acidental de morbi-mortalidade em todo o mundo; sendo as escaldaduras as mais comuns, já que a cozinha é o local preferido para as brincadeiras das crianças (MARTINS e ANDRADE,2007; CAVALLI, COLOMBELLI et al 2004; BARRETO,PEREIRA et al; 2005,VALE, 2005; OLIVEIRA e SERRA , 2004; GÓMEZ,ILLAS et al ,2004).

O estudo bibliográfico, realizado no Brasil, mostra que 74% dos acidentes com crianças menores de 10 anos acontecem dentro do lar, dos quais 59% são na

cozinha. Na América Latina estudos epidemiológicos realizados na Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, República Dominicana e Venezuela destacam os acidentes com crianças no ambiente domiciliar, sendo os líquidos super aquecidos o agente causal mais comum ( DANILLA,2008).

Segundo a Child Accident Prevention Trust (2008), em 2002, 37.000 crianças foram atendidas em hospitais dos Estados Unidos-EUA por queimaduras, nas quais (28.000) tinham idades inferiores a cinco anos, reafirmando os dados de outros países de que esses acidentes ocorreram no lar.

As pesquisas realizadas por Regiane e Correia (2006) citam, a falta de cuidados dos responsáveis pelas crianças como uma das causas da incidência de acidentes com infantes, entre eles, as queimaduras, destacando a responsabilidade de alguns pais em não propiciarem um ambiente favorável a seu filho. Souza, Queiroz et al (1998), colocam, ainda, que a mãe, muitas vezes por necessidade de trabalhar fora de casa, delega a responsabilidade do cuidado dos filhos menores a outras crianças e a pessoas sem vínculo, na qual favorece o acidente doméstico, dentre eles a queimadura.

Estudo realizado por Martins e Andrade (2007) mostra que a falta de conhecimento por parte da população sobre prevenção e tratamento das queimaduras aumenta as estatísticas de acidentes em crianças, sendo importante destacar a necessidade de modificação de hábitos por parte das pessoas, mostrando a necessidade de desenvolver programas educativos que colaborem no combate a este agravo à saúde infantil.

Vale (2005), em seu estudo sobre primeiro atendimento em queimaduras, reforça a importância de medidas educativas como forma de prevenir o acidente com queimaduras em crianças, lamentando que as estratégias atuais de prevenção de queimaduras ainda não foram capazes de produzir um impacto esperado no quadro epidemiológico dessa lesão no país, levando a mais de 40 mil hospitalizações por ano entre adultos e crianças.

Os dados citados em vários momentos e por diferentes autores trazem a queimadura em crianças como um problema de saúde pública em todo o mundo, mostram ainda que a prevenção deveria ser a bandeira de escolha por gestores em saúde no sentido de diminuir esse agravo. Percebe-se ainda que o acidente ocorre em casa e que a família de um certa forma é responsabilizada por esses acidentes. A importância de mudanças de hábitos influenciariam diretamente na

cultura e dinâmica familiar, acreditando que compreensão desses valores culturais facilitará a inserção de estratégias de prevenção de queimaduras como efeito desejado.

Não sendo possível prevenir a injúria térmica, alguns autores destacam que o tratamento da vítima é sempre muito doloroso e a hospitalização leva a criança a desenvolver distúrbios como: ansiedade, medo da separação familiar, perda de autodeterminação, além do medo do desconhecido e ruptura de suas atividades normais (COYNE, 2006).

Coa e Pettengill (2006), analisando a doença e as hospitalizações referem que a criança torna-se deprimida, assustada, rebelde e vulnerável, pois depende totalmente do cuidado do adulto. Vale ressaltar, em Cruz, Costa e Nóbrega (2006), a colaboração em relação ao tratamento vai depender também do desenvolvimento psicossocial da criança, sendo importante considerar as diferenças culturais e fases do crescimento e desenvolvimento da mesma para facilitar a vivência entre vítima e profissionais de saúde.

Em sua dissertação abordando a família de criança com queimaduras, Renck (2004) pontua muito claramente sobre os sentimentos que passam a criança e a família durante o período de internação citando que o stress está ligado a modificação do estado de saúde e mudança na rotina ambiental, que muitas vezes, as famílias se culpam ou responsabilizam outras pessoas por algo que foi feito errado e que a situação de doença na família atinge a todos.

A partir dessa compreensão, a equipe que assiste a criança e a família deve entender que naquele momento existe uma fragilidade devido o acidente com queimaduras. Todos que vivenciaram o acidente podem experimentar a solidão, a raiva, os ressentimentos, os ciúmes e a culpa trazendo á tona toda a bagagem cultural da família para enfrentar esses sentimentos.

### **3.2- Enfermagem e Queimaduras**

Por meio do levantamento Bibliográfico, constatou-se que a enfermagem vem publicando alguns trabalhos em periódicos nacionais e internacionais sobre queimaduras, entre eles: a Revista Cubana de Enfermagem, Enfermería Global, ACTA Paulista de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Mineira de Enfermagem e Revista Latina Americana de Enfermagem e Nursing;

também foram encontrados artigos de Enfermeiros em periódicos Multidisciplinares entre eles a Revista Momentos e Perspectivas de Saúde .

Os estudos encontrados abordaram a qualidade de atenção a criança queimada destacando a valorização do diagnóstico de enfermagem e as competências da equipe de enfermagem no cuidado a criança queimada (GÓMEZ,ILLAS et al 2004); acidentes na infância em ambiente domiciliar refletindo sobre ações educativas na prevenção de acidentes por queimaduras (REGIANI e CORRÉA, 2006).

Os trabalhos publicados deram destaque ao cuidado da lesão trazendo experiências sobre curativos e balneoterapia, enfocando como um dos principais cuidados de Enfermagem a vítima de queimaduras (FERREIRA et al, 2003; CARREIRO, 2008; AZEVEDO,MACHADO et al,2002).

Dentre as publicações encontradas, destacou-se também os protocolos de atendimento a vítima de queimaduras; o trabalho de Cunha et al (2003) falam sobre o tratamento imediato de pacientes com queimaduras.

Estudos epidemiológicos também são realizados por Enfermeiros, na qual podemos destacar o de Rossi et al (2003) enfocando a prevenção e falando sobre as circunstâncias da ocorrência da queimadura na infância e sua prevenção.

A busca mostrou vários artigos de enfermagem referentes a queimaduras, porém estudos que abordassem famílias e queimaduras foram poucos. Com esse tema destacamos o trabalho de Santos et al (2007) que traz as representações sociais dos familiares frente aos sentimentos dos pacientes queimados hospitalizados. Nesse estudo os autores mostram que as famílias associam os sentimentos do paciente queimado com tristeza, baixa de auto-estima, culpa e solidão e que a equipe de enfermagem deve facilitar as relações familiares.

A dissertação de mestrado de Renck (2004) que trabalhou a enfermagem, famílias e o cuidado utilizando o interacionismo, dentro do processo de cuidar; o seu estudo mostra que a mãe geralmente acompanha a criança no ambiente hospitalar e que o cansaço, a culpa e a falta de conhecimento sobre a queimadura e o tratamento geram ansiedade e angústias familiares.

Em relação ao estudo, destaca-se a tese de doutorado de Rossi (2001) que foi desenvolvida com famílias de crianças e adultos com queimaduras, na qual utilizou a etnoenfermagem , buscando aspectos culturais atribuídos por familiares à

participação do processo de cuidar. Nessa tese os resultados mostram à importância da cultura na prestação do cuidado a vítima de queimaduras.

Outro estudo realizado por Costa e Rossi (2003), traz a etnoenfermagem como proposta de compreender o significado da atuação dos profissionais de enfermagem em uma Unidade de Queimados. Em relação ao processo de cuidar do paciente queimado, mostra que a compreensão das atitudes e emoções da equipe de enfermagem sobre o cuidado a vítima de queimaduras trazem reflexões e fornecem subsídios para implementação de programas educativos nesses serviços.

### **3.3 Família e o processo de cuidar**

A importância da família no atendimento hospitalar da criança é destacada em vários estudos, cujo o papel da família como mediadora das preocupações e medos da vítima é essencial para rever condutas na assistência a criança queimada (FERNANDES, ANDRAUS et al, 2006 ; PETTEILL e ANGELO,2004; PINHO e KANTORSKI,2004; WERNET e ANGELO, 2003; ROSSI,2001).

Atualmente, a literatura mostra a preocupação de estudiosos em enfermagem em compreender o significado da hospitalização para a criança e a família, como forma de subsidiar mudanças na assistência de enfermagem (PETTENGILL e ANGELO,2004).

Nesse sentido, o Enfermeiro deve compreender que a família é a base social mais importante do ser humano na qual legitima o indivíduo em seu espaço social e que é responsável pela identidade dos povos (GOMES e PEREIRA, 2005).

Considerada como unidade básica para a saúde, a família assume responsabilidades sobre a saúde de seus membros, trazendo suas crenças, valores, vulnerabilidades e hábitos, principalmente em relação às crianças para o ambiente hospitalar, no qual o cuidado de enfermagem deve valorizar os conhecimentos adquiridos através da cultura e interações com as redes sociais de apoio (PINHO e KANTORSKI, 2004). Reforçando Resta e Budó (2004; p.54), colocam que: “a família de forma alguma deve ser excluída do processo de cuidado, uma vez que faz parte da vida do indivíduo, é sua referência de amor, confiança, e, muitas vezes, é motivo de sua existência.”

Silva e Correia (2006) em seus estudos destacam a importância da família junto à criança doente, na qual cada vez mais assumi a responsabilidade de cuidar

de seus membros, porém reforçam a necessidade de serem apoiados por profissionais preparados no sentido de orientar, supervisionar, facilitar e propiciar esses cuidados, sendo o enfermeiro “ator” desse processo de co-responsabilidades. Souza (2007) em sua pesquisa traz a importância da estrutura familiar como base para reduzir o impacto do adoecimento da criança

Weirich, Tavares et al (2004) enfatizam a enfermagem como a profissão que possui características específicas capazes de realizar a promoção integral a saúde das famílias; sendo assim a enfermagem está diretamente envolvida no processo de cuidar dos indivíduos, seja na atenção básica ou terciária de saúde.

O enfermeiro dentro do seu processo de cuidar deve compreender a importância de trabalhar estratégias de prevenção de acidentes com crianças, também no ambiente hospitalar, já que os estudos sobre acidentes com queimaduras em crianças, trazem a prevenção como a principal bandeira para a redução dessa injúria. Faz-se necessário a mudança no ambiente doméstico, através da criação de programas educativos que envolvam a família, escola e comunidade, pois são essenciais para diminuir as estatísticas de morbi-mortalidade (ANDRADE e MARTINS, 2007; VALE 2005).

Rossi et al (2003) em seu estudo sobre prevenção de queimaduras traz a importância de se desenvolver modelos educacionais de prevenção com a finalidade de transmitir informações a grupos mais expostos aos risco de acidentes térmicos, que são as crianças e os adolescentes; reforçando a importância da família no processo de cuidar dessas vítimas. Um estudo epidemiológico sobre acidentes com crianças realizado na Argentina, mostrou a importância de utilizar estratégias de educação em saúde na prevenção desse agravo (WAISMAN,, NUNEZ et al 2002).

A necessidade dos familiares participarem do cuidado das crianças internadas por queimaduras é sempre um desafio para a equipe de enfermagem e família, por ser um momento de dor e culpa, entretanto nesse momento abre-se um leque de oportunidades para o processo de ensino – aprendizagem, no sentido de sensibilizar o acompanhante para desenvolver o cuidado de forma diferenciada, além de torná-lo um agente multiplicador na prevenção de novos acidentes com queimaduras.

Os estudos que enfocam a cultura e família são também de grande relevância para a pesquisa, pois reforçam a importância do cuidado da família dentro do contexto de crenças, valores e estilo de vida, os autores Monticelli e Boehs (2006)

trazem a família experienciando a hospitalização mostram a percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção de famílias dentro da unidade hospitalar considerando a cultura institucional trazem também a resistência individual e coletiva para reconhecer essa cultura dentro das normas e rotinas hospitalares.

O artigo de McConkey, Truesdale-Kennedy, et al (2008), traz o cuidado cultural de famílias que cuidam de crianças com déficit intelectual mostrando a necessidade dos profissionais de saúde utilizarem estratégias de suporte familiar, no sentido de diminuir o stress identificado pelos membros da família, principalmente a mãe dessas crianças. Nesse momento é percebido a importância de utilizar estratégias que diminuam o stress de famílias em outros momentos dentro do contexto saúde e doença, enfocando o trauma térmico.

Outro trabalho focalizando a família e o cuidar da saúde de crianças pequenas, mostra que a saúde é muito apreciada pelas pessoas das camadas populares, mas existe uma valorização de práticas curativas em detrimento de prevenção; sendo a questão cultural voltada, prioritariamente, para práticas curativas ( Bustamante e Bomfim Trad; 2007).

Estudos reforçam o de Bustamante e Bonfim Trad (2007), quando mostram a necessidade de se compreender como se dá esse processo de cuidar nas famílias frente a diversidade cultural existente e que o Enfermeiro deve constantemente, buscar o cuidado profissional mais adequado para cada família ( RESTA e BUDÓ, 2004).

Essa forma diferenciada de cuidar valoriza as experiências de vida de cada um e a criação de estratégias que envolvam família e criança no processo de cuidar, subsidiadas pela Educação em Saúde permitem a visualização de inquietações e dúvidas pertinentes a família sobre as condições de saúde de seus membros.

### **3.4 Educação em Saúde**

A Educação em Saúde foi instituída no Brasil no âmbito da saúde pública após a segunda década do século 20, dando destaque para duas dimensões que perduram até hoje; uma envolve a aprendizagem da doença, como prevenir e restabelecer a saúde, a outra se caracteriza como Promoção da Saúde, incluindo outros fatores no conceito de saúde–doença, tais como as dimensões: sociais, políticas, pessoal e emocional (SHALL e STRUCHINER, 1999).

Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (1986), a saúde é discutida de forma ampla, vista como um recurso para a vida, não sendo responsabilidade apenas do setor saúde, mas envolvendo uma gama de fatores como políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (BRASIL, 2001).

Dentro dessa forma positiva de fazer saúde, surge a necessidade de se criar estratégias e programas de Educação em Saúde voltados para as necessidades locais do indivíduo, levando em conta as diferenças nos sistemas sociais e culturais, no sentido de criar ações comunitárias concretas e efetivas que envolvam a promoção da saúde (BRASIL, 2001).

A Educação em Saúde deve envolver ainda a criação de ambientes saudáveis, aumentando a importância do aprendizado comunitário compartilhado, no qual promove estratégias em todos os níveis de atenção a saúde para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2001).

Dentro desse contexto, Keijzer (2005) em seu estudo resgata a importância de se entender o conceito de Comunidade, que deixa de ser apenas um conjunto de indivíduos que vivem numa mesma área geográfica com necessidades e interesses comuns, para uma visão ampliada, na qual a comunidade é vista com diferenças e interesses contraditórios e com suas diversidades.

Para se trabalhar Educação em Saúde deve-se compreender os processos de “empoderamento” e refletir sobre as várias relações de poder entre os profissionais e a comunidade; além das estratégias de Educação em Saúde estarem enquadradas no reconhecimento da participação popular como processo de mudança na qualidade de vida do indivíduo (KEIJZER 2005).

Dentro da proposta de trabalhar estratégias de Educação em Saúde voltadas para a mudança de comportamento do indivíduo, família e da comunidade é importante destacar que os atores sociais reconheçam os desafios e os potenciais existentes entre sua realidade concreta. Nesse sentido, seria importante destacar a criação de espaços de convivência em que os indivíduos e grupos aprendam a conviver e interagir, favorecendo uma Educação permanente em Saúde (KLEBA, COMERLATTO et al 2007).

O estudo de Chiesa e Francolli (2007) discute a importância da Educação em Saúde com foco voltado para o indivíduo, família e comunidade, trazendo o



trabalho de grupo com estratégia para promover a participação dos sujeitos nas decisões voltadas para melhoria da sua saúde.

Nesse sentido Souza, Ribeiro et al (2003) citam a necessidade do educador em saúde acreditar na capacidade da família de cuidar-se e cuidar, tornando possível a construção de processos educativos renovadores e participativos. Reforçando essa compreensão Queiroz e Jorge (2006), em seu artigo trazem a Educação em Saúde como prática capaz de favorecer a cura, recuperação e promover a saúde, no sentido de dar condições da família assumir com suficiência do cuidado da criança.

Freire (2001) refere que a prática de Educação em Saúde deve ser entendida na perspectiva antropológica, para que o ato de educar torne o indivíduo capaz de refletir sobre sua realidade e intervir ao criar um mundo próprio, afim de que as pessoas reflitam, recriem e assumam atitudes conducentes à saúde.

Neste sentido, trabalhar estratégias educativas em Centros de Queimados que permitam a vítima e família discutirem sobre seu estado de saúde e realidade vivenciada após o acidente, facilitará a aceitação de condutas terapêuticas, procedimentos realizados e as normas e rotinas do serviço.

Alvim e Ferreira (2007), em seu estudo reflexivo, trazem a Educação em Saúde como um modelo voltado para ação-reflexão-ação, possibilitando o despertar da consciência crítica do indivíduo, tornando o processo educativo uma construção de conhecimento, a constatação da necessidade de transformação e reconstrução das práticas de saúde.

Souza, Wagner et al (2007), em seu artigo reflexivo sobre cuidadores leigos no ambiente hospitalar, dizem que a Educação em Saúde é uma ferramenta para a implantação de programas que promovam o cuidado livre de agravos, prevenindo complicações pós-altas; o estudo mostrou ainda o papel do Enfermeiro como profissional capacitado para desenvolver a prática educativa de forma holística, estimulando princípios de autocuidado por parte do paciente e cuidador.

Os enfermeiros que atuam em Centros de Queimados devem valorizar essa ferramenta no sentido de capacitar o familiar a prevenir complicações próprias da queimadura como as infecções e tardiamente as seqüelas.

As estratégias de Educação em Saúde devem estar voltadas para a valorização do sujeito, cujo conceito de saúde é subjetivo estando atrelado a valores, saberes e problemas; conceito de cultura deve estar presente no

desenvolvimento de práticas educativas (BOEHS et al, 2007). Sendo assim, o profissional que cuida de crianças vítimas de queimaduras jamais deve desvalorizar o conhecimento empírico da família em relação ao processo de doença da criança, até porque a família é a primeira a perceber os agravos de saúde das crianças, destacando a mãe como a principal cuidadora no núcleo familiar.

Queiroz e Jorge (2004), ao estudar ações educativas em crianças, colocam ainda que os profissionais têm intenção de orientar os cuidados para a saúde, porém repassam conhecimentos científicos dificultando a compreensão do cliente. Nos centros especializados em queimaduras percebem claramente o que foi citado por esses autores, os profissionais se apoderam de termos técnicos (balneoterapia, enxertos, desbridamentos) e esquecem de explicar claramente para a vítima e familiar o significado de certos termos ou vocabulários.

Nesse sentido, Vila e Vila (2007) ao estudar as tendências da produção do conhecimento na Educação em Saúde no Brasil mostram que esses temas têm diferentes enfoques, citando meio de trocar informações; proporcionar condições ao indivíduo para que ele busque e conquiste seu lugar na sociedade; suscitar envolvimento da comunidade. Porém, colocam que os profissionais denotam despreparo para criar estratégias de intervenção para construção do conhecimento. Cazarini et al (2002) reforçam que o processo de educação deve acontecer de forma gradativa, contínua, interativa e adequada e sempre deve se considerar as características do educando.

A abordagem educativa para a família de crianças vítimas de queimaduras deve ser voltada para a compreensão do grupo sobre o acidente, o tratamento, a recuperação, a prevenção de seqüelas e de novos acidentes valorizando a capacidade cognitiva de cada indivíduo. As estratégias de Educação em Saúde impostas não surtem efeitos que minimizem a ocorrência desse trauma em crianças.

## **4 REFERÊNCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO**

Neste capítulo será descrito em linhas gerais o referencial metodológico da teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e a Etnoenfermagem estruturado por Leininger (1991).

### **4.1 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural**

A teoria de Diversidade e Universalidade do cuidado cultural foi criada pela antropóloga e enfermeira Madeleine Leininger, em meados de 1959, a partir de suas pesquisas e experiência clínica, na qual identificou a falta de entendimento de fatores culturais, que influenciavam o comportamento de crianças, por parte da equipe.

Leininger observou fatores essenciais para o desenvolvimento de sua teoria, tais como o aumento do número de migrações dentro de seu país e em nível mundial, destacando a necessidade do enfermeiro refletir sobre as diferenças entre os grupos; aumento das identidades multiculturais; criação de tecnologias aplicadas à saúde que entravam em conflito com a cultura de alguns pacientes; aumento dos conflitos culturais e a necessidade dos serviços de saúde conhecerem os diferentes contextos culturais e ambientais da comunidade (LEININGER e MCFARLAND, 2002).

Leininger cita o cuidado como foco intelectual da prática de enfermagem, tendo como propósito instrumentalizar o enfermeiro em diferentes culturas e subculturas, permitindo dar condições para a realização do cuidado qualificado, levando à satisfação das pessoas. Nesse sentido diz que a meta da Teoria Transcultural é desenvolver um corpo de conhecimento humanístico e científico para promover um cuidado culturalmente específico e universal (VICTORIA, 2006, TEJAS E ESTEVEZ, 2007, GONSALEZ, 2006).

A Teoria faz referência à Etnoenfermagem e à Enfermagem Transcultural como duas linhas de apoio; Leininger desenvolveu a Etnoenfermagem como método para ajudar o enfermeiro a documentar sistematicamente as experiências diárias das pessoas relacionadas ao cuidado humano e de saúde, mostrando diferenças e semelhanças dentro do contexto ambiental do indivíduo. Já a Enfermagem Transcultural é a área de estudo que tem como base a prática do saber do cuidado, levando em consideração crenças, valores e experiência dos cuidadores familiares,

tendo como esfera: a cultura local, regional, nacional e internacional, a cultura humana global (LEININGER e MCFAILAND, 2002).

A Teoria visa ainda conhecer holisticamente tipos de culturas específicas e falar sobre o propósito do cuidado das diversas culturas, se baseia na investigação do conhecimento e crescimento da prática da Enfermagem Transcultural, permite sua utilização em vários campo de atuação do enfermeiro ( LEININGER, 2002).

A parti do referencial teórico-metodológico considera-se importante destacar alguns aspectos que julgamos fundamentais na Teoria de Leininger para compreensão da etnoenfermagem como linha de apóio para o estudo com famílias de crianças queimadas: cuidados, cultura, cuidado cultural, visão de mundo e variações culturais.

O Cuidado refere-se a ajud, apoio, assistência que facilite ou melhore a situação das pessoas, tendo significados diferentes entre as culturas. Leininger (1991) refere ainda as ações, processos e decisões diretas ou indiretas relacionada a assistência prestada como um comportamento prático de apoio. Para Mendoza e González (2006), o cuidado implica em compreender incluindo o processo de empatia, e refere ainda como um fenômeno humano, que promove a vida, previne enfermidade e fomenta ações salubres.

A Cultura foi definida como um conjunto de valores aprendidos e transmitidos; crenças, como normas de conduta e modos de vida de um grupo particular apreendidos, compartilhado e transmitidos e que guiam seus pensamentos, decisões e ações de maneira padronizada.

O Cuidado Cultural são valores e crenças que ajudam as pessoas e ou grupo manterem seu bem estar, melhorarem suas condições pessoais ao enfrentarem a morte ou incapacidades.

A Visão de mundo de acordo com a Teoria é a maneira como as pessoas tendem a olhar o mundo ou seu universo para formarem uma posição de valor sobre sua vida; consta de uma estrutura social e ambiental, na qual valores religiosos, de parentesco, político, econômico, educativo, tecnológicos e culturais se interrelacionam para formarem a conduta humana. Variações Culturais se referem a variabilidade existente entre culturas e subculturas, ocorrendo diferenças únicas no que diz respeito ao modo de vida tradicional ou não tradicional das pessoas.

A Teoria Transcultural vem enriquecendo ações de enfermagem no decorrer desse século, pois como cita Leininger (1991) o cuidado é fundamental para o conhecimento da enfermagem.

O cuidado baseado na cultura do usuário promoverá a saúde e o bem-estar do paciente. Sendo assim, acredita-se, que ao utilizar essa Teoria como referencial teórico - metodológico neste estudo, será primordial para uma melhor interação entre o enfermeiro e a família no processo de cuidado da criança vítima de queimaduras.

#### **4.2 Etnografia e Etnoenfermagem**

A Etnografia é o método de investigação de excelência para a antropologia, considerada a forma mais básica de investigação social, porém permite trabalhar com muitas informações, esse tipo de método permite a construção do saber teórico, conjuntamente com a coleta de dados (CAPRARA e LANDIM, 2008).

Foi desenvolvido por antropólogos e usados desde o início do século XX, a partir de trabalhos de Frazer Boas, Malinowski e Margaret Mead. Têm sido considerado o principal método para estudar fatos desconhecidos e a maneira de viver das pessoas em uma determinada cultura, descrevendo características sociais, ambientais, culturais e fatores que influenciam na maneira de viver das pessoas (ROSA, LUCENA et al, 2003).

O desenvolvimento do conhecimento etnográfico envolve duas perspectivas a *emic*, é a forma pela qual os membros de uma cultura percebem o seu mundo, numa visão interior; a *etic*, explicações e interpretações das experiências daquela cultura, numa visão externa (ROSA, LUCENA et al 2003).

A meta da pesquisa etnográfica é compreender a visão de mundo, as atitudes e as experiências culturais de um grupo, na qual o valor científico dos achados dependerá do modo como se faz a descrição da cultura que estuda e como são apreendidos esses significados.

A Etnografia surge com referência para estudos em diferentes áreas entre elas a saúde e diferentes autores abordaram esse método no campo da saúde comunitária como um todo (CAPARA e LANDIM 2008).

Utilizando o conhecimento da etnografia Leininger, cria a etnoenfermagem em 1980, como método de investigação cultural, com o intuito de auxiliar o pesquisador a estudar a Teoria do Cuidado Cultural (SOUSA, 2007). Ainda,

referindo-se a etnoenfermagem, Shapiro, Miller e Katheen (2006), em seu estudo, mostram que esse método é um processo qualitativo que consegue descobrir o cuidado de enfermagem transcultural, valorizando focos pessoais (Emic) e profissional (Etic) em fenômenos de vários contextos culturais. De acordo com Leininger (2002) “emic” e “etic” ajudam a refinar dados, no sentido de descobrir e descrever sistemas de comportamentos de uma dada cultura.

Segundo Ximenes (2001), a etnoenfermagem possibilita ao pesquisador apreender situações cotidianas das pessoas, a partir de suas experiências e suas visões de mundo.

Esse método utiliza alguns guias entre eles podemos citar o de Stranger-friend Model (estranho amigo) e Observation-participation-reflection (Modelo Observação, participação e reflexão) – OPR.

O modelo foi desenvolvido pela teórica em 1960 no sentido de auxiliar o pesquisador a estudar a cultura das pessoas de maneira sistemática e reflexiva (LEININGER, 1991).

A etnoenfermagem, segundo Castillo e Vázquez (2006), facilita o aprofundamento das relações entre enfermeiros, pessoas e família com que esses profissionais interagem e estabelecem um vínculo mais próximo com as famílias tornando possível entender os cuidados culturais realizados por seus membros.

Esse método foi o de escolha para subsidiar o estudo por ser capaz de documentar, descrever e interpretar experiências e significados de famílias de crianças internadas no Centro de Tratamento de Queimados.

O modelo OPR, permite que o pesquisador tenha uma visão holística ao estudar o comportamento humano nos diversos contextos ambientais (BRAGA, 1997). A observação participante é considerada como parte essencial de uma pesquisa qualitativa, na qual segundo Leininger (1991) essa observação inicia-se logo na inserção no campo, escutando e observando a maior parte do tempo.

Sendo assim, compreende-se que o observador chega ao campo de pesquisa com dois propósitos: engajar-se nas atividades da situação, na vida cotidiana, ambiente em que o grupo que estuda está inserido naquele período, sempre atento aos princípios éticos e observar criteriosamente as atividades, as pessoas e os aspectos físicos da situação

O pesquisador deve ter em mente que seu objetivo não é julgar ou dar conselhos sobre as atitudes dos pesquisados, mas interpretar o que observa e escuta, sem alterar opiniões.

Conforme Leininger (1991), existe quatro fases no Modelo OPR:

- Primeira fase: inicia-se desde o momento em que se entra na cultura do pesquisado, escutando-o, observando-o ( é uma observação sem participação). Permite que as pessoas tenham tempo de observar o pesquisador e se acostumem com a presença dele no campo. Essa fase é considerada difícil por Leininger, pois o pesquisador está iniciando a aprendizagem cultural podendo se sentir inseguro em distinguir quando será sua participação.

- Segunda fase: a observação é o foco maior, porém o pesquisador inicia sua participação dentro do contexto, começa a interagir com as pessoas, observando as respostas.

- Terceira fase: O pesquisador transforma-se num participante ativo, aumenta sua participação, por já ter conseguido se familiarizar com o contexto cultural; a observação pode diminuir, mas nunca terminar. Nessa fase o pesquisador deve continuar sentindo, experienciando e aprendendo sobre o pesquisado.

- Quarta fase: é o momento de reflexão do que ocorreu. Essa reflexão é parte integrante da etnoenfermagem e ajuda considerar todos os aspectos conceituais da pesquisa.

Ao final do processo é importante rever os objetivos da pesquisa e refletir, qual foi sua percepção diante do que foi estudado, haja vista que a utilização do método etnoenfermagem é um desafio para o pesquisador de enfermagem.

## **5 METODOLOGIA**

Nesse capítulo, será apresentada a trajetória metodológica empreendida na pesquisa. Descreve-se o tipo de estudo, o cenário, os informantes, o método de coleta, análise dos dados e as questões éticas que regem a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

## 5.1 Tipo de Estudo

Um estudo qualitativo, com abordagem etnográfica alicerçada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposta por Leininger (1991). A pesquisa qualitativa é a mais adequada para trabalhar com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças valores de familiares de crianças queimadas. (TEXEIRA, 2002; LEOPARDI 2002).

Günther (2006), ao falar de pesquisa qualitativa coloca que nesse tipo de estudo há aceitação da influência de crenças e valores, na qual o pesquisador procura trabalhar fenômenos sociais. Na pesquisa qualitativa o sujeito pode questionar o que é dito, o pesquisador qualitativamente constrói seus dados obtido por um processo de conversação com o sujeito (DEMO, 2006).

Turato (2005) diz que, nesse tipo de pesquisa, o pesquisador é capaz de participar, além de tentar compreender e interpretar os dados coletados. Praça e Gualba (2000), ainda acrescentam que a pesquisa qualitativa possibilita o conhecimento da experiência humana, tal como é vivida e definida pelos seus próprios atores. Minayo, Delantes et al (2004) colocam que uma das características da abordagem qualitativa é a flexibilidade, de maneira que permite a correção e adaptação dos instrumentos de pesquisa durante todo o trabalho de campo.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador adentrar-se ao cenário natural do informante, descrevendo e explicando a realidade do grupo, sob uma visão êmica e de mundo em relação ao seu cotidiano (XIMENES, 2001).

A pesquisa foi fundamentada no referencial teórico - metodológico da Teoria Transcultural de Leininger (1991) baseada no conhecimento das crenças culturais, condutas de cuidados, valores do indivíduo, família e grupos no sentido de proporcionar cuidados efetivos, eficazes e coerentes, fundamentada na Antropologia (etnoenfermagem), cujo conhecimento cultural se centraliza no ponto de vista do mundo do cliente (GONSALEZ, 2006; BUTASMANTE e BONFIM, 2007).

Sendo assim ter-se-á como linha de investigação a etnoenfermagem, utilizando como guia facilitador o Modelo OPR (Observation - participation-reflection), que auxilia o pesquisador a estudar o cotidiano das pessoas de maneira sistemática e reflexiva (LEININGER, 1991).



## 5.2 Cenário da pesquisa

O cenário foi inicialmente em um Hospital de Urgência e Emergência do Município de Fortaleza – Ceará, essa Instituição recebe pacientes de todo o estado com diferentes traumas e situações que necessitam de atendimento de urgência e emergência, dentre eles podemos citar: politraumatismo, traumatismos crânio encefálicos, intoxicações exógenas e queimaduras.

O nosso estudo foi realizado no Centro de Tratamento de Queimados-CTQ, localizado no sétimo andar desta instituição. O serviço dispõe de ambulatório, enfermarias, sala de balneoterapia, sala de terapia ocupacional, sala de fisioterapia e centro cirúrgico; ao todo se dispõe de trinta leitos para internação hospitalar, sendo seis leitos de uso exclusivo para pediatria; entretanto, como a demanda pediátrica é sempre grande, utilizam-se os leitos destinados para adultos, pois o serviço é referência no Estado, não tendo como referenciar para outro serviço.

A equipe multidisciplinar é composta por cirurgiões plásticos, clínicos, pediatra, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, e mais recentemente incorporado à equipe um psiquiatra e psicólogo.

O Serviço é reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade no atendimento a queimados, recebe pacientes de Fortaleza e demais municípios, assim como outros Estados da região Norte e Nordeste, cujo o serviço não dispõem.

Atende crianças em nível ambulatorial, urgência e emergência, internação hospitalar e após a alta em acompanhamento ambulatorial. As enfermarias pediátricas são compostas de três leitos, porém não é possível dividir os leitos por faixa etária, estando junto muitas vezes recém-nascidos, lactentes, escolares, devido a grande demanda no serviço.

Os acompanhantes permanecem com as crianças e utilizam o mesmo ambiente para suas refeições e higiene. A enfermaria dispõe de televisor e banheiro e durante o período da noite o acompanhante utiliza uma cadeira preguiçosa para repouso. O serviço oferece alimentação para os acompanhantes de crianças com faixa etária menor e áquelas crianças com quadro clínico comprometido.

Também tivemos como cenário da pesquisa a residência de crianças queimadas, na qual se realizou visitas a essas famílias. As residências ficavam na cidade de Fortaleza, em diferentes Bairros (Vila União, Mucuripe, João XXIII, Parque

Santa Cecília, Bela Vista) e região metropolitana (Horizonte, Caucaia, Maranguape). As famílias que residiam no interior com mais de 100 Km não foi possível realizar as visitas.

### **5.3 Sujeitos do Estudo**

O estudo foi composto por dezesseis famílias de crianças vítimas de queimaduras internadas no CTQ, onde foi realizada a primeira fase da pesquisa. Determinou-se que todas as famílias de crianças internadas no período de abril a maio de 2008 no primeiro atendimento, ou seja, na emergência fariam parte do estudo, excluindo-se as famílias de crianças de retorno ambulatoriais ou internadas para procedimentos eletivos.

Inicialmente procurou-se conhecer as famílias e as características de cada acidente que levou a criança ao Centro de Queimados, além de identificar o tipo de acidente mais comum e seu agente causal e a gravidade da lesão de acordo com a extensão e profundidade da queimadura.

Os informantes que fizeram parte do estudo foram mães, tias, padrasto e avós de crianças queimadas internadas, esses informantes foram os acompanhantes que permaneceram com a criança durante todo o período de internação.

Das dezesseis famílias internadas permaneceram no estudo nove, a pesquisadora utilizou com critérios de escolha o tempo de internação da criança. Segundo Gualda e Hoga (1997) o tempo de permanência no campo deve ser o mais longo possível, para que haja possibilidade de obtenção de dados mais acurados.

Foram excluídas as famílias de crianças que apresentavam desestrutura familiar, transferências para Unidade de Tratamento Intensivo e as em que o informante apresentava baixo débito cognitivo, dificultando a coleta das informações.

É importante destacar que numa pesquisa qualitativa a determinação numérica dos participantes não se constitui relevância, já que não existe necessidade do uso de processo amostral, importando sim a riqueza das observações e depoimentos, a que constitui a saturação dos dados (LEOPARDI, 2002).

## **5.4 Período**

O estudo foi desenvolvido a partir do momento em que iniciei as disciplinas na Pós-graduação em Enfermagem em março de 2007, tendo redefinido o objeto de estudo e submetido ao Exame Geral de Conhecimentos em fevereiro de 2008, após apreciação da banca, o projeto foi submetido ao comitê de ética. Em abril a agosto de 2008, em seguimento da aprovação no comitê de ética e anuência da chefia do serviço, iniciou-se a coleta de dados no hospital e após a alta hospitalar, as visitas as famílias que residiam em Fortaleza e região metropolitana.

## **5.5 Selecionando as famílias e informantes chaves**

A abordagem das famílias foi realizada somente quando as crianças já estavam no leito hospitalar, porque no ambulatório, no primeiro atendimento, elas estavam sobre o stress do acidente, não compreendendo algumas informações ou solicitações.

Algumas informantes chaves, principalmente as mães, estavam muito nervosas nas primeiras horas de internação, não permitindo um contato mais direto nesse momento e também existiam muitas influências de outros membros da equipe, assim como pelas condições clínicas das crianças que necessitavam dos cuidados básicos ao tratamento.

Algumas mães se mostravam distante e na maioria não conversava, apenas observava as outras crianças e acompanhantes. Nesse início de abordagem, permaneceu-se mais observando, pois como cita Leininger (1991), essas observações iniciais dariam origem a fase de aproximação; a autora cita ainda que essa fase é muito importante na pesquisa etnográfica para a interação com os informantes chaves.

Nesse período também se realizou a busca nos prontuários para identificar informações sobre endereço, nome da mãe, local do acidente, tempo decorrido entre o acidente até a chegada no hospital, tipo de queimaduras, condições clínicas da criança ao chegar ao hospital; e também, para operacionalização da pesquisa, classificar o agente causal: liquido quente (água superaquecida) e os demais agentes com o nome do alimento super aquecido.

A observação teve início desde a entrada no campo de pesquisa e durante todos os momentos em que a pesquisadora esteve presente no cenário do estudo. Registraram as observações a respeito do ambiente e dos informantes; realizaram-se essas observações do cenário por meio das características físicas do local, admissões das crianças, observações gerais da família e criança, interação com equipe e outros acompanhantes.

Observaram os acompanhantes das crianças e realizaram-se os registros de faixa etária, escolaridade, profissão, papel na família, tempo de permanência com a criança, procedência e número de membros das famílias e lentamente a pesquisadora foi se aproximando dos cenários dos informantes-chaves (acompanhantes).

O contato com esses informantes era diário, quase sempre no período da manhã e, em alguns, momentos à tarde durante a visita hospitalar, na qual foi possível o contato com outros membros da família, e poucas vezes à noite.

A pesquisadora estava no serviço diariamente no serviço e praticamente todos os dias aconteciam internações de crianças com queimaduras; ao encontrar as acompanhantes (mães, avós, tia e padrasto) seguiram-se os passos do modelo OPR proposto por Leininger (1991).

Posteriormente, abordou-se o acompanhante com o intuito de desenvolver a aproximação e verificar a possibilidade de participarem da pesquisa. Iniciou-se essa abordagem com pouco diálogo com o acompanhante.

No primeiro encontro com o informante-chave a pesquisadora se apresentou como enfermeira do serviço e pesquisadora, explicando sobre o estudo que pretendia desenvolver e que nesses encontros estaria como pesquisadora e não como Enfermeira assistencial (assumindo este papel somente no horário de trabalho).

Sendo assim as informantes-chaves foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa e sua relevância e todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou colocaram sua digitam no termo, no sentido de proteger os direitos e o sigilo dos informantes.

### 5.5.1 A Coleta e Análise dos Dados

A coleta das informações foi realizada por meio do modelo Observação, Participação e Reflexão (OPR) proposto por Leininger (1991) e da entrevista etnográfica. As informações foram coletadas através das falas e observação dos acompanhantes no período de abril a agosto de 2008.

Após alguns encontros com as famílias e criança, a pesquisadora passa a ser confiável e o informante-chave mostra-se mais tranqüilo ao falar sobre suas angústias. Procurava tirar dúvidas sobre o tratamento da criança e a previsão da volta pra casa. Leininger (1991) traz em seu guia facilitador que a pesquisadora tem que sair de uma condição de estranho não-confiável para uma pessoa confiável com o objetivo de alcançar dados autênticos e dignos de crédito.

As nove famílias do estudo permaneceram internadas por um período superior a 20 dias e receberam um número de identificação de acordo com a ordem de internamento, sendo chamada a primeira internação de família 1 (hum). E, desta forma chegar-se sucessivamente a família 16, última internação durante o período de coleta de dados.

#### **1º fase: Observação com escuta ativa**

Com a visão ampla da situação observou-se e ouviu-se, os informantes-chaves e demais sujeitos que trabalham no Centro de Tratamento de Queimados, onde as crianças foram internadas.

A observação do cenário focou-se na estrutura física do ambulatório, enfermarias pediátricas, sala de balneoterapia, sala de fisioterapia, sala de terapia ocupacional e centro cirúrgicos, locais de permanência das crianças e informantes durante todo o período de internação e após alta nos retornos ao ambulatório de queimados.

Observou-se que a estrutura física do serviço é apropriada para tratar a criança queimada, dispõem de locais para o atendimento multiprofissional, as enfermarias são de três leitos com cadeira para os acompanhantes, porém com pouco espaço para as mães circularem, dificultando o trabalho da equipe de enfermagem e demais profissionais, possuem televisores que permanecem o dia todos ligados, sendo desligados as vinte três horas pela enfermagem ou pelo próprio acompanhante. Observou-se que esses televisores geraram conflitos entre os

acompanhantes, quanto a programação e, algumas vezes, pelas acompanhantes solicitarem que permanece desligada.

A sala de terapia ocupacional é bem equipada, dispõe de brinquedos interativos para crianças nas diversas fases de desenvolvimento e foi considerado o local mais acolhedor pelo informante-chave, porém alguns reclamavam que a sala permanecia a maior parte do tempo trancada, essa sala somente funciona quando a terapeuta ocupacional encontra-se no serviço.

A sala de Fisioterapia tem aparelhagem adequada e também funcionam como uma sala de recepção de familiares durante o horário da visita. É nessa sala que as crianças e informantes conversam com seus familiares.

A sala de balneoterapia, o ambulatório de queimados e centro cirúrgico têm uma equipe de enfermagem exclusiva, são locais em que acontecem muitos conflitos entre a família e os profissionais, principalmente na sala de balneoterapia, por ser um local de realização de procedimentos e de muito estresse.

Em relação a observação dos funcionários, iniciou-se com a equipe de enfermagem. O número da equipe em cada turno, o tempo de permanência no serviço, o tempo de trabalho, o vínculo entre as pessoas da equipe. Observou-se ainda os processos de trabalho, o atendimento prestado a criança queimada, os comentários gerados a respeito do acompanhante.

Durante essa fase realizou-se todas as anotações do cenário observado, transcrevendo assim que se saía do cenário da pesquisa. Procurou verificar, de um modo geral, como a dinâmica cotidiana da criança e informante durante sua internação influenciavam no cuidado.

Segundo Leininger (1991) a observação é uma fase difícil, pois o pesquisador sente-se inseguro em distinguir o momento de suas ações participativas. Realmente a pesquisadora sentiu dificuldade em permanecer apenas observando, até porque percebia que o informante estava confuso e necessitava de sua participação, principalmente durante a realização de alguns procedimentos invasivos.

## **2º fase : Observação com limitada participação**

Nessa fase continuou-se o processo de observação, nesse momento começou a interagir com a informante-chave e observar as respostas.

Nos encontros nas enfermarias, procurou-se fazer contato, interessando-se pelas condições de saúde da criança, cumprimentando o informante-chave e perguntando sobre o estado da criança. O acompanhante costumava responder de acordo com as condições clínicas ou em relação as condições psicológicas da criança.

A parti daí, coletaram-se os dados iniciais sobre a família, sobre o acidente e o cuidado da família em relação a criança, alguns informantes nessa fase ainda estavam muito traumatizados com o acidente e diziam que não gostariam de fala sobre o acidente.

Nessa fase a pesquisadora teve oportunidade de atuar como responsável por atividades técnicas do cuidado a criança, orientando procedimentos ao informante e paciente, procurando sempre associar elementos sociais e afetivos e tranquilizando a criança e família sobre o que seria realizado.

### **3º fase: Participação com observação continuada**

Aumentou-se a participação, com observação mais seletiva, pois já existia familiaridade com os acompanhantes e crianças em relação ao contexto cultural, possuía-se informações sobre vínculos familiares, condições sócio-econômicas e características de cada família.

A pesquisadora manteve-se o mais próximo do acompanhante e da criança durante sua permanência no cenário hospitalar, o objetivo era aprender com eles os aspectos culturais de cuidado em relação a queimadura. Procurou diferenciar seu papel de pesquisadora e enfermeira assistencial do serviço atendendo a criança e acompanhante sempre que necessário e em situações solicitadas por elas.

A entrevista etnográfica foi realizada nessa fase; algumas foram realizadas no ambulatório de queimados, nos retornos para troca de curativo após a alta e outras no domicílio da criança, junto a outros membros da família.

Observou-se que, as entrevistas realizadas em casa, o informante-chave estava mais tranqüilo, porém a dificuldade de acesso a alguns municípios não permitiu a realização de todas as entrevistas nas residências das crianças. Na residência também foi possível observar a interação entre os membros da família e o local de ocorrência do acidente e a vulnerabilidade dessa criança a um novo acidente.

Leininger (1991), mostra que na pesquisa qualitativa a entrevista etnográfica é um instrumento técnico dominante para a coleta das informações. Nesse tipo de entrevista se estabelece uma conversa amigável entre o pesquisador e o informante buscando levantar dados que possam ser utilizados em análise qualitativa, selecionando aspectos relevantes para meu problema de pesquisa (BARROS; LEHFELD, 2005).

A entrevista etnográfica buscou conhecer aspectos familiares culturais em relação ao cuidado da criança com queimaduras, a parti das seguintes perguntas norteadoras: Como a criança se queimou? Como você cuidou da criança após o acidente? Você sabe como evitar outra queimadura?

Com o intuito de desvelar esses questionamentos elaborou-se um guia de entrevista etnográfica (Apêndice B), com possibilidade de levantar dados a respeito da família da criança e do informante-chave e alcançar os objetivos propostos pela pesquisa.

Após a criação do instrumento aplicou-se uma entrevista piloto, com 3 acompanhantes de crianças queimadas, internadas para realizar procedimentos eletivos, com o intuito de testar a adequação dos questionamentos aos objetivos e incrementar o roteiro de entrevista.

O roteiro foi composto de perguntas abertas permitindo aos informantes maior liberdade de resposta. Essas entrevistas foram iniciadas por meio de conversas informais com os familiares, por que já existia uma interação entre a pesquisadora e o informante. No hospital as entrevistas foram realizadas em consultório antes da realização do curativo, pois, após a sua realização, o acompanhante e criança estão muito fragilizados. Esse local teve como intuito zelar pela privacidade dos informantes e evitar possíveis interrupções de funcionários. Na residência, as entrevistas foram realizadas na sala ou no quarto onde ficava a criança. Durante a fase de entrevista, realizou-se orientações de cuidados após a alta, alimentação, higiene e prevenção de novos acidentes.

#### **4º fase: Reflexão**

Ao final do processo iniciou-se uma observação reflexiva avaliando o impacto da presença da pesquisadora sobre as famílias das crianças queimadas nos



diversos momentos dos encontros participativos com os informantes e criança, nessa fase continuou-se observando, participando e enfatizando a reflexão.

Leininger (1991) cita que essa fase é parte integrante da Etnoenfermagem e ajuda o pesquisador a considerar todos os aspectos conceituais antes de interpretar sua experiência. Vale ressaltar que, na prática e apesar das etapas do modelo OPR ter sido descritas separadamente, essas fase ocorreram dinamicamente e se complementaram.

Os registros de todas as informações foram realizados em um diário de campo durante as fases do OPR apontada em um caderno, para que pudessem transcrever as informações sem perder a veracidade das observações e informações. Segundo Minayo et al. (2004), o diário de campo é um instrumento pessoal e intransferível em que registramos diariamente, questionamentos, angústias e informações sobre o grupo em estudo.

As entrevistas foram registradas em forma de gravação em MP4, após consulta ao acompanhante sobre o registro de suas falas e autorização; procurou manter o aparelho pouco visível para não inibir o entrevistado. As gravações foram transcritas e ao ouvir cada gravação a pesquisadora recordava as expressões do acompanhante, o olhar, o semblante e o choro.

A análise dos dados foi realizada através da análise qualitativa preconizada pela Etnoenfermagem (LEININGER, 1991), concomitante a coleta de dados e seguiram as seguintes fases:

Na primeira fase, que se caracteriza pela coleta de descritos e documentos, procurou descrever e registrar todos os achados encontrados não excluindo nenhuma observação, fala ou informações sobre as famílias e o acidente ; os registros eram feitos no diário de campo diariamente.

A cada encontro percebeu-se a riqueza de informações sobre as questões culturais e o cuidado da família à criança queimada. Também foram feitos anotações retiradas de documentos entre eles: prontuários, fichas de referências e contra referencias. Já nessa fase percebeu-se que os informantes-chave não gostavam de serem abordados sobre o acidente com a criança.

Na segunda fase, agruparam-se os dados armazenados no diário de campo e acrescentou-se as observações da pesquisadora em relação ao acompanhante e transcrição da entrevista etnográfica, com o intuito de identificar semelhanças e diferenças entre os achados, a fim de caracterizar o significado dos dados .

A terceira fase citada por Leininger (1991) como de análise contextual ou padrão, selecionou-se e reuniu-se as informações de cada acompanhante em um quadro na planilha do excel trazendo as falas principais de cada família sobre o acidente o cuidado da criança, e teve como objetivo facilitar a identificação dos temas culturais relevantes para o estudo.

Na quarta e última fase preconizada pela etnoenfermagem foi caracterizada pela identificação de temas principais, descobertas de pesquisa e formulações teóricas e recomendações. Os dados foram sintetizados e agrupados, procurando demonstrar de forma clara e objetiva os achados.

Nessa fase foi o momento em que a pesquisadora fez recomendações condizentes com o problema, procurando analisar e fazer correlação com o contexto cultural de famílias de crianças vítimas de queimaduras.

Ao final foram retirados temas culturais que permearam o estudo, que segundo Leininger (1991), os temas são grandes unidades de pensamentos e oferecem uma visão holística da cena cultural. Consiste no engajamento profundo do pesquisador na cultura, expandindo e testando as anotações etnográficas.

## **5.7 Aspectos Éticos**

Foram obedecidas normas éticas na pesquisa, com base na resolução número 196/96, outorgada através de decreto 93.933 de 14 de janeiro de 1987, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Essa resolução definiu esse tipo de pesquisa como individual ou coletivamente, envolvendo o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações e materiais.

A resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 1996).

Segundo Gondim (2006) dentro dos princípios básicos da bioética, a autonomia está ligado ao indivíduo agir de acordo com seu plano próprio, a beneficência agir sempre a favor do paciente, a não maleficência está associado a postura do profissional que deve agir no interesse do paciente e a justiça é ser justo em ações e julgamento

Também se considerou importante abordar temas relacionados a ética e pesquisa etnográfica ,já que se trabalhou com sentimentos e sensibilidade dos informantes. Sprandley (1980), coloca que, na pesquisa etnográfica, o pesquisador deve proteger os direitos, interesse e sensibilidade dos informantes, além de colocar-se a disposição dos informantes e as anotações do trabalho etnográfico.

Leininger (1991), também se preocupou com a questão ética dentro da Etnografia mostrando que a dimensão ética e moral das pessoas é definida de acordo com a cultura a que pertence, desta forma o pesquisador ao inserir-se no cenário do estudo deve se isentar de valores e crenças preconcebidos, para evitar conflitos culturais desfavoráveis a ética do estudo.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de ética da instituição para uma avaliação criteriosa da comissão e, após aprovação foi solicitada a cada informante a assinatura de um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual se explicou os objetivos e a importância do estudo para o hospital, família e vítima de queimaduras. A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Instituição –CEP, com o número:03884/08.(Apêndice C)

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentam-se a seguir os resultados e discussões da pesquisa, realizada com famílias de crianças vítimas de queimaduras em um Centro Especializado em Queimaduras no Município de Fortaleza-ce. Descrevem-se inicialmente as famílias e o acidente das crianças; em seguida será apresentada a história de vida das famílias, após o acidente, durante a internação e após a alta.

### 6.1 Apresentação das famílias

Depois de analisados os dados, neste primeiro momento serão apresentadas as famílias com suas principais características, estando sintetizadas tais características no quadro 1.

**Quadro 1** - Relação das famílias de crianças internadas no CTQ com o número de membros, procedência, renda familiar e profissão do chefe da família - abril a maio de 2008

Família	Número de Membros	Procedência	Renda Familiar	Profissão do chefe da família
F 1	08	Pentecoste	Não sabe informar	Agricultor
F 2	06	Maracanaú	Não sabe informar	Aposentada
F 3	04	Fortaleza	2 salários	Vigilante
F 4	06	Fortaleza	1 salário e meio	porteiro
F 5	03	Maranguape	1 salário	Cuida de um sítio
F 6	08	Fortaleza	Não sabe informar	faxineira
F 7	04	Fortaleza	2 salários	pedreiro
F 8	10	Acarápe	1 salário	Ambulante
F 9	06	Cascavel	1 salário e meio	pedreiro
F 10	03	Fortaleza	3 salários	Comerciante
F 11	12	Acaraú	1 salário	agricultor
F 12	04	Caucaia	Não informou	Desempregado
F 13	06	Caucaia	2 salários	Pedreiro (avô)
F 14	05	Horizonte	2 salários	operário
F 15	05	Fortaleza	5 salários	comerciante
F 16	03	Sobral	3 salários	mecânico

Entre as famílias de crianças internadas no hospital nesse período, constatou-se que a maioria tem um número de membros extensos e reside na região metropolitana ou no interior do Estado do Ceará, até porque somente existe Centro Especializado de Queimaduras em Fortaleza, favorecendo a transferência dessas crianças e família para a capital do Estado. Esses familiares apresentam um número elevado de membros indo contra as tendências de redução do tamanho das famílias, segundo os Indicadores Sociais do Núcleo de Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Sócio Econômico – IBGE (BRASIL, 2006), na qual cita que as organizações familiares brasileiras estão mudando, principalmente devido as transformações culturais ocorridas nos últimos anos, entre elas os novos tipos de arranjos familiares.

Quanto ao número de membros das famílias, Danilla (2008), em seu estudo de caso sobre criança queimada mostra que nas famílias onde existem um aglomerado maior de pessoas o risco de acidentes com queimaduras é bem maior.

Dentro das características de cada família, observou-se o informante não sabia quanto era a renda familiar ou dizia que era o valor da bolsa escola dos meninos, sendo que a maioria tinha uma renda familiar até dois salários mínimos, até porque as profissões do chefe da família eram de trabalho informal\*.

Destas famílias somente duas possuíam renda superior a dois salários mínimos, sendo comprovado pelo estudo de síntese de indicadores sociais na qual mostra que essas unidades familiares vivem numa situação vulnerável em relação ao bem-estar de seus membros (BRASIL, 2006).

A desigualdade de rendimento familiar, ainda é marca da sociedade brasileira, principalmente na Região Nordeste, cujas crianças são as mais afetadas. Os dados do IBGE (onde está a referência) (2007), mostram que nessa região 44,1% das crianças vivem em famílias com muito baixo rendimento familiar (BRASIL, 2006).

Os dados ainda revelam que as profissões dos chefes de família são trabalhos que requerem baixa escolaridade, sendo comprovada em algumas falas, durante a entrevista etnográfica. *“Não sei lê, nem escrever.”( F 1); “Estudei somente o primário.”( F 8); “ Nunca estudei não”( F 10).*

---

\*Bolsa escola é um programa de governo criado pelo político Cristovam Buarque cujo objetivo é pagar uma bolsa as famílias de jovens e crianças carentes que freqüentam a escola regularmente, esse programa em 2003 foi incorporado ao Programa Bolsa Família do Governo Federal. Salário Mínimo \$415,00 reais.

O quadro retrata que o homem é o chefe de família, sendo o pai ou o avô, como os únicos provedores do lar. O número de membros das famílias mostra que há uma agregação de parentes; alguns filhos casam ou tem filhos e continuam residindo na mesma casa. Esse tipo de arranjo familiar pode ser denominado de família nuclear extensa secundária, na qual teríamos a família principal (pai/mãe) e outra composta por filho/genro/nora/neto. (BRASIL, 2006).

As famílias do estudo foram classificadas como nuclear (seis), o pai e a mãe estão presentes no domicílio, todos os filhos são do mesmo pai e da mesma mãe, não existindo adultos que não sejam filhos morando no domicílio; A nuclear extensa (oito) estão presentes no domicílio os filhos e outros adultos parentes ou não e a família nuclear reconstituída (duas), o pai e a mãe, estão vivendo uma nova união (KAMERS, 2006; BRASIL, 2006).

O Quadro 2 mostra o local de ocorrência do acidente e as características das queimaduras nas crianças das famílias do estudo e o tempo que essas vítimas e familiares permaneceram longe da sua unidade familiar.

**Quadro 2** – Caracterização do acidente em crianças vítimas de queimaduras considerando o local do acidente, idade, agente causal, superfície corporal queimada (SCQ), profundidade, tempo de internação e o informante-chave. Abril a agosto de 2008.

FAMILIAS	LOCAL DO ACIDENTE	IDADE (Meses)	AGENTE CAUSAL	S C Q	PROFUND.	TEMPO DE INTERNAÇÃO	INFORMANTE CHAVE
1	Cozinha	72 meses	Caldo de Feijão	26%	2° Grau	32 dias	Mãe / Avó
2	Cozinha	24 meses	Líquido Quente	26%	1° e 2° Grau	07 dias	Mãe
3	Cozinha	12 meses	Café Quente	11%	2° Grau	08 dias	Mãe
4	Cozinha	12 meses	Líquido Quente	14%	2° Grau	07 dias	Mãe
5	Cozinha	24 meses	Café Quente	12%	2° Grau	20 dias	Mãe
6	Cozinha	72 meses	Líquido Quente	12%	2° e 3° Grau	26 dias	Mãe
7	Cozinha	12 meses	Líquido Quente	10%	2° Grau	05 dias	Mãe
8	Cozinha	12 meses	Líquido Quente	34%	2° Grau	28 dias	Mãe / Padrastro
9	Cozinha	108 meses	Café Quente	15%	2° Grau	21 dias	Mãe / Irmã
10	Cozinha	24 meses	Líquido Quente	27%	2° Grau	25 dias	Mãe
11	Quintal	60 meses	Fogo	10%	3° Grau	25 dias	Mãe

12	Cozinha	12 meses	Café Quente	12%	2º Grau	20 dias	Mãe
13	Cozinha	11 meses	Mingau	16%	2º Grau	22 dias	Mãe
14	Cozinha	12 meses	Líquido Quente	18%	2º Grau	23 dias	Mãe
15	Cozinha	12 meses	Óleo Quente	15%	2º Grau	12 dias	Mãe
16	Cozinha da Avó	9 meses	Café Quente	26%	2º Grau	33 dias	Mãe

O quadro acima mostra por família as características das queimaduras de seus infantes. Com esse quadro visualizou-se o local do acidente na residência da criança, onde predominou a cozinha, sendo apenas um caso no quintal (nas proximidades da casa) e outro na cozinha na residência da avó. A faixa etária das crianças internadas compreendeu entre 9 e 108 meses, predominando as crianças com idade média de 30 meses e meio.

As crianças estavam na cozinha, próximos muitas vezes do fogão e no momento do acidente sempre tinha um membro da família no local. Esse quadro traz a cozinha como o local mais perigoso para essa faixa etária, pois essas crianças não sabem distinguir o risco de puxar a panela ou o próprio fogão.

Em quase todas as famílias o adulto estava utilizando o fogão no momento do acidente, pode-se observar que o uso do café é um costume da maioria das famílias, e a queimadura foi causada por esse agente no momento do seu preparo.

As famílias não tinham noção dos acidentes que as crianças pequenas estão sujeitas nas cozinhas e relataram que costumavam fazer a alimentação ou café com as crianças bem próximos ao fogão. Algumas perceberam os riscos, somente após o acidente e consideraram a cozinha um lugar de perigo para suas crianças. *“Ele puxou a panela do café que estava na mesa.” (F 3); “ Quando eu tiver no fogão cozinhando, não pode ir que é perigoso”(F6).*

Esses dados também confirmam os estudos epidemiológicos com queimaduras em crianças, na qual mostram que os acidentes com crianças de 1 a 5 anos são na cozinha e na presença de um adulto, tendo como principal agente causal o líquido super aquecido (MARTINS; ANDRADE, 2007; DANILLA, 2008; BOSWORTH-BOUSFIELD, 2002).

Quanto à profundidade e extensão a maioria das queimaduras foram de segundo grau com área corporal queimada superior a 15%, levando a uma média de internação de 10 dia e meio. Nesse tipo de acidente várias partes do corpo são

acometidas, já que o líquido escoava muitas vezes da cabeça até os pés da criança, e quanto menor o infante maior a gravidade do acidente.

Portanto, nesse momento é importante descrever a diferença das queimaduras quanto a sua classificação, para que haja uma melhor compreensão do tempo de internação e alguns cuidados citados pelas famílias no decorrer do estudo. Quanto à profundidade a classificação vai depender da intensidade do agente térmico que causou a queimadura e do tempo de exposição com o agente, conforme descrito no Quadro (3).

### **Quadro 3 - Classificação das queimaduras em crianças segundo a profundidade**

<p><b>PRIMEIRO GRAU</b> Comprometimento apenas da epiderme; Eritema, calor e dor; Não deixa cicatrizes. Pequena repercussão sistêmica. Ex: Queimaduras solares</p>
<p><b>SEGUNDO GRAU</b> Comprometimento da epiderme e parte da derme; dor, eritema, edema e flictenas (bolhas); reepitelização a partir dos anexos cutâneos (folículos pilosos e glândulas); cicatrização lenta (duas a quatro semanas); pode deixar seqüelas; manchas (discromia); cicatriz; pode necessitar de enxertia. Ex: Escaldaduras</p>
<p><b>TERCEIRO GRAU</b> Destruição de todas as camadas da pele, podendo atingir subcutâneo, tendões, ligamentos, músculos e ossos; lesão branca ou marrom-pele seca, dura; não há regeneração tecidual; ausência de dor; necessita de procedimentos cirúrgicos como: desbridamentos e enxertos de pele; cicatriz com retração; prováveis amputações, se queimaduras em mãos ou pés.Ex: Choque elétrico.</p>

Fonte: Vale (2005, p. 13)

No quadro 2 observa-se que os acidentes por líquidos quentes, são caracterizados como escaldaduras e que a lesão de predominância é de segundo grau. Fernandes Junior, Fontana e Corrêa (2008), referem que 70% das queimaduras em crianças são causadas por escaldaduras. Esses tipos de queimaduras costumam ter bom prognóstico e mesmo que em alguns casos o tempo de internação se prolongue as seqüelas são mais psicológicas.

As crianças foram internadas principalmente pela extensão do corpo queimado e é consenso nos estudos sobre criança queimada que aquelas menores de 10 anos e que apresente mais de 10% do corpo queimado; ou com queimaduras profundas em mais de 5% de área corporal queimada; ou queimaduras em áreas especiais (face, mãos, pés e genitália); ou queimaduras associadas a patologias de base e lesão inalatória, devem ser tratadas em centros especializados em queimaduras (SERRA; LEMOS; COSTA, 2008).

A necessidade de internação está clara pelas características das queimaduras das crianças atendidas no período da realização do estudo. A família da criança deve ter compreensão da gravidade do acidente e das alterações clínicas que são comuns a queimaduras, para que possa confortar sua criança e colaborar



nas realizações do tratamento, porque o acidente é uma realidade na dinâmica das famílias.

O quadro 2 mostra ainda o papel da mãe na prestação do cuidado a criança, porque os informantes-chave na sua maioria foram as mães das crianças; elas permaneceram todo período de internação, com exceção de duas famílias: o primeiro caso a mãe apresentou distúrbio de comportamento e avó teve que acompanhar a criança e outro o padrasto devido à mãe ter adoecido.

Percebe-se que mesmo nos dias atuais as mulheres ainda são culturalmente as cuidadoras dos membros de suas famílias, sejam no papel de mãe ou avó. Desse modo Duro (2006) reforça dizendo que a sociedade coloca o sexo feminino como a responsável pela criação de seus filhos e que a mulher-mãe deve permanecer sempre próxima aos filhos, assumindo o cuidado de suas crianças.

A presença masculina como informante-chave foi justificada pelo padrasto que esteve por alguns dias como acompanhante de sua enteada. Os pais das outras famílias apenas vinham no horário de visita com outros membros da família como tios, tias e avós.

Hovey (2006), ao abordar sobre o papel do pai dentro do processo de hospitalização do filho, mostra que é pouco comum entre as famílias os pais serem acompanhantes de seus filhos durante a hospitalização, devendo-se a isso sua qualidade de provedor financeiro das famílias.

A cultura das famílias é percebida ao se destacar o principal local do acidente com queimaduras em crianças, o tipo de agente térmico e o familiar que permanece no hospital com as vítimas. A prática do enfermeiro deve ser a de educar de forma que os costumes sejam preservados e não se tornem uma ameaça para seus filhos, como é o hábito de algumas famílias.

## **6.2 Apresentação das famílias do estudo**

### **Família 1**

Família nuclear extensa; pai (31 a), analfabeto, agricultor; mãe (25 a), alfabetizada, dona de casa, gestante de cinco meses, fumante, não faz pré-natal, não utiliza nenhum método contraceptivo; três filhos do sexo masculino (14 a, 8 a, 6 a); duas meninas (4 e 2 anos). Todas as crianças em idade escola recebem do

governo ajuda através do programa Bolsa Escola. Não sabem informar sobre renda familiar. A família se diz católica e residem no Município de Pentecoste

A aproximação com a família foi no dia anterior a internação da criança, pois ela deu entrada no serviço no turno da noite. Ao chegar no leito do menino a mãe encontrava-se perto da janela, longe do filho e a criança estava deitada no berço com olhar fixo na parede, semblante triste. Percebeu-se certo nervosismo da mãe ao ser abordada pela equipe sobre o acidente, não mostrava sinais de preocupação com o estado de saúde da criança e interagiu apenas com as outras acompanhantes da enfermaria.

No segundo encontro a mãe continuava muito calada, interagindo pouco com a pesquisadora. Nesse dia a criança seria submetida a primeira Balneoterapia com anestesia e no momento do banho a mãe não mostrou carinho pelo o filho, andava pelos corredores enquanto a criança chorava muito antes do procedimento. Ao receber o filho ela ouvia as orientações sem muita atenção e chamava a criança pelo apelido “Lourival”, porque ele gostava de ser chamado por esse nome.

No terceiro encontro a avó materna do menino estava como acompanhante, disse que a filha era “Louca”, devido “ter quebrado o resguardo”. A mãe tinha entrado em conflito com outras mães na enfermaria e apresentou distúrbios de comportamento, não cuidava do filho, sendo solicitado pelo serviço social outro acompanhante.

A avó interagiu bem com o neto e as outras acompanhantes, porém entrava em atrito com equipe de enfermagem, falava alto e ao perguntar como ele estava de saúde, informava que o “Lourival” tinha morado com ela desde o nascimento até os quatro anos, mas agora morava com os pais.

A criança foi vítima de queimaduras por acidente doméstico, com líquido quente e o primeiro atendimento foi no Hospital de Pentecoste, sendo transferido para o CTQ, somente após dois dias de queimaduras. O acidente ocorreu no horário do almoço, quando a mãe preparava a comida e segundo a avó a panela virou em cima do menino. A acompanhante relatou: *“Ele vinha correndo brincando, ai bateu na mesa e bateu com a cabeça na panela que estava no fogo ai virou” (avó).*

Porém, a interação da criança com a pesquisadora, mostrou outra versão para o acidente, na qual a mãe foi a culpada; sendo comprovado pelas suas falas: *“Eu vinha correndo e a minha mãe me empurra no fogão e a minha cabeça bateu no fogão (criança)”*.

A mãe imediatamente lavou a queimadura com água corrente e o pai conduziu a criança para o hospital de Pentecoste. Ao chegar no CTQ apresentava sinais de desidratação, as lesões estavam expostas, com odor fétido.

A criança estava muito traumatizada com a internação anterior, apresentava nos membros superiores muitos hematomas pós-punção venosa e observou-se pouco apoio da família na superação do trauma; a mãe, no período que permaneceu com o menino, o repreendia em todos os momentos que chorava durante a realização dos procedimentos, reveladas pelas falas a seguir: *“O choro dele é só escândalo.” “ Se chorar deixo você sozinho, ou vou embora, pensei que tina deixado um homem no hospital ,mais vejo que encontrei uma Florzinha...” “Cala a boca, pára de chorar” (mãe).*

A equipe de enfermagem procurava ser bastante carinhosa com a criança, porém no decorrer da internação o menino no contato com a equipe gritava e chuta a todos; a pesquisadora conseguia interagir melhor com a criança após alguns encontros. O tempo de internação foi de 32 dias, ficando a avó a maior parte do tempo, nunca recebeu a visita de seu pai. A avó cuidava bem da criança, durante os encontros no ambulatório e no domicílio disse que ele ficaria morando novamente com ela.

A **família 1** era de difícil convivência. Nos três encontros realizados na residência da avó foi observado que a criança estava feliz, falava naturalmente e mostrava as marcas da queimadura, quando perguntado sobre o cuidado ideal, a avó respondia: *“ Limpeza, onde ele está tem que esta limpo, trocar os lençóis, evitar dele está no sol, dar os remédios na hora certa, alimentação normal, não molhar o curativo.”*

Já em relação á prevenção de novo acidente as falas mostraram certa revolta por parte da avó pela dificuldade financeira da filha e a falta de condições de cuidar dos netos: *“Deve evitar o acidente, cuidar do jeito que pode, não tem dinheiro pra pagar uma babá, as pessoas é que tem que se virá.”;os meninos tudo pequenos é difícil de olhar.”*

A **família 1** mostrou que no convívio entre os membros, existe a pessoa autoritária que dita as ordens, no caso pais e avós, e os laços familiares são traçados sem muito carinho para com os filhos. Dentro do ambiente doméstico identificaram-se fatores de riscos para acidentes com as crianças, como remédios

expostos e de fácil acesso, tomadas expostas, a cozinha era bastante pequena e as crianças tinham acesso ao fogão com muita facilidade.

Durante as visitas a pesquisadora procurava esclarecer as dúvidas quanto ao tratamento e medidas de prevenção de acidentes, além de conscientizar a avó do menino sobre a necessidade de prevenir seqüelas pós-queimadura.

### **Família 5**

Família nuclear simples, pai (33 a), ensino fundamental I, trabalha em um sítio na região Metropolitana de Fortaleza (Maranguape); mãe (25 a), ensino fundamental I, dona de casa; renda familiar de um salário mínimo, vivem em união estável a dois anos; uma filha de 2 anos e 6 meses. Informam freqüentar a igreja evangélica.

A aproximação da pesquisadora com a família se deu no momento da internação da criança, esta veio acompanhada pela mãe e uma auxiliar de enfermagem, chorava muito, a mãe estava calma e acalentava a filha e durante a realização dos procedimentos não falava nada, apenas observava e chorava junto com a filha.

Após uma hora de internação o pai veio ao serviço, estava nervoso, porém mostrou carinho com a esposa e filha; não permaneceu no hospital, a mãe ficou como acompanhante. Somente no dia seguinte pela manhã, após a criança ser encaminhada a sala de balneoterapia, convidou a mãe a participar do estudo. Inicialmente conversou sobre a família e o acidente, porém a criança retornou da balneoterapia e observou-se as atitudes da mãe que beijava a filha calmante apesar de ver a agitação pós-anestésica da criança.

Segundo a mãe, a criança foi vítima de queimaduras por um acidente doméstico com café quente, vindo imediatamente para o hospital. O evento aconteceu dentro da cozinha pela manhã quando ela estava tomando café; informou que a menina estava brincando na mesa próximo ao recipiente, nesse momento um brinquedo caiu no chão, a criança baixou para pegá-lo e ao levantar-se bateu no recipiente virando-o sobre o corpo da menina.

Após o acidente a avó ajudou a socorrer a criança, conforme a seguinte fala: *“Sai correndo com ela no braço pra casa da minha mãe, chegando lá pegamos um carro e levamos pro hospital de Maranguape, lá transferiram pro IJF.”*

Quanto ao acidente, a família considerou que foi favorecido pela criança está brincando e ter derrubado o brinquedo, dizendo: *“ Acho que foi porque ela foi pegar o brinquedo dela, criança quando a gente mau imagina está no nosso pé.*

A família ao descrever sobre mudanças na dinâmica familiar após o acidente relatou que mudou tudo, agora a avó materna vem ficar com ela, enquanto sua mãe faz os afazeres do lar e agora sabem como evitar outro acidente com queimaduras; confirmado durante as visitas realizadas no domicílio da criança:

*“ Mantenho ela distante da cozinha, pra poder evitar. “ Sei sim, com certeza, não é, pelo que eu já passei , aqui em casa a gente já deixava ela longe agora coloquei uma tábua pra ela não passar pra cozinha”. “Mudou a atenção, a minha mãe está vindo me ajudar, pra eu poder fazer as coisas.”*

A mãe demonstrou muito controle emocional durante todo o período de internação da criança, interagiu bem com todos da equipe, porém não perguntava sobre os cuidados prestados a filha, no domicílio quando a pesquisadora indagou sobre essa reação da mãe ela respondeu:

*“Eu não fazia pergunta porque pensava que iam falar quando eu fosse pra casa” Elas não falavam nada e eu não perguntava (Balneoterapia), ficava nessa. Esperava que a pediatra falasse alguma coisa, o que fazer quando ela fosse pra casa.”*

Essas atitudes mostram que a família ainda sente receio de abordar a equipe sobre as condutas no tratamento da queimadura e por uma questão cultural aguardavam passiva a resposta de suas dúvidas.

A família foi acompanhada por um período de 20 dias no hospital, sempre no período da manhã e em alguns momentos à tarde; na residência foram realizados dois encontros, as visitas foram aos sábados pela manhã.

Durante o convívio com a família, foi possível perceber que os membros eram bastante unidos, os avôs da criança estavam sempre presentes ajudando a cuidar da neta, a casa era simples, porém bem organizada e ao serem indagados sobre o cuidado ideal para a filha, a mãe respondeu: *“Com atenção, Cuidado dobrado”*

Nos encontros sempre tinham dúvidas em relação ao cuidado e faziam perguntas principalmente com relação a lesão: *“Eu tenho que passar um óleo onde não tem mais atadura?”*.

Essa família superou o acidente, mesmo sendo colocado como a pior coisa que aconteceu com eles, a mãe refere que agora dar muito carinho a filha e procura fazer com que ela esqueça o tempo que permaneceu no hospital, porém todas as vezes que retorna ao serviço ao entrar no elevador a criança já chora.

### **Família 6**

Família nuclear secundária composta pelos seguintes membros mãe (28 a), analfabeta, faxineira, grávida de oito meses, fazendo pré-natal; dois filhos (6 e 2 a ); avó materna (48 a), analfabeta, dona de casa, ajuda a cuidar dos netos, avô materno (53 a), sabe ler e escrever, pedreiro; irmã mais velha (35 a), analfabeta, empregada doméstica, dois filhos (14 e 5 a ). A mãe da criança queimada mora no quintal da casa de seus pais em dois compartimentos e os filhos ficam a maior parte do tempo na casa dos avôs. Residem em Fortaleza e os avôs são evangélicos, porém a mãe informa simpatizar pela religião católica: *“Na verdade sou católica e evangélica, porque freqüento as duas”*.

A aproximação com a família foi no dia posterior a internação, o menino tinha sido admitido na noite anterior, a mãe estava sentada em uma cadeira e a criança estava dormindo e aguardava o primeiro banho com anestesia.

A pesquisadora conversou com a mãe, ela mostrava-se cansada, sendo confirmado em sua fala: *“Estou muito cansada, mas não tenho quem fique com ele ,minha mãe cuida dos meus outros dois e minha irmã tem um de 6 meses, o pai desse (apontando para a barriga) só fez.”* Ao final da fala encheu os olhos de lágrimas. Nesse momento percebeu-se que ela estava muito fragilizada com a situação em que se encontrava. Ficou calada por um curto período e perguntou que horas seria o banho do filho.

Logo após a criança foi conduzida a sala de balneoterapia, a mãe acompanhou o menino, em silêncio, na sala não fez perguntas e respondeu apenas o que lhe foi solicitado. Encaminhou-se ao leito da criança e chorou por um período e nas suas falas mostrava a angústia e o medo de perder o filho: *“Na primeira vez que ele levou o banho eu fiquei assustada, não chorei, mais fiquei (silêncio), me explicaram que só era um banho e era preciso a anestesia, ai eu tive que ir me acostumando.”*

Nos encontros subseqüentes a equipe de enfermagem reclamava da mãe quanto a sua higiene pessoal, disse que no momento de tomar banho preferia ficar na porta da sala de balneoterapia, ela também falava que o menino gritava muito quando ela se ausentava e por isso tinha dificuldade até de tomar banho.

Os outros familiares (avó e tia) vinham ao serviço somente nos finais de semana, e a mãe estava bastante preocupada com a gestação e os outros filhos dizendo: *“estou muito preocupada com os outros e também porque parei o pré-natal.”* Em todos os encontros mostrava preocupação com as condições de saúde do filho e o desejo de ir logo para casa: *“Como eu queria ir para casa.”*

A criança foi vítima de queimadura por acidente doméstico por líquido quente na casa de seus avôs, sendo conduzido ao hospital logo após a queimadura. O evento aconteceu na cozinha quando a criança foi subir em um armário próximo ao fogão, bateu e virou a panela com água quente sobre ele, a mãe não estava no momento, porém os demais membros da família presenciaram o acidente.

A família logo após a queimadura solicitou a ambulância (SAMU), acompanhando a criança até o hospital, sendo evidenciadas pelas falas: *“Joguei água nele e minha irmã disse que eu tinha que levar ele pro hospital ai chamamos a ambulância (SAMU), o acidente foi as nove horas da noite e a ambulância so chegou às dez horas.”*

Quanto ao acidente a mãe disse ter sido favorecido por ele ter subido no armário e ela não está no local, dizendo: *“ Eu não tava na casa da minha mãe, tava na minha casa, e ele foi subir pra mexer numa tábua em cima do armário.”* A mãe em todos os encontros repetia que a queimadura tinha ocorrido por que ele era inquieto e tinha ido mexer onde não devia. A responsabilidade do acidente ficou para a criança.

Mesmo responsabilizando a curiosidade do filho pelo acidente, a mãe era muito carinhosa com o menino, sempre explicando que era preciso a realização dos procedimentos, os jejuns e se mostrava em todos os encontros com a pesquisadora preocupada com o filho doente e as outras crianças em casa; sendo reveladas nas falas: *“Não vai acontecer mais não, estou conversando com eles e ele ficou com medo, perguntei se ele ainda ia subir no armário ,disse que nunca.” “só vou pra casa quando ele for também (olhos ficaram cheios de lágrimas).”*

Quanto ao cuidado ideal do filho após a alta, a mãe sempre dizia que era importante conversar com ele, para que este compreendesse a importância de

permanecer em casa, “quieto”, já que a criança tinha costume de brincar na rua com outras crianças, costumava dizer: *“Ele chora muito para ir brincar na rua, converso com ele que não pode, porque ele vai sujar os curativos ai ele entende, não é?”*.

Durante as visitas realizadas a família, a mãe da criança estava confiante em relação a recuperação do filho, porém referia dificuldades financeiras de levar o menino para os retornos ambulatoriais, perguntando se não podia cuidar das lesões em casa; entretanto a pesquisadora explicava que não, porque percebeu ser a casa um ambiente insalubre, com os compartimentos da residência muito pequenos e cheios de infiltrações.

A mãe sempre se mostrava grata pela ajuda de seus familiares no cuidado de seu filho e dizia: *“todos me ajudam aqui!* Percebia que apesar das poucas posses, os avós procuravam ajudar a filha nas despesas com as crianças, até porque ela estava sem trabalhar devido a gravidez. A avó mostrava-se preocupada em relação a outros acidentes com queimadura e em sua fala disse: *“Agora mudamos o canto do fogão, tiramos de perto do armário.”*

A família estava a cada dia aprendendo a conviver com o acidente e mostrava-se feliz pela criança esta em casa. A mãe sempre muito expansiva dizia: *“Tenho dúvida, mas graças a Deus está melhorando, fiquei doida, pensei que ele não ia escapar”*.

Nos encontros no domicílio identificaram-se alguns fatores de risco que favoreceram o acidente da criança, entre eles o espaço físico, a cozinha era muito pequena, o fogão e demais móveis não permitiam que as crianças transitassem livremente e as tomadas estavam em péssimas condições de funcionamento. Esses fatores foram abordados pela pesquisadora como forma de prevenir possíveis acidentes com outras crianças.

### **Família 9**

Família nuclear secundária composta pela mãe (46 a), dona de casa, analfabeta; pai (52 a), pedreiro, sabe ler e escrever; irmã, (25 a), ensino fundamental, faxineira; um irmão (14 a), estudante; duas criança (9 e 2 a); residem no Município de Cascavel. A família se diz católica.

A aproximação da pesquisadora com a família foi confusa, na verdade o primeiro contato foi com a mãe da criança, que no primeiro momento disse que a filha morava com o pai; ao iniciar a observação percebeu que a menina não demonstrava carinho pela mãe e nem tampouco a mulher pela filha.



O primeiro encontro foi no dia da internação, no final da tarde após transferência do hospital de Cascavel. A mãe da criança estava inquieta e referia estar preocupada com a outra filha de 2 anos que estava em casa e ainda mamava. No terceiro encontro na enfermaria, observou-se que havia outra acompanhante com a criança; era a irmã; falou que a menina era criada por sua família desde pequena e que a mãe não tinha muito contato com a filha.

Disse ainda que, a partir daquele momento, ficaria com a menina, porque a mãe não interagia bem com a criança. Observou-se que o relacionamento entre elas era mais carinhoso. Durante o convívio da pesquisadora com a mãe da menina, percebeu que a menina ficava muito agitada, não aceitava os procedimentos e que a mulher utilizava palavras agressivas com a criança, reveladas pela fala: *“vem aqui fazer medo a ela para comer, diga que vai dar uma injeção”*. Pelas atitudes da mãe foi solicitado outro acompanhante para a criança e a irmã adotiva veio substituí-la; a mãe adotiva estava viajando.

A menina foi vítima de acidente doméstico na cozinha de sua casa, ela estava sentada a mesa com seu sobrinho, o pai adotivo durante o cozimento do café apóio sobre a mesa em falso virando o líquido aquecido sobre as pernas da criança. Logo após o acidente o pai socorreu a filha adotiva lavando a queimadura e encaminhando-se a unidade de saúde, sendo confirmada pelas falas: *“ Meu pai lavou com água gelada, foi atrás de um carro pra levar pro hospital,ele estava só com as duas crianças.”*

A criança era extremamente rebelde, não interagia bem com a equipe de enfermagem, xingada a todos, chorava muito; a irmã dizia que ela sempre tinha atitudes agressivas em casa e falava na frente da criança: *“A mãe dela nunca ligou pra ela”*. Nos encontros com a pesquisadora, associaram o acidente a forças superiores, magia, acreditavam que a menina tinha visões sobrenaturais e havia previsto o acidente, reveladas na fala da mãe adotiva:

*“Eu não vi, não sei explicar muito bem ,mais acho que a mesa esta com a parte de cima solta.” “ Antes de acontecer ela disse que ia morrer.”Ela pressentiu o acidente.” Ela dizia ouvi vozes atrás dela ,acho que é porque ela não é batizada.” “ Eu sou muito católica”*.

Com as falas percebeu que culturalmente essa família acredita que forças sobrenaturais poderiam influenciar sobre suas vidas e que o batismo seria uma forma de evitar que a menina estivesse vulnerável a essas forças. O tratamento da

queimadura foi muito prolongado, a criança não colaborava com o tratamento, era desnutrida e não se alimentava bem, sendo necessário iniciar dieta enteral, como forma terapêutica não sendo aceita pela criança que a retirou várias vezes. A mãe adotiva vinha visitá-la sempre, a criança ficava calma na presença dela, dizia que não podia ficar acompanhando porque era hipertensa e ficava nervosa no hospital.

A criança foi submetida a dois enxertos de pele e a cada procedimento mostrava distúrbios comportamentais, em alguns momentos ficava agitada ou apática, olhar fixo, chupando o dedo indicador direito, necessitando de acompanhamento psicológico .

Os encontros com a pesquisadora foram durante os 21 dias de internação e os dois meses de atendimento ambulatorial, não foi possível realizar o acompanhamento no domicílio, devido a distância da residência.

A menina sempre vinha acompanhada ao serviço pela mãe adotiva e irmã, elas sempre faziam perguntas a pesquisadora sobre como cuidar da menina em casa e solicitavam orientações sobre a alimentação da criança. *“Gostaria de saber como cuidar direitinho dela, o que ela precisa comer, ela pode comer ovo? Eu tenho medo de dar, dizem que inflama. Também quer comer feijão e eu não dou , o pessoal lá diz que é reimoso( faz mal aos doentes).”*

**A família 9** trazia crença em relação à hábitos alimentares, acreditando que algumas dietas poderiam piorar as condições clínicas da lesão. A pesquisadora valorizou algumas crenças, porém mostrou que certos alimentos que detêm maior valor calórico devem ser oferecidos, para favorecer o processo de cicatrização da ferida.

Quando foi perguntada sobre o cuidado ideal a uma criança vítima de queimadura a família respondeu:

*“Como toda mãe cuida” Quando estava em casa não deixava eles na cozinha, eles não comiam na mesa, eu pegava e botava eles sentados no chão, num cantinho e eles comiam lá ,sentadinhos no chão, é mais difícil eles se queimarem;”Evitando que ela se mexa muito ,pro enxerto não sair, dar a comida nas horas certas.”*

Durante o período de acompanhamento dessa família, percebeu que mostram muito carinho pela criança e que demonstram medo de perdê-la, pois a mãe biológica havia tentado tirá-la de seu convívio, relato dito em alguns encontros.

## Família 10

Família nuclear simples composta pela mãe (27 a), dona de casa, concluiu o ensino médio; pai (31 a), comerciante, curso técnico em informática, filho (2 a ); residiam atrás da Lan House da família; anteriormente moravam com a família do pai da criança, porém resolveram sair para sua própria casa, reveladas pelas falas: “*Quem casa, quer casa, não é?*” Possuem transporte próprio, a criança tem plano de saúde, apresentam condições econômicas estáveis. São evangélicos e freqüentam regularmente sua igreja.

A aproximação da família se deu logo na emergência, a criança chegou nos braços da mãe, que chorava muito, o pai gritava e pedia a atenção da equipe, no sentido de atender logo da criança.

Nesse primeiro contato, a pesquisadora observava e ajudava nos procedimentos tentando acalmar a família; os pais estavam se recuperando de uma conjuntivite e a equipe mostrou-se preconceituosa em relação as condições de saúde da família, procurando confeccionar rapidamente as bandagens, não interagindo bem com os pais.

O segundo encontro com a família foi no horário de visita; os pais estavam mais calmos, a mãe se dizia culpada, já que não fazia outra coisa, a não ser cuidar da criança: “Eu me senti culpada, devia ter sido mais atenta”; como mãe deveria ser mais atenta.”

Durante os encontros ela sempre repetia que deveria ter sido mais cuidadosa; o pai vinha sempre no horário das visitas, os avós foram poucas vezes ao hospital, mas sempre eram muito simpáticos com a pesquisadora e amáveis com o neto. A mãe desde o início da internação colaborou no cuidado do filho, seguia todas as orientações e tinha muito medo de infecção.

A criança como as demais do estudo, foi vítima de acidente doméstico, na cozinha de sua residência, o menino estava sem roupa indo para o banheiro tomar banho para almoçar, como a cozinha era muito pequena, ao passar entre o fogão e geladeira, esbarrou no fogão virando a cuscuzeira sobre a criança, nesse momento a mãe estava na pia e o pai que trabalhava na frente da casa, ambos estavam na hora do acidente. No domicilio a família relata que ficou desesperada sendo confirmadas nas falas: “*Ele tava entre o fogão e a geladeira ele ia tomar banho;* “

*Nós ficamos desesperados, apavorados; eu queria dar banho mais meu marido não deixou, gritava não mexe, não mexe.”*

Chegou logo ao Centro de Queimados, já que eles moravam próximo ao hospital, foi internado e no dia anterior realizaram o primeiro banho com anestesia, a mãe sempre calma, porém a criança estava muito irritada, pedia o “Abu”, segundo ela o menino mamava e chamava os seios de “Abu”. *“ Ele quer ABU (mamar).”* A mãe conduziu a criança até a sala de balneoterapia, beijava o filho; a equipe pediu que ela saísse. Ela olhou para a pesquisadora e disse: *“Você me diz como está lá? Ele vai ficar bom ?*

A família dava muita atenção ao menino e o berço sempre estava muito organizado e limpo, a mãe muito dedicada procurava perguntar sobre o tratamento do filho durante a visita clínica e quando não entendia as explicações perguntava a pesquisadora, reveladas em suas falas: *“Ele ta se recuperando bem?” Pode ser que no final do mês a gente possa ir para casa ?*

No quinto encontro com a pesquisadora a mãe estava muito feliz porque o banho anestésico tinha sido suspenso, indagou: *“pelo jeito se eles tiraram é porque está sarando rápido”*. A criança se recuperou bem, recebendo alta e sendo acompanhada no ambulatório de queimados; era muito doloroso para a mãe o momento da troca de curativo e sempre ela chorava muito. Tivemos mais quatro encontros no ambulatório, e quando a criança recebeu alta do ambulatório. Nos dois encontros no domicílio os pais estavam em casa, ele na Lan House e ela cuidando do filho. Ela dizia:

*“Cuido dele com bastante carinho a gente conversa bastante, mais ele ta muito traumatizado. Depois que ele tirou o curativo tinha que botar uma fralda, ele não queria ver. Ele ficou com muito medo de olhar para a pele dele, ele queria ficar o tempo todo enfaixado”*.

A mãe mesmo não trabalhando fora, dizia que a sua rotina diária tinha mudado muito, permanecia a maior parte do tempo com a criança no quarto; a cozinha era um local proibido para o filho, pelo menos até eles conseguirem uma casa com mais espaço:

*“O meu filho é tudo que eu tenho, foi um acidente ,por mais cuidado que eu tenho acaba acontecendo. “ Eu procuro acordar mais cedo pra fazer as coisas antes dele acordar.” E na cozinha ele não vai mais de jeito nenhum; Meu Deus, estou com muito cuidado.”*

Quando a família falava sobre o acidente com queimaduras do filho sempre dizia: *“o que favoreceu o acidente foi ele esta no lugar errado e a cozinha não é lugar de criança”*.

A mãe acreditava que ele tinha se recuperado rápido, porque ela sempre seguia as orientações da equipe: *“agora não lembro de todas ,mais nunca esqueço que eles diziam pra ter cuidado com a contaminação ,eu sempre lavava as mãos antes de pegar nele.”*

No último encontro da pesquisadora com a família a criança estava dormindo, as marca das queimaduras eram pouco visíveis. A mãe chorou muito e agradeceu a todos do CTQ, disse que era muito grata por tudo.

## **Família 11**

A família nuclear extensa composta pela mãe (40 a ), dona de casa, analfabeta; pai (45 a), agricultor, analfabeto e dez filhos; sendo 8 homens e 2 mulheres, todos encontravam-se na faixa etária de 1 a 14 anos, todas as crianças com idade acima de 5 anos estudavam e recebiam Bolsa Escola. Residiam no distrito de Acaraú-ce; tratava-se de uma família muito religiosa, freqüentavam a igreja católica.

A aproximação com a família se deu no dia posterior a internação, já que a criança e sua mãe tinham sido admitidas no serviço na noite anterior. Ao entrar na enfermaria a mãe, ao lado do filho, estava muito preocupada com os familiares que ficaram no interior, pois não teve como avisar ao esposo que o filho seria transferido para o CTQ, revelado nas suas falas: *“Não sei nem se o pai dele sabe que eu estou aqui.Nunca vim aqui em Fortaleza.”*

Nos encontros seguintes a mãe demonstrava sentimentos de solidão, já que todos da enfermaria recebiam visitas e ela sempre estava sozinha; a todo o momento repetia que estava sentindo saudade dos outros filhos e pedia a Deus que lhe ajudasse, tinha uma religiosidade muito presente, comprovadas por suas falas: *“Ai meu Deus; estou que não agüento a falta dos outro”. “Oh! Meu Deus. “Queria que ele andasse pra ver se a gente vai embora,oh! Jesus.”*

A pesquisadora observava que a mulher era muito carinhosa com o filho, não demonstrando tristeza quando estava cuidando do menino, era solidária com as outras mães e sempre que possível ajudava. Ela estava muito ociosa e nos

encontros revelava que sentia falta dos seus afazeres de casa; o esposo ligava sempre para o telefone comunitário para saber notícias do filho.

A criança foi vítima de queimaduras, tendo com agente causal o fogo, o acidente aconteceu no quintal de sua residência, o pai era agricultor e complementava renda familiar fabricando carvão próximo a sua casa:

*“O acidente foi assim, meu marido faz carvão pra vender e ajudar no alimento da casa, ele faz um buraco bem fundo e enche de lenha e cobre de ramo e arreia e coloca fogo, ele (criança) pisou e a perninha desceu e queimou”.*

A mãe relata que como morava muito distante da sede do município cuidou da criança com queimaduras em casa; somente após 4 dias a Diretora da escola foi saber notícia da criança, que não estava indo para aula, e vendo as condições do estudante ajudou-a na remoção para o serviço de saúde.

A família cuidava da queimadura de acordo com os costumes e conhecimentos que tinham de tratar ferimentos, que contribuiu para o desenvolvimento de um quadro infeccioso:

*“Lavei a perninha dele, ai eu não tinha outra solução, eu gastei meio quilo de açúcar passando na perna dele pensando que seria melhor, mais interessante é que o doutor disse que o melhor era água muita água, eu não sabia coloquei foi o açúcar, fiquei com ele em casa.”*

*“Ai deu febre, comecei a dar Melhoral infantil, mandando rezar na perninha dele e passando óleo de comida, passei 3 dias, quando ele chorava, dizendo que a perna tava doendo eu passava óleo e dava o Melhoral.”*

A criança foi transferida do Hospital Municipal de Acaraú para o CTQ, a lesão apresentava crosta e odor fétido, sendo necessário submeter-se a uma limpeza cirúrgica. Nos encontros com a pesquisadora, a mãe em alguns momentos mostrava-se culpada por não ter cuidado do filho corretamente.

Era muito carinhosa com o menino e após o curativo com anestesia, acariciava-o, esse sentimento também era revelado nas suas falas: *“Dou muito carinho e tento fazer ele andar, porque dizem que ele tem que andar, porque se não a perna fica dura.”*

Nos encontros referia que procurava fazer tudo direitinho para poder ir mais rápido para casa, incentivava a criança a comer, deambular e expressar suas

queixas; mas pelas próprias condições da lesão a criança a cada procedimento cirúrgico ficava mais traumatizada, gritando e chutando a equipe de enfermagem.

Durante todo o período de internação a criança e a mãe não receberam visitas de parentes; e após a alta da criança ainda permaneceram três dias no hospital aguardando a ambulância do interior. Acompanhante não reclamava e sempre falava: *“Meu filho no momento que Deus quiser eles vêm buscar a gente”*.

Mesmo não tendo oportunidade de interagir com outros membros da família, percebeu que havia uma cumplicidade entre seus membros, a mãe sempre dizia que o mais importante era proteger a todos dos perigos e a ajuda do esposo e dos filhos mais velhos não conseguiriam realizar todas as suas tarefas. Reveladas nas suas falas: *“Quem cuida deles é eu, é só eu, o pai sai pra trabalhar de manhã e quando chega tardinha me ajuda com eles, até a hora de dormir.”*

No último encontro, a mãe disse que tinha aprendido muito, ouviu muito no hospital para ter mais cuidado e que naquele momento não tinha dúvidas, dizendo: *“Não tenho dúvidas não, não tenho não. Eu estou explicada de tudo.”*

**A família 11** tinha crenças bem marcantes para o estudo; cuidava de acordo com seus costumes e se comunicava sempre de maneira submissa, mostrando-se agradecida a todos do setor.

## **Família 12**

Família nuclear simples composta pela mãe (28 a), dona de casa, ensino médio incompleto; pai (32 a), desempregado, ensino fundamental completo, duas filhas (2 a, 1 a); freqüentavam a igreja católica e residiam no Município de Caucaia.

A aproximação da pesquisadora com a família foi difícil, já que a mãe da criança estava muito abalada com o acidente chorava muito e demonstrava descontrole emocional a todo cuidado prestado a filha pela equipe de enfermagem.

Não gostava de ser abordada sobre o acidente da filha, estava muito abatida e permanecia com a menina no colo. No segundo encontro a mãe gritava desesperadamente: *“Ela perdeu o Soro! Ela perdeu o soro”*. Nesse momento percebeu que ela necessitava de apoio psicológico. Durante a conversa com a pesquisadora foi explicado que a menina estava bem e que todos os profissionais estavam engajados na recuperação da criança.

Ao final do encontro mãe e filha receberam a visita do pai, ele colocou a filha no colo e disse para a esposa que estava tudo bem com a outra criança, informando que a avó paterna estava cuidando dela; a mãe muito chorosa dizia: *“queria estar em casa”*.

Nos demais encontros a mãe continuava chorosa e assustada, não gostava de falar sobre o acidente da filha: *“ É uma história tão longa prefiro não falar.”* Somente no quinto encontro com a acompanhante a pesquisadora tornou-se um amigo confiável e a mãe conversou sobre o acidente da menina e sua forma de cuidar da filha.

Ao falar sobre o acidente a acompanhante relatou que a criança e a irmã costumavam ficar brincando na cozinha enquanto a mãe fazia a alimentação. No dia do acidente a menina estava no chão longe do fogão, ela preparava o café e não percebeu a presença da criança próximo a fogão, puxando o pano de coar, ocasionando o acidente: *“Foi muito rápido.” A gente pensa que é um pesadelo, a gente fica anestesiada. “ Eu fiquei desesperada, se não fosse meu marido, não sabia o que fazer.”* Na hora do acidente o pai chegou, banhou a filha e foram para a unidade de saúde e chegando lá foram transferidas para o CTQ.

No primeiro banho com anestesia a mãe entrou em pânico e chamava pela filha, aos gritos: *“Minha filha, minha filha!”*. A criança apresentou vômitos após a anestesia deixando a mãe ainda mais ansiosa, mesmo todos da equipe multidisciplinar conversando com ela, não conseguia se acalmar.

Sentia-se segura somente quando o pai e os avôs da criança vinham visitá-las; porém o serviço não permitia que mais de um familiar ficasse como acompanhante.

A mãe durante o período de internação da criança, pouco perguntava sobre o tratamento da filha, sempre se desesperava durante as punções venosas e os curativos; ela em sua fala deixa clara sua personalidade frágil e insegura: *“Não perguntava porque tinha medo deles dizerem que ela ia fazer cirurgia, não ia agüentar, acho que era capaz de desmaiar”*. A todo o momento pediam que eu *tivesse calma.”*

A mãe não interagiu bem com a equipe de enfermagem e foi rotulada como “stressada”, dificultando a prestação do cuidado de enfermagem, era muito assustada e facilmente se descontrolava.



Nas visitas da pesquisadora no domicílio da família, após a alta da criança, observou-se que a mãe da menina era muito dependente das orientações do esposo e que ele tinha mais facilidade em compreender as orientações sobre o cuidado com a filha.

Ele não tinha emprego e isso facilitava que ajudasse a mulher no cuidado das crianças; porém sempre referiam que as meninas eram muito agitadas e “buliçosas”; reveladas nas falas:

*“Não sei, a gente tem muito cuidado, eu já prevenia, escondia as coisas delas, guardava as facas, cheguei a tomar uma faca da outra de 2 anos.” “Tenho cuidado com elas, principalmente com as tomadas; toda vida que ela está perto do fogão, quando a panela de pressão está ligada, eu tirava ela ou baixava o fogo.”*

A família antes do acidente considerava chão o lugar mais seguro para as meninas, já que no carrinho elas poderiam cair; porém não atentou para os perigos da cozinha. Ao ser perguntado como prevenir outro acidente a mãe respondeu: *“Vou comprar uns pés pro fogão e coloca no quarto”*.

A pesquisadora observou durante os encontros com a família que a mãe em alguns momentos se mostrava insegurança ao cuidar da filha doente, além de perceber que ela tinha dificuldade em realizar as tarefas do lar, tirando a atenção das crianças, que ficavam muito expostas a outros acidentes dentro da casa, já que o local era muito pequeno, principalmente a cozinha.

### **Família 13**

Essa família foi classificada como nuclear secundária; composta pelo avô (53 a), alfabetizado, pedreiro; avó (48 a), Ensino Fundamental, manicura; a mãe da criança (23 a), Ensino Fundamental, empregada doméstica; dois tios (20 a e 25a), uma tia (14 a); bisavó (75 a), aposentada e uma criança (11 meses), vítima de queimaduras. Referiam freqüentarem a igreja católica e residiam no Município de Caucaia.

A aproximação com a família foi no momento da admissão, a criança chegou ao CTQ acompanhada pela mãe, avó materna e avô, vieram na ambulância do Hospital Municipal de Caucaia. A criança chorava muito, a mãe também chorava e a

avó demonstrava nervosismo e repetia: *“Foi um acidente, puxou o papeiro do mingau, passei pasta d’água”*. Durante o atendimento a equipe de enfermagem explicou que o correto era lavar a queimadura apenas com água corrente, já que a lesão estava coberta de pomada e o médico comunicou a necessidade de internamento.

No primeiro encontro da pesquisadora com a mãe, a criança estava em jejum para realizar a balneoterapia anestésica, ambas estavam calma, ela segurava a filha no colo; A mãe estava preocupada e disse: *“Estava programando a festinha de aniversário dela para o final do mês.”* Ao entrar na sala de balneoterapia não fez perguntas e com o olhar assustado respondeu as solicitações do anestesista.

No segundo encontro a mãe mostrava-se bastante cansada e demonstrou preocupação com a febre da criança reveladas nas falas: *“não dormi nada a noite ela passou a noite com febre , e não gosta de dormi no berço, somente em rede”*. Explicou-se que a febre era comum, devido a própria queimadura e tranqüilizá-la. Quanto ao cansaço foi sugerido pela equipe de enfermagem o rodízio de acompanhante entre a mãe e a avó, mas ela respondia que não seria possível, pois a avó era muito nervosa, sendo reforçado na sua fala com a pesquisadora: *“Liguei para avó dela, mais acho melhor ficar com ela, a minha mãe é muito nervosa ,eu agüento mais.”*

Nos demais encontro a mãe continuava referindo cansaço, a criança não se adaptava ao ambiente hospitalar: *“Ela só quer ficar andando dia e noite”*. Nesse dia a criança estava muito irritada e chorosa, a mãe estava calma, não fez perguntas sobre o tratamento, a preocupação era com a alta da criança: *“Será que vou embora sábado, ela faz aniversário amanhã, acho que terei que adiar a festinha dela”*. *“O mais importante é ela ficar boa, não é?”*.

Os avós vinham sempre visitar a menina e demonstravam muito carinho pela neta, a mãe nos encontros com a pesquisadora falava sempre do amor que os avós tinham pela menina.

*“Quando engravidei o pai dela me deixou”.Ele trabalha viajando, ajuda nas despesas mais não liga muito pra ela, meus pais sim são loucos por ela. “ minha mãe fica se culpando pelo acidente ,eu também me culpo por ter saído, acho que não vou mais trabalhar.”*

A família estava triste pelo o acidente ter ocorrido no mês do aniversário da criança e eles, em todos os encontros, estavam ansiosos pela a alta da menina antes do dia do aniversário.

A menina foi vítima de acidente doméstico por queimaduras, tendo como agente causal o mingau que a tia estava preparando para a criança: *“Eu fui para a casa de uma amiga, a minha irmã ficou com ela, ia fazer o mingau, ela ficou no chão, quando minha irmã pegou o papeiro e virou ela está atrás dela, ai tropeçou e o papeiro virou nela.”*

Logo após a queimadura a bisavó da criança colocou pasta d’água nas lesões e a menina foi levada para o hospital, sendo transferida para o CTQ. As falas revelam o costume da família em utilizar pomadas para o tratamento de lesões na pele: *“A minha avó colocou a pasta d’água e chamaram a ambulância. Ela acha que pasta d’água serve pra tudo.”*

Durante o período de internação a mãe permaneceu com a criança e colaborava com o tratamento, porém não fazia perguntas sobre os procedimentos e ao ser perguntada sobre o que favoreceu o acidente ela respondeu: *“Acontece com qualquer um, eu não sou culpada, mais a gente se culpa, porque eu sai e minha irmã ficou com ela , só foi eu sair aconteceu.”*

Ela acreditava que teria mais cuidado com a filha e seria possível evitar o acidente, o sentimento de culpa esteve presente durante os encontros com a pesquisadora.

A criança permaneceu internada durante 22 dias e passou aniversário no hospital, nesse dia a mãe estava muito agitada e foi o único momento que entrou em atrito com a equipe de enfermagem, estava cansada e triste por não poder comemorar o aniversário da filha junto de seus familiares.

A menina continuou o tratamento no ambulatório após a alta, a pesquisadora acompanhava a família e criança nos retornos; a avó ajudava a filha com a criança e dizia que não estava trabalhado para poder acompanhar melhor a recuperação da criança.

A mãe ao ser perguntada sobre como evitar outro acidente respondia: *“Vou ter mais cuidado, vou ter cuidado com coisa quente, vou ficar com ela 24 horas, não vou mudar minha rotina não é, mas vou ter mais cuidado.”*

Durante o acompanhamento no domicílio á pesquisadora observou o amor que a família dispensava a criança, as visitas eram um momento em que a mãe e

avó perguntavam sobre o cuidado com a lesão e tiravam dúvidas sobre a recuperação da menina; em alguns momentos perguntava porque a mãe da menina pouco solicitava explicações sobre o tratamento no hospital, ela respondeu: “*Não perguntava por que tinha medo da anestesia geral, ficava desesperada. Eu tinha medo de perguntar.*”

Nos encontros no domicílio a mãe estava feliz e dizia que sua maior preocupação era com a pele da filha: “*Acho que o principal cuidado é com a pele dela, para não manchar, mas ela é pequena acho que some, não é?* A família não costumava falar no pai da criança sendo o avô e o tio, segundo a mãe “os pais de coração da menina”.

### **Família 15**

Família nuclear reconstituída, na qual os pais vivem uma nova união instável composta pelo pai (31 a), ensino médio, operário em uma fábrica de sapatos; mãe (25 a), ensino fundamental completo, dona de casa; uma adolescente (15 a), estudante, filha do primeiro casamento do pai; duas crianças (2 meses e 1 a). Costumam freqüentar a igreja evangélica e residem no Município de Horizonte.

A aproximação com a família foi no primeiro atendimento, a criança chegou ao CTQ no final da manhã, a mãe vinha acompanhada por uma Auxiliar de Enfermagem: O menino chorava muito e a mãe desesperada pedia calma ao filho. Informou que o pai da criança estava trabalhando, ela estava cuidando dos filhos e não podia deixar a criança internada, já que amamentava sua filha mais nova de apenas dois meses.

A equipe multidisciplinar explicou a necessidade do internamento e as possíveis complicações da queimadura para a criança; perguntaram ainda se não tinha outra pessoa da família para acompanhar o menino, ela respondeu que não, pois o restante da família residia em um Município distante. Após a abordagem de alguns membros da equipe multiprofissional ela concordou com o internamento e a funcionária da Secretária de Saúde do Município comunicaria o pai do menino o acidente.

O primeiro encontro foi na enfermaria após o internamento, a criança estava muito assustada e não queria ficar no berço, a mãe pedia para a equipe de enfermagem ter calma com ele, já que o menino, a menos de um mês, tinha experienciado uma internação hospitalar por pneumonia, revelado em sua fala: “*Ele*

*é traumatizado, saiu do hospital a quinze dias por conta de uma pneumonia, ele é asmático”.*

Após a realização da punção venosa a criança estava mais calma, porém não ficava no berço e a mãe estava preocupada com o bebê que ficou em casa, dizendo: *“Deixei minha filha de dois meses, ela mama, ficou com a minha enteada de 14 anos”.* A mãe estava angustiada e observou-se que era muito carinhosa com o filho, porém demonstrava cansaço.

Uma hora após o internamento o pai chega ao CTQ, na enfermaria procurou acalmar a mãe, a criança aceitou ficar nos braços dele, porém percebeu que ele estava com medo de pegar no filho e machucá-lo. O pai permaneceu no hospital toda a tarde, sendo permitido que ficasse pelo nervosismo em que a mãe se encontrava. O serviço social indagou ao pai sobre a possibilidade de sua permanência como acompanhante e a mãe ir para casa, já que amamentava a outra criança, porém ele não aceitou dizendo: *“Ele é muito traquino, ela que sabe cuidar dele, prefiro cuidar do menor”.*

No final da tarde ele foi embora e a mãe chorou muito, ela disse que estava triste porque seus seios estavam muito cheios e não podia amamentar sua filha. A enfermeira do plantão realizou o desmame das mamas da mãe, ela chorava o tempo todo.

No segundo encontro a criança estava em jejum para realizar a balneoterapia anestésica, a mãe permanecia ao lado do filho calada, não fez perguntas, a criança estava rouca e assustada; a acompanhante disse a pesquisadora: *“Ele foi muito furado ontem, está todo roxo”.* Acompanhei a mãe e o filho até a sala de banho, a acompanhante apenas olhava para o menino, não fez perguntas respondendo apenas a idade e peso do filho para o anestesista.

O pai sempre estava presente na visita e tranquilizava a mãe em relação a alimentação do bebê que estava em casa e aceitava bem o leite artificial. Durante os encontros na enfermaria a mãe sempre estava muito triste e queixosa com a equipe de enfermagem, não entendia a gravidade das queimaduras do filho, revelando em suas falas o descontrole emocional em que se encontrava: *“Depois do banho ele perdeu a veia, ai aquela bicha ( referindo-se a Auxiliar de Enfermagem), começou a furar ele; furava, furava e furava, a cama ficou cheia de sangue ele está todo roxo, não deixei mais.”*

Nos encontros com a família a pesquisadora procurava explicar algumas ações da equipe multidisciplinar e pedia que refletissem sobre suas atitudes em relação ao tratamento do filho. Procurava também sensibilizar a equipe sobre as condições de fragilidade daquela família, no sentido de diminuir os conflitos existentes.

Em relação ao acidente, o menino foi vítima de acidente doméstico com líquido quente, na qual a criança pegou a vasilha que estava em cima da mesa com água quente e tentou beber, derramando-a sobre a face e tórax. Apresentava sinais de queimaduras de vias aéreas caracterizada pelo edema na orofaringe e rouquidão, por essa especificidade da queimadura foi considerada uma criança grave. As falas da mãe revelam a conduta após o acidente: *“Coloquei o papeiro com água quente na mesa, ele pegou e virou para beber, corri e coloquei em baixo d’água, depois levei pro hospital e trouxeram pra cá.”*

A criança era bastante traumatizada e a mãe tinha dificuldade em aceitar os procedimentos invasivos, entre eles a sondagem naso-enteral, após o procedimento estava chorosa e revelou para a pesquisadora: *“É o trabalho delas, sei que é para a recuperação dele, mais é muito ruim ver o filho sofrendo daquele jeito, queria que fosse em mim.”*

O menino era alérgico as ataduras levando a desenvolver urticárias nas áreas próximas as queimaduras, dificultando o relacionamento interpessoal entre equipe e mãe, reveladas a seguir. *“Eu disse ao médico que ele era alérgico ao álcool, eu disse, você viu? ele apresentou uma alergia no corpo, tão dizendo que é a pomada ou a atadura.”*

A criança permaneceu internada durante 23 dias, nesse período a mãe demonstrava muito carinho pelo filho e referia estar com saudade da outra filha, além de relatar que após a alta teria dificuldade de cuidar do menino e da criança pequena: *“Estou com muita saudade de casa e de meu outro filho, estou preocupada, porque esse aqui está muito apegado a mim.”*

Após a alta nos encontros no ambulatório a pesquisadora percebia a alegria da família na recuperação do filho, ele sempre vinha acompanhado pelos pais.

Nos encontros com a pesquisadora, ao ser perguntado o que tinha favorecido o acidente a mãe respondeu: *“Foi ter colocado a panela com água quente*

*perto dele”. Criança a gente não pode confiar, acho também que ele estava com fome e pensava que era o mingau dele.”*

A família estava ciente da importância da prevenção de novos acidentes com os filhos e nos encontros após a alta dizia: *“Não vou deixar eles sozinhos, nem irem para a cozinha, meu esposo tirou férias pra me ajudar enquanto ele se recupera mais”*.

Quanto ao cuidado após a queimadura, mostravam preocupação com a lesão, reveladas nas falas: *“Vou ter cuidado pra não levar sol e usar sempre protetor solar”*.

Observou-se ainda que existe um bom relacionamento entre a filha mais velha e a madrasta, a menina procurava ficar perto do irmão doente e ajudava nos cuidados com as crianças. O menino teve uma recuperação sem complicações respiratórias.

### **6.3 Relação da Equipe Enfermagem do Centro de Tratamento de Queimados com as Famílias de Crianças Internadas**

O cuidado prestado a criança com queimaduras inicia-se no ambulatório de queimados, onde a vítima é recebida pela equipe de enfermagem. Ao chegar, a criança é atendida na sala de balneoterapia do ambulatório, em uma maca de banho a lesão é lavada com água abundantemente e avalia-se a profundidade da lesão, superfície corporal queimada, agente térmico e condições clínicas da criança. Nesse momento o médico, enfermeiro e equipe de enfermagem tem o primeiro contato com a criança e família, salienta-se que esse acolhimento é realizado entre gritos, choros e desespero.

A primeira abordagem a família é sobre conhecer a história do acidente e o que foi feito logo após, para que seja traçado o tratamento, seja no domicílio ou indicado a internação da criança. Se a criança não for internada é orientada pelo médico ou equipe de enfermagem a retornar com dois dias ao serviço para troca de curativo.

A família cobra da equipe o cuidado com a sua criança, principalmente no sentido de não fazê-la sofrer ainda mais e as falas são muitas vezes pouco compreendidas tornando esse primeiro contato cheio de conflitos e culpas: *“O que vão fazer com o meu filho?” “Ele vai tomar banho?” (F 1); “Ele (criança) estava comigo e aconteceu o acidente ,sempre tive muito cuidado.”(F 4); “ Eu não queria*

*ficar, me deram conselho pra eu ficar, diziam: fique! ele vai ficar bom”.(F6); “Não vão passar nada no pintinho dele; a gente tem tanto cuidado; quanto tempo ele vai ficar aqui; eu quero ficar com meu filho”( F 10).*

A família não compreende todos aqueles cuidados, muitas vezes quer levar a criança para casa, surgindo conflitos entre os próprios membros, para decidirem sobre o melhor para o seu filho ou quem irá ficar no hospital. A equipe de enfermagem e médico plantonista sensibilizam os familiares sobre a importância da internação; em alguns casos se faz necessário a intervenção da Assistente Social da instituição hospitalar, para explicar os direitos da criança e adolescente.

No primeiro atendimento observou-se que algumas mães chegam ao serviço despreparadas, somente com a roupa que estavam em casa, sem sandália, chorando muito, não querem tirar o filho do colo para a avaliação dos procedimentos. Outras se mostram apáticas sem demonstrar nenhuma reação apenas observam e respondem o que lhe é solicitado. O pai, na maioria das vezes, não está no momento da admissão, devido o acidente acontecer no período do dia e ele está no trabalho, vindo ao encontro da criança somente no horário da visita.

Quando a criança é do interior, costuma ser acompanhada pela mãe e o auxiliar de enfermagem, e nesse caso, o funcionário do município é encarregado de levar notícias sobre as condições de saúde da criança para a família. O acompanhante sente dificuldade em adaptar-se a essa nova rotina, já que terá de permanecer no hospital com batas descartáveis, gorro, propés, além de mudarem seus hábitos quanto a higienização, alimentação, descanso, entre outros.

Côa e Petterngill (2006), em seu estudo sobre a hospitalização pediátrica, referem que a família também se sente vulnerável durante a doença e hospitalização do filho, pois se percebe ameaçada em razão das interações com a doença, a internação e equipe de saúde.

A equipe de enfermagem que vivência diariamente a chegada de crianças com queimaduras e a presença da família, muitas vezes exclui a família do atendimento, principalmente se a família não tem controle emocional para vivenciar aquele momento.

Essa equipe em alguns momentos não compreende certas atitudes dos familiares, surgindo os primeiros conflitos, comprovadas pelas falas durante o primeiro atendimento de uma criança. *“Essa mãe é muito mole; se não segurá-lo, não posso fazer o curativo; pare de gritar menino! (Equipe Ambulatório).*



Também alguns profissionais da equipe são extremamente amáveis com aquelas famílias e sempre procuram trazer palavras de solidariedade, explicam a importância da internação e mostram outras crianças que já saíram de alta e que passaram por esse primeiro momento.

Quando indicado a internação, a família é orientada a permanecer com a criança e se faz necessário um acompanhante; e a mãe ou a avó é escolhida para ficar com o filho. A partir desse momento elas deixam de ter um nome e passam a ser conhecida como a mãe ou avó da criança internada.

Chegando a unidade de internação a criança e acompanhante são recebidos pela enfermeira e auxiliar de enfermagem, sendo iniciados os cuidados de enfermagem punciona-se acesso venoso e, dependendo da gravidade, realiza-se sondagem vesical de demora. A mãe nesse momento não consegue compreender a gravidade da queimadura e algumas ficam muito ansiosas. *“Vai passar meu filho, vai passar....”(F11);“Vocês são tão boazinhas, aquelas outras são...,não se preocupam com nada.”(F 10); “Isso não vai acabar nunca,quero ir embora”.(F6); “ Se Deus quiser ,tenho fé que vão pegar da primeira vez “(F 4); “ Ela não pode ver ninguém ,pensa que vai ser furada”( F 5).*

Seguindo o percurso da pesquisa observou-se a relação equipe de enfermagem e família. O profissional comunica o acompanhante que deve observar o funcionamento do soro, condições de acesso e medir diurese se a criança não estiver sondada. Logo após é orientada quanto a organização da enfermagem, cuidados com a higiene e circulação dentro da unidade de queimados.

Alguns integrantes da equipe de enfermagem mostram pouca habilidade no cuidado da criança e família, observando-se que culpam a família pelo acidente e utilizam-se de palavras que demonstram esse sentimento. *“Vocês deixam essas crianças se queimarem muito; deixam a criança se queimar ,ai acham que nós que estamos maltratando(.Equipe de enfermagem da internação).*

Esse comportamento da equipe que cuida é muito freqüente e não é visto com bons olhos por parte do acompanhante e, o momento na qual se inicia o vínculo entre equipe, família e criança, acaba sendo cheio de situações conflituosas, representado pelas falas do informante-chave. *“ Eu perguntava, elas (equipe de enfermagem) não respondiam , elas vinham tirar a temperatura; eu perguntava:está com febre? Elas só balançavam a cabeça que nem calango\* , eu não sei falar com mudo.; não sei falar linguagem de mudo, por isso ficava calada.(F 1).*

Nessas falas percebem a necessidade que a acompanhante tem de ouvir uma explicação das condições de saúde de sua criança e a valorização cultural da comunicação, na qual a informante-chave gostaria de ser tratada com mais atenção.

Essa situação não é vivenciada apenas nos serviços de queimados, mas nos serviços de pediatria como um todo, pois como cita Silva e Correa (2006), em seus estudos sobre hospitalização pediátrica e doenças crônicas, a maioria dos pais consideram o atendimento de enfermagem bom, porém a excelência não é atingida em virtude da falta de orientação e esclarecimentos à família acerca do que acontece com a criança.

Na rotina diária fica escalado uma auxiliar de enfermagem responsável pela assistência de enfermagem às crianças no período de seis ou doze horas, porém essa escala não segue critérios de empatia com o cuidado a criança e não existe uma qualificação para aprimorar estratégias de abordagem a criança e família. Observa-se que a equipe cuida da criança da mesma maneira que assistir a um adulto e induz os conflitos entre o grupo e família. *“Olha ai o berço dessa criança, que bagunça, essa mãe é uma bagunceira.”(Equipe de Enfermagem).*

Essa relação conflituosa leva a família a não confiar no cuidado prestado a criança e se faz necessário a intervenção de outros profissionais da equipe multiprofissional como psicólogo e assistente social no sentido de esclarecer algumas atitudes e colocações por parte da equipe de enfermagem e família. As falas a seguir demonstram esse sentimento dos familiares em relação ao cuidado: *“Ninguém cuida do meu filho; tenho medo que não cuidem bem dele.”(F 4).*

As angústias e desconfianças dos familiares também estão ligadas a tabus, mitos e experiências de outras internações do filho, que não foram bem conduzidas: *“Ele é traumatizado, saiu do hospital a quinze dias por conta de uma pneumonia.”(F 14)*

As relações do familiar/ paciente com a equipe de enfermagem foi bem discutido por Pinho e Kantorski (2004), sobre o contexto psicológico de famílias internadas, dizendo que nos centros especializados, na maioria das vezes, o tecnicismo assume o papel relevante na prestação da assistência de enfermagem, levando ao comportamento puramente técnico, contribuindo para o desmantelamento das relações interpessoais entre equipe de enfermagem, família e paciente.

\*CALANGO: Pequeno lagarto brasileiro comum no sertão nordestino

As condições clínicas e cirúrgicas da criança são avaliadas durante a banho balneoterapia anestésica e nesse momento o acompanhante não fica junto a criança, somente no curativo comum que é realizado diariamente. O informante-chave se mostrou muito preocupado quando a criança era submetida a esse procedimento com anestesia e essas inquietações são transmitidas por gestos e falas .

*“Ele vai tomar banho? Com febre? (F 1);“Fico sempre na porta da sala de banho quando ele está fazendo o anestésico”(F 6); “ A pediatra disse que ela vai ainda fazer uns três curativos,é o banho, não é?”(F 8);“ Hoje eu me revoltei, disse que ia embora,ficaram furando ela muitas vezes para ir pro banho anestésico,porque não deram só uma injeção?Pra que soro?”(F 13).*

Dentro da rotina de banhos, cirurgias, exames e a realização de procedimentos invasivos percebem que a família deseja estar junto a seus familiares e que os vínculos, suas crenças e cultura estão presentes dentro do convívio hospitalar. A mãe sente a falta dos outros filhos e mostra em suas falas a importância desses vínculos: ” *Estou que não agüento a falta dos outros,Oh Meu Deus; “Querida que ele andasse pra ver se a gente vai embora.Oh! Jesus, não sei nem se o pai dele sabe que eu estou aqui,nunca vim aqui em Fortaleza.” (F 11).*

Observou-se ainda que nas relações enfermeiro/ família, não eram valorizadas as crenças e cultural da família, existiam ainda dificuldades de relacionamento principalmente com as acompanhantes que se mostravam mais críticas em relação ao cuidado e aquelas que exigiam mais atenção da enfermagem.

#### **6.4 Influência da cultura no cuidado da família a uma criança vítima de queimaduras**

Diante dos achados do estudo foi possível estabelecer categorias representativas dos aspectos que fizeram parte da cultura e sua influência no cuidado da família a uma criança vítima de queimaduras. Essas categorias emergiram das falas das famílias que vivenciaram o acidente por queimaduras de seus filhos. As categorias: **A criança é muito danada, Lavou com água e levou para o hospital e Ter mais cuidado**, associados ou não, simbolizam os aspectos

de influência no modo dessas famílias viverem o acidente da criança queimada e como elas cuidam das vítimas.

### **A criança é muito danada**

Ao falar sobre a categoria **A criança é muito danada** é importante destacar a origem da palavra danada, de etiologia latina *damnátus* que significa: condenado, rejeitado, desprezado, podendo ser considerada sinônimo de travesso, traquina e inquieto; confirmado ainda pela regionalização cultural brasileira como: “aquele que é dado a diabruras e traquinagens”(FERREIRA, 2005).

O termo danado é culturalmente empregado principalmente por famílias dos estados do Nordeste ao denominarem aquelas crianças que sempre demonstram atitudes que vão contra as normas do grupo familiar, ou seja as crianças curiosas, que são susceptíveis a situações riscos para acidentes, dentre eles as queimaduras. Sendo comprovado nas falas a seguir: “ *A gente tem todo o cuidado, quando mal imagina acontece o acidente, criança sabe como é danada (F 5); “ Porque ele é danado demais.” (F 1); “ Sei lá foi uma coisa ,foi mexer se trepar,se danar” ( F6).*

Com essa percepção as famílias culpam a criança pelo acidente com a queimadura e não associam sua curiosidade ao crescimento e desenvolvimento de seu infante. Segundo Oliveira (2005) o desenvolvimento neuropsicomotor da criança de 1 a 2 anos de vida é marcado por energia e entusiasmo e aprende por meio da exploração do ambiente e curiosidade; reforçando o Fundo das Nações Unidas para a Infância- UNICEF, coloca que nessa fase a criança corre riscos de acidentes como quedas, afogamentos, envenenamentos e queimaduras (BRASIL, 2005).

Nesse sentido destaca-se a prevenção e a importância da vigilância familiar como estratégias para minimizar os acidentes por queimaduras. As crianças nessa faixa etária necessitam de atenção permanente, porém a família deve permitir a criança que de maneira segura explore ambientes e brinque para que possa se desenvolver (BRASIL, 2005). Porém somente após a ocorrência do acidente é que as famílias passam a ficar mais vigilantes.

*“ Mudou ,a atenção já era muito agora é redobrar ,o que eu já tinha.” (F 5); “ Quando eu tiver no fogão,cozinhando não pode ir que é perigoso”. (F6); “ Eu deixo até de comer pra cuidar deles.(F 11); “ Acho que não vou mais trabalhar , vou ficar em casa com ela.” (F 13).*

Desse modo acredita-se que essa percepção das famílias sobre a prevenção de acidentes com seus filhos deve ser discutida por profissionais de saúde e comunidade antes da ocorrência do agravo. Regiani e Correia (2006) dizem, em seu estudo sobre acidentes na infância, que os profissionais de saúde devem discutir com a família a relação do acidente com a faixa etária e com as fases de crescimento e desenvolvimento do filho, acrescentam que a falta de instrução dos pais tende a influenciar nessa mudança de comportamento das famílias. A partir do entendimento por parte da família que é característica da idade da criança a curiosidade, deixariam de rotular os filhos de danados ou traquinos, reveladas nas falas das famílias do estudo: *“ Ele é muito traquino, prefiro ficar com o menor.” (F 15).*

As crianças das famílias do estudo eram muito vulneráveis ao acidente por queimadura, já que residiam em ambientes pequenos, onde a cozinha era o local em que passava boa parte do tempo e a mãe permanecia mais constante; as chamadas “danações”, na verdade, eram favorecidas pela fome. Revelado na fala das famílias: *“Coloquei o papeiro com água quente na mesa, ele pegou e virou para beber”(F 15);“ Ela puxou a vasilha do café”( F 12).*

Os relatos das famílias sobre os acidentes com queimaduras em crianças comprovam que a faixa etária mais vulnerável a esse agravo são as de 1 a 6 anos, que o agente causal é o líquido super aquecido, que a cozinha é o principal local de ocorrência, e que existe uma influência cultural familiar de rotular suas crianças pequenas de danadas, independente das fases de crescimento e desenvolvimento de seus filhos.

Sendo assim Oliveira, Penha e Macedo (2007), em seu estudo epidemiológico sobre queimaduras em crianças reforçam ainda que a situação sócio-econômica precária das famílias brasileiras favorece o aumento de membros nas famílias nas residências e conseqüentemente as crianças de baixa idade tendem a se aglomerar na cozinha junto as mães favorecendo ao aumento de acidentes por queimaduras.

Vieira et al. (2005), pontuam que no contexto familiar as crianças são mais vulneráveis a acidentes domésticos, devido os membros da família tornarem-se menos vigilantes, por acreditarem que as crianças conhecem muito bem o ambiente doméstico e não correm tantos riscos, porém o que se observa é que esses acidentes ocorrem e trazem repercussões indesejáveis para toda a família. Culturalmente a família é cobrada e responsabilizada pela ocorrência do acidente com seus filhos, sendo necessário a conscientização de todos no sentido de promover a segurança de suas crianças.

**A criança é muito danada** é a categoria que retrata a realidade cultural de que os acidentes com as crianças são fatalidades ou fenômenos guiados por acaso ,na qual, muitas vezes, a negligência daqueles que cuidam são mascaradas pela fragilidade e curiosidade das crianças (AMARAL; MATIOLLI, 2003).

Nesse sentido é importante destacar que as desigualdades sociais, aliadas a falta de políticas públicas voltadas para a educação e cuidado com a criança tendem a representar um aumento dos acidentes com esse grupo, e que a mudança cultural das famílias em relação a prevenção do acidente é primordial para a diminuição dos casos de queimaduras em crianças.

### **Lavou com água e levou para o hospital**

A categoria **Lavou com água e levou para o hospital** esteve presente em sua totalidade nas famílias do estudo, cuja água é, para a família, a melhor maneira de diminuir a sensação térmica da queimadura na pele. Observou-se que empiricamente essas famílias acreditavam que a água minimizaria a dor da vítima; e o levar para o hospital também mostra que a família percebe a gravidade do acidente e acredita ser no ambiente hospitalar o local mais adequado para cuidar das queimaduras de seus filhos; sendo reveladas nas falas: “ *Meu marido estava chegando , correu banhou ela e colocou perto do ventilador,depois levamos pro hospital (F 12)*”; “*Nós pegamos ele e levamos pro IJF,não colocamos nada em cima*” (F 10);

A água é utilizada culturalmente como uma forma de apagar o fogo, nesse momento as famílias lavam a queimadura como o primeiro cuidado dispensado no momento do acidente e permitem que diminua a profundidade da lesão , já que

quanto mais tempo de exposição ao agente térmico maior a profundidade da queimadura (VALE, 2005).

As famílias que referiram não terem lavado a pele da criança após o acidente traziam as crenças familiares no uso de pomadas para a cura de lesões ,reveladas nas falas: “ *No hospital disseram que era bom só água ,lavar com água ,mais minha avó acha que pasta d’água serve pra tudo !*”(F 13). Nesse momento percebe-se a importância do cuidado cultural familiar. Leininger (1991) coloca que o cuidado envolve todos os recursos utilizados pela família para a cura da enfermidade, que esse cuidado é aprendido na construção do saber cotidiano, transmitido de geração a geração, e sua prática não está ligado a serviços formais de saúde.

Nessa categoria observou-se como prática popular de cuidado, entre as famílias de crianças vítimas de queimaduras, predominantemente lavar a queimadura, para as famílias a limpeza da lesão facilita a cura da ferida. Carreira e Alvim (2002), em seu estudo sobre as práticas populares de saúde em famílias, colocam a importância dos valores culturais no processo de viver da comunidade e que a valorização e compreensão desse cuidado facilitará a abordagem da criança e família no tratamento da enfermidade.

A importância de lavar a pele no primeiro atendimento a vítima de queimaduras é discutido por vários autores (SIRVENT, 2008; SERRA; GOMES, 1999). As famílias mesmo não tendo vivenciado o acidente com queimaduras percebiam que após a ocorrência do agravo com suas crianças banhar e levar para a instituição hospitalar era importante para a recuperação do filho; porém acreditavam que a queimadura poderia ser cuidada próxima a sua residência, no serviço de saúde do próprio município, entretanto todos tiveram que ser encaminhados a um serviço especializado em queimaduras; levando ao afastamento dos demais membros da família.

Os Centros de Queimados são locais estranhos para a família e criança, desde a estrutura física, manejo dos profissionais de saúde, vestuário e rigor em normas e rotinas, revelando momentos de solidão, angustia e medo:

*“ Na hora do banho anestésico não deixavam eu ficar com ele (família solitária)”*; *“ Na primeira vez que ele levou o banho eu fiquei assustada, não chorei, mais fiquei....(Silêncio),me explicaram que só era um*

*banho e era preciso a anestesia, ai eu tive que ir me acostumado.” (F 6).*

No hospital as famílias tinham sempre que cumprir regras, intimidando-as a fazer perguntas sobre as condições de saúde da criança, reveladas pelas falas das famílias: *“Não lembro das orientações ( F 9)”*; *“ Eles só medicavam (F 5)”*; *“ Eu não fazia pergunta porque pensava que iam falar quando eu fosse pra casa” ( F 5)*; *“ Eu tinha medo de perguntar ( F 13)”*.

A categoria **lavou com água e levou para o hospital** traz profundas transformações no cotidiano dessas famílias, já que o levar para o hospital é permanecer por um período prolongado longe dos seus parentes. Nesse sentido Bicho e Pires (2002), ao estudarem o comportamento de mães de crianças hospitalizadas por queimaduras, citam que as famílias vivenciam os conflitos de impotência para intervir no cuidado da criança, a ansiedade em obter informações, a angústia de alguns familiares não acompanhar seus filhos , além de terem que minimizar o sofrimento emocional da criança. Adicionam ser importante que os profissionais de saúde compreendam essas famílias e criem estratégias que estimulem a participação familiar no processo de cuidado de sua criança.

O hospital ainda hoje é o local culturalmente destinado ao cuidado de pessoas gravemente enfermas (entre elas as vítimas de queimaduras), porém nesse ambiente se faz necessário pessoal qualificado, além de estrutura física que ofereça o atendimento que possibilite a recuperação da vítima.

No Brasil são poucos os serviços especializados em queimaduras, sendo ao todo 38 Centros de Alta Complexidade em todo o país, levando a vítima e famílias a vivenciarem longos períodos de internamentos e distanciamento do grupo familiar, como cita Trevisan (2005), o autor relata que a média de internamento de vítimas de queimaduras é de 30 a 31 dias e que os cuidados são dolorosos e difíceis para quem recebe e para quem presta o atendimento. Sendo assim, acredita-se que os profissionais de saúde que atuam nos Centros especializados de queimaduras necessitam de treinamento sobre acolhimento e abordagem familiar de crianças com queimaduras, compreendendo a importância que o grupo familiar dar ao atendimento hospitalar de seus filhos.



## Ter mais cuidado

A categoria **Ter mais cuidado** foi expressa por todas as famílias do estudo, na sua totalidade perceberam a importância do cuidado a criança após vivenciarem o acidente por queimaduras, sendo importante nesse momento definir “cuidado”, no sentido de esclarecer no estudo o que essa categoria representa para as famílias. **O cuidado** segundo, Askofare (2006), deriva do Latim “Cura” e expressava atitudes de cuidado, de desvelo, de preocupação pela pessoa amada, assim o ter mais cuidado é a maneira que a família expressa sua preocupação com a criança queimada.

Segundo Leininger (1991), cuidar refere-se as atividades, habilidades com relação a assistir as pessoas, no sentido de proteger, socorrer, educar o indivíduo a partir de valores e metas de assistência. Patricio (1995) cita que cuidar é “nutrir a vida”, “cultivar a vida” e ainda promover a vida. Essas expressões do autor trazem a importância do significado de **Ter mais cuidado** para as famílias, elas passam a perceber que a falta desse cuidado pode levar a complicações pós-queimaduras e são claramente reveladas nas falas:

*“Tenho cuidado com elas, principalmente agora após a queimadura” (F12); As orientações foram pra eu ter cuidado com eles.” (F 11); “Vamos ter mais cuidado,vou evitar que ela se mexa muito pro enxerto não sair ,dar comida na hora certa”( F 11); “Tenho muito mais cuidado com ele agora,dou banho ,dou comida,depois do acidente não deixo ele sair, converso com ele, evito que ele pegue poeira”(F 6).*

Leininger (1991) cita ainda que em qualquer cultura, os seres humanos percebem e experienciam comportamentos de cuidado dentro do seu contexto familiar, e ai o cuidado passa a ser visto de forma cultural. As famílias consideram que **Ter mais cuidado** é dar comida, dar banho, orientar e manter a criança protegida durante o período de recuperação, todos os membros da família voltam sua atenção para aquele filho doente. E o cuidar torna-se fundamentalmente cultural, na qual as práticas da família refletem as normas, princípios e valores do grupo. Nesse sentido Rohbarch (2007) coloca que é indispensável para o enfermeiro conhecer a importância da influência cultural do cuidado familiar, na qual servirá como guia norteador de sua assistência a essas famílias.

Adquirir competência cultural para compreender o **Ter mais cuidado** das famílias de crianças vítimas de queimaduras é um papel importante para determinar as ações de cuidado dos profissionais de enfermagem, na qual o Enfermeiro que incorpora o pensamento transcultural compreende melhor a complexidade, práticas e valores de cada família (MENDONZA; GONZÁLEZ, 2006).

Para as famílias, o **Ter mais cuidado** também mostra a importância de prevenir outros acidentes com queimaduras, afastar as crianças dos fatores de risco, como tirá-las da cozinha, e podem ser reveladas em alguns momentos em suas falas:

*“Prevenir é afastar eles do fogo. Mudar o fogão do lugar e não deixar os meninos perto.”( F 1); “ Manter ela distante da cozinha, pra poder evitar.”( F 5); “ Agora mudamos o canto do fogão, tiramos de perto do armário.”(F 6 ); “ Quando estava em casa não deixava eles na cozinha, eles não comiam na mesa, eu pegava e botava eles sentados no chão, num cantinho e eles comiam lá ,sentadinhos no chão, é mais difícil eles se queimarem.”(F 9).*

Pode-se observar que as reações das famílias no cuidado estão voltadas para a prevenção de outro acidente e são ações instintivas do ser humano no sentido de proteger-se de forma individual ou grupal, sendo assim Vasquez (2006) em seu estudo sobre competências culturais, coloca que a vida humana não poderia existir sem o cuidado, na qual o ser humano o recebe desde o nascimento e que esse cuidado é inerente a qualquer família ou comunidade. O autor ainda traz uma reflexão quando diz que o descuido poderia ser o oposto de cuidar.

Nesse contexto acredita-se que os sentimentos de culpa demonstrados pelas famílias de crianças vítimas de queimaduras podem considerar que a falta de cuidado, isto é, o descuido que favoreceu o acidente. Sendo comprovado nas falas: *“Sempre tive muito cuidado, em um descuido ele se queimou.”(F15); “A gente tem tanto cuidado, um instante que foi para a cozinha, se queimou.”( F 12)*

Discutir ainda sobre a categoria **Ter mais cuidado** mostra que culturalmente as famílias do estudo trazem a mãe ou avó, como o membro que promove esse cuidado, são elas as responsáveis por todos os cuidados dispensados aos membros das famílias, principalmente se um deles está com algum problema de saúde; as mulheres cuidadoras são responsabilizadas pela saúde de suas famílias.

Segundo Silva, Praça e Stefanelli (2004), a mulher é quem cuida do familiar doente, é quem encaminha o enfermo para as instituições de saúde e quem utiliza práticas alternativas de cura, entre elas o uso de remédios caseiros; colocam ainda que o profissional de saúde deve dedicar atenção centrada na mulher, pois é ela que conhece as necessidades do cotidiano familiar e também das condições de saúde de seus membros.

Bustamante e Bonfim Trad (2005) reforçam o papel da mulher como cuidadora dentro núcleo familiar e citam que, principalmente nas famílias das camadas populares, os papéis estão determinados em função da divisão sexual de trabalho, na qual o homem é o provedor do lar e a mulher é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em ordem. Essa característica é muito comum nas famílias do estudo e estão representadas nas falas das mães:

*“Eu vou cuidar porque estou defendendo eles de um perigo,tudo isso eu entendo, quando a pequeninha chega perto do fogão a lenha,eu cozinho no fogão a lenha eu não tenho condição de ter um fogão a gás pra fazer o alimento dele. Eu deixo a pequena com um maior.” (mãe, F 11); “ Eu já tinha muito cuidado, agora não perco ele de vista em nenhum minuto.”(Mãe, F 10); “ o meu cuidado é dobrado, agora deixo até de comer pra cuidar deles.(mãe, F 15).*

A categoria **Ter mais cuidado** expressa a importância do cuidado familiar prestado a criança com queimaduras e, que a parti da compreensão do enfermeiro sobre essa categoria, poderá contribuir criando estratégias de educação em saúde no sentido de prevenir as complicações pós-queimaduras,como as seqüelas físicas e psicológicas da criança.

## **6.5 Aspectos culturais encontrados no estudo e suas influências para o trabalho da enfermagem**

Nesse momento contextualiza-se o papel do enfermeiro relacionado aos aspectos culturais encontrados no estudo. As categorias **A criança é muito danada, Lavou com água e levou para o hospital e Ter mais cuidado** trarão subsídios para a atuação do enfermeiro, com a finalidade de uma intervenção familiar que

efetue mudança de comportamento e que promovam um cuidado voltado para a prevenção de outros acidentes com crianças.

A importância do enfermeiro compreender os aspectos culturais que envolvem situações de saúde e doença dentro da família passa a diferenciar o ato de cuidar, a família deve ser o objeto de intervenção de enfermagem, nesse sentido Leininger (1991) coloca que a enfermeira somente poderá desenvolver ações congruentes se interagir com consciência de que cada família tem sua cultura pessoal.

Sendo assim as intervenções voltadas para “A criança é muito danada” devem valorizar a cultura familiar e o enfermeiro deve utilizar a educação em saúde como forma de levar essa família a refletir sobre as “danações” de seus filhos.

O despertar para a prevenção de acidentes na infância não deve acontecer somente após o agravo, como a queimadura, e sim durante todas as fases de crescimento e desenvolvimento da criança; começando já na consulta de pré-natal e sendo desenvolvidas com maiores detalhes durante as consultas de puericultura, momento em que a mãe vai com mais frequência ao serviço de saúde, e o profissional de saúde, em especial o da Equipe de Saúde da Família, tem um papel primordial na orientação e identificação de fatores de riscos para os acidentes infantis (FAVERO et al., 2007).

Os programas estruturados dentro da Atenção Básica na Estratégia de Saúde da Família têm como meta para a saúde da criança, a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, sendo a puericultura a área da pediatria voltada para os aspectos de prevenção e promoção da saúde da criança; o enfermeiro como puericultor, dentro dos vários papéis, é um orientador e educador, cujo trabalho se direciona a mãe e a família; devendo estimular a prevenção de acidentes comuns aos infantes, entre eles a queimadura. (CIAMPO, 2006).

Na categoria “Lavou com água e levar para o hospital”, o enfermeiro deve intervir no sentido de valorizar a importância cultural que as famílias dão ao ambiente hospitalar e conseqüentemente o trabalho da equipe de saúde que cuida de sua criança.

No hospital a equipe de enfermagem permanece mais próxima da criança e família, sendo importante utilizar estratégias de acolhimento que permitam que a família e criança possam se sentir seguras, já que consideram o local ideal para a cura de seus filhos. Sendo assim Renck (2005) relata que a medida que a família é

orientada sobre as condições da queimadura e tratamento, passa a ser mais observadora, mais crítica e a qualquer situação diferente questionam, também se sentem mais seguras para participar do cuidado da criança.

O Enfermeiro no ambiente hospitalar deve ainda possibilitar que a família apreenda a cuidar de seu filho após a alta, mesmo com as limitações próprias da queimadura, tornando o grupo familiar co-responsável pela prevenção das complicações após a queimadura, entre elas as seqüelas.

Deve-se destacar que nessa categoria percebem-se as mudanças de hábitos em relação ao cuidado após a queimadura, mostrando as famílias, com exceção de três, realizaram o cuidado correto de lavar a queimadura com água corrente e que o esforço de alguns serviços especializados em queimaduras em realizarem campanhas a nível nacional de prevenção de queimaduras e a qualificação de profissionais de saúde em relação a acidentes domésticos contribuem para essa mudança.

Na categoria “Ter mais cuidado”, o enfermeiro deve compreender o significado do cuidado sobre o olhar da família, que passa a perceber que o cuidado prestado a criança antes do acidente, não foi suficiente para proteger o filho dos agravos dentro do próprio lar e que a toda ação o cuidado encontra-se presente. Como cita Boff (2004), o cuidado é a essência da vida e precisa ser continuamente alimentado.

O Enfermeiro a partir da categoria “Ter mais cuidado” deve perceber que o seu papel como prestador de cuidado em um Centro de Tratamento de Queimados é valorizar o significado que essas famílias dão a esse novo olhar, na qual está ligado ao cuidado com amor, com ternura, com carícia, com compaixão, com ética e moral (BOFF, 2004). O cuidar representa muito mais que o cuidado tecnológico de alta complexidade, representa a atitude do profissional enfermeiro em se preocupar, se responsabilizar, se envolver com a família dessa criança no sentido de promover uma melhor qualidade de vida.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Realizar uma pesquisa com as famílias de crianças vítimas de acidentes por queimaduras internadas em um Centro de Tratamento de Queimados proporcionou conhecer a vivência dessas famílias como cuidadoras desses infantes. Anteriormente como enfermeira do serviço de queimados era costume observar durante as atividades profissionais como algumas famílias cuidavam de suas crianças, porém sem o apuro com que realizou-se esse estudo.

A metodologia etnográfica, anteriormente desconhecida, foi essencial para que despertasse o olhar atento dessas famílias na qual no cotidiano de plantões da pesquisadora não era percebido com tantos detalhes o sofrimento, a luta e as dificuldades que a família enfrenta após a queimadura de suas crianças.

Todo o processo metodológico do modelo OPR e a análise dos dados exigiram disciplina e proporcionou condições ideais de realização desse estudo; a entrada da pesquisadora no campo foi facilitada por fazer parte do quadro de enfermeiros do CTQ, porém em alguns momentos da pesquisa tive-se que esclarecer as famílias quanto ao papel como profissional e pesquisadora.

Durante as observações, as entrevistas e as visitas familiares descobriu-se riquíssimas histórias de vida; além de conhecer a diversidade de valores e crenças de cada grupo; pode-se contribuir com cada uma no esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado a criança, incrementar alguns cuidados e principalmente diminuir a angústia que alguns informantes-chaves demonstravam durante as realizações dos procedimentos, assim como despertar nessas famílias a importância da prevenção de novos acidentes com crianças.

Os resultados obtidos no estudo consideram significativa a cultura das famílias de crianças queimadas, na qual os costumes, crenças e interações familiares foram essenciais durante a pesquisa para que se pudesse colaborar com o cuidado daquelas crianças seja no hospital ou no domicílio após a alta.

O fator cultural e modos de vida estiveram presentes em toda a investigação; identificou-se que a criança mais atingida por queimaduras encontrava-se na cozinha no momento em que a mãe ou outro familiar estava preparando a refeição, sendo comum a todas as famílias o acidente na presença de um adulto.

As famílias do estudo na sua maioria consideraram a falta de cuidado como fator determinante do acidente, além de citarem a “danação” dos filhos outro

agravante para que ocorresse a queimadura da criança. Analisando ainda as informações, também se percebeu que as famílias conhecem pouco sobre a queimadura e o tratamento, e que alguns informantes-chaves sentem-se constrangidos em perguntar ou demonstram medo em esclarecer suas dúvidas por acharem que seria melhor não saber para não sofrer.

A parti das percepções expressadas pelas famílias, identifica-se ainda que as mesmas vêem o evento como algo carregado de sofrimento, cada uma expressou esse momento pedindo ajuda a “Deus” para superação desse agravo a seus infantes, demonstrando que a religião está culturalmente presente nas famílias das vítimas de queimaduras.

As famílias que participaram do estudo não medem esforços em minimizar o sofrimento emocional de sua criança e citam ter mais cuidado como a maneira de evitar outro acidente ou complicações pós-queimadura.

Destaca-se ainda a necessidade da equipe de enfermagem que trabalha em Centros de Queimados compreenderem a diversidade cultura das famílias de crianças queimadas, pois no estudo foram identificados conflitos entre o familiar e a equipe, na qual se acredita que o profissional de saúde ao desempenhar o seu papel dentro de um Centro de Queimados deve compreender a realidade das famílias, pois elas percebem e vivenciam a queimadura de acordo com sua interpretação do acidente.

Sugere-se que sejam intensificadas as políticas públicas de saúde voltadas para prevenção de queimaduras de maneira eficiente, eficaz e efetiva; no sentido de que todas as famílias que sofreram o acidente por queimaduras tenham acessibilidade aos serviços especializados e sejam orientadas na prevenção de acidentes na infância.

Na qual seja garantido a interiorização do atendimento; e equidade nas ações de saúde tornando a assistência integral e universal as vítimas de queimaduras, tão preconizado pelo modelo único de saúde-SUS.

Acredita-se que as ações de saúde devem valorizar a educação em saúde, utilizando estratégias que valorizem ações de interdisciplinaridade; destacando ainda o papel das redes sociais de apóio, tais como escola, mídia, organizações não governamentais na prevenção de acidentes com queimaduras.

Sendo assim, espera-se que esse estudo possa contribuir para que os profissionais que trabalham em Centros de Queimados compreendam a diversidade

cultural das famílias de crianças vítimas de queimaduras e implementem ações educativas voltadas para a realidade de cada família, no sentido de promover uma melhor assistência e portando, uma melhor qualidade de vida para a criança queimada, tornando possível à reintegração dessas vítimas a suas famílias e sociedades.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C.; OLIVEIRA, R. M. C.; VIEIRA, L. J. E. S.; FROTA, M. A. Perfil Sócio-Demográfico de crianças internadas em um Centro de Tratamento de Queimados. **Rev. Nurs.**, v. 11, n. 127, p. 559-565, 2008.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 315-319, abr./jun. 2007.
- AMARAL, L. R. O. G.; MATTIOLI, O. C. Em busca dos significados dos acidentes infantis: um encontro com a causalidade, a negligência, a violência e a depressão. **Rev. Psicol. UNESP**, v. 2, n. 1, p. 59-70, 2003.
- AMEZUCA, M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una observación participante. **Index de Enfermería**, v. 9, n. 30, 2000.
- ASKOFARE, S. A Arqueologia do cuidado: da prática ao discurso. **Psicol. USP**, v. 17, n. 2, p.157-156, jun. 2006.
- AZEVEDO, A. M. Z.; MACHADO, M. J.; CHASSOT, G. C. Assistência de Enfermagem nos pacientes queimados com curativo aberto na unidade de internação. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição**, v. 15, n. 2, p. 55-59, jun./dez. 2002.
- BARRETO, M. G. P.; PEREIRA, M. L. D.; MARTINS, M. C. V. **O Conhecimento transdisciplinar em saúde da criança e do adolescente**. Fortaleza: [s.n.], 2005.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: proposta metodológicas**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BICHO, D.; PIRES, A. Comportamento de mães de crianças hospitalizadas devido a queimadura. **Rev. Análise Psicol.**, v. 1, p. 115-129, 2002.
- BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S; GRISOTTI, M. G. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 307-314, abr./jun. 2007.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- BOSWORTH-BOUSFIELD, C. Child accident prevention trust. In: \_\_\_\_\_. **Burn trauma management & nursing care**. 2nd ed. London: Wiley, 2002. p. 41-45.
- BRAGA, C. G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 31, n. 3, p. 498-516, dez. 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 5 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Adelaide, Sudsvall, Santafé de Bogotá, Jacarta, Rede de Megapaises e Declaração do México.** Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. **Como avaliar as competências familiares na atenção as crianças até 6 anos:** manual. Brasília, DF: UNICEF, 2005.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais, Estudos e Pesquisas informação demográfica e Sócio Econômica:** manual. Brasília, DF, 2006.

BUSTAMANTE, V.; BOMFIM TRAD, L. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1175-1184, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.com.br>>. Acesso em: 11 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1865-1864, nov./dez. 2005.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites da pesquisa em saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 12, n. 25, p. 363-376, abr./jun. 2008.

CARREIRA, L.; ALVIM, N. A. T. O cuidado Ribeirinho: as práticas populares de saúde da família da ilha de Mutum, estado do Paraná. **Acta Sci.**, v. 24, n. 3, p. 791-801, jun. 2002.

CARREIRO, T. M. Vivenciando o cuidar e o curar com familiar em um Hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 390-394, maio/jun. 2008.

CASTILLO, C. A. G.; VÁZQUEZ, M. L. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una via para asegurar un hiro sano. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 74-81, enero/marzo 2006.

CAVALLI, F.; COLOMBELL, E. M.; PATITUCCI, K. F. Assistência á vítima de Queimaduras na Unidade de Queimados do HIJG. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 4, n. 1, 2004.

CAZARINI, R. P.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P.; PACE, A. E.; FOSS, M. C. Adesão de um Grupo educativo de pessoas portadoras de Diabetis Mellitus: porcentagem e causas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 35, n. 2, p. 142-150, abr./jun. 2002.

CHIESA, A. M.; FRANCOLLI, L. A. An educational process to strengthen primary care nursing practices in São Paulo, Brazil. **Int. Nurs. Rev.**, v. 54, n. 4, p. 398-404, Dec. 2007.

COA, T. F.; PETTERNIGILL, M. A. M. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediátrica. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 1-9, out./dez. 2006.

COSTA, E. C. S. B.; ROSSI, L. A. As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 3, p. 72-81, set. 2003.

COYNE, I. Children's experiences of hospitalization. **J. Child Health Care**, v. 10, n. 4, p. 326-336, Dec. 2006.

CRISOSTÓMO, M. R.; SERRA, M. C.; GOMES, D. R. Epidemiologia das queimaduras. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 1, p. 31-35.

CRUZ, D. S. M.; COSTA, S. F. G.; NÓBREGA, M. M. L. Assistência a criança hospitalizada. **RENE**, v. 7, n. 3, p. 98-104, set. /dez. 2006.

CUNHA, A. P. Protocolo de tratamento imediato de pacientes com lesões de queimaduras. **Rev. Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 46-52, jan./fev. 2003.

DAMASCENO, A. K.; TEXEIRA, M. G. B. Diagnóstico Epidemiológico de Queimaduras em crianças. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 3, n. 3, 2003.

DANILLA, S. Epidemiologia das queimaduras na América latina. In: LIMA JUNIOR, E. M.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; VALLE, M. C. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 27-46.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; DEL CIAMPO, I. R. L.; FERRAZ, I. S.; ALMEIDA, C. A. N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-743, set. 2006.

DEMO, P. **Pesquisa e Informação qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Papirus, 2006.

DURO, C. L. M. Concepções de Maternidade e de cuidado infantil de mães e profissionais de enfermagem. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 398-407, set. 2006.

E.U.A. Child Accident prevention Trust. [S.l.]: International Society for Burns Injuries- ISBI, 2008. Disponível em: <<http://www.cap.org.br>>. Acesso em: 10 Mar. 2008.

FERNANDES JUNIOR, C. J.; FONTANA, C.; CORRÊA, T. D.; VIANA, L. P. M. Fisiopatologia das queimaduras. In: LIMA JUNIOR, E. M.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; VALLE, M. C. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 57-68.

- FAVERO, L.; DYNIEWICZ, A. M.; SPILLER, A. P. M.; FERNANDES, L. A. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 519-524, out./dez. 2007.
- FERNANDES, C. N. S.; ANDRAUS, L. M. S.; MUNARI, D. B. O aprendizado do cuidar da família de criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 108-118, abr. 2006.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Mirim**: dicionário ilustrado da Língua portuguesa. 5. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Positivo, 2005.
- FERREIRA, E.; LUCAS, R.; ROSSI, L. A.; ANDRADE, D. Curativo do paciente queimado: uma revisão de literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 1, p. 44-51, mar. 2003.
- FERREIRA, N. S. A. As Pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educ. Soc.**, v. 79, p. 257-272, ago. 2002.
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de enfermagem**: ensinando a cuidar da criança. 4. ed. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2006.
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um encontro com a pedagogia do oprimido. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- GOLDIM, J. R. **Princípio da beneficência**. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioética/benefic.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2007.
- GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Filhos de ninguém: mito ou realidade? In: MARTINS, M. C. V.; PEREIRA, M. L. D. **O conhecimento transdisciplinar em saúde da criança e do adolescente**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2005. p. 211-234. (Coleção Saúde da criança e do adolescente).
- GONZÁLEZ, D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. **Gazeta Antropología**, n. 22, p. 22-32, 2006.
- GUALBA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 31, n. 3, p. 410-422, dez. 1997.
- GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 22, n. 2, p. 201-210, maio/ago. 2006.
- HOVEY, J. K. Related to Family income. **J. Child Health Care**, v. 10, n. 1, p. 43-54, 2006.
- KAMERS, M. As novas configurações das famílias e o estatuto simbólico das funções parietais. **Estilos Clínica**, v. 11, n. 21, p. 108-125, dez. 2006.
- KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C.; MATOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KEIJZER, B. Los discursos de la educacion y participacion en salud. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, E. A. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 441-459.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D. Promoção do empoderamento com conselho gestor de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, abr./jun. p. 335-342, 2007.

LEININGER, M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowlwdge and practices. **J. Transcult. Nurs.**, v. 13, n. 3, p. 189-192, July 2002. Disponível em: <<http://www.tcn.sagepub.com>>. Acesso em: 2 Feb. 2008.

LEININGER, M. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing reseach method. **J. Transcult. Nurs.**, v. 8, n. 2, p. 32-52, Jan./June 1997.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M. R. **Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M. R. **Transcultural nursing: conceptos, theories, research & practice**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.

MARCON, S. S.; ELSEEN, I. A enfermagem com um novo olhar - a necessidade de enxergar a família. **Rev. Família Saúde Desenvolv.**, v. 1, n. 12, p. 21-26, jan./ dez. 1999.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise de morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 464-469, 2007.

McCONKEY, R.; TRUESDALE-KENNEDY, M.; CHANG, M. Y.; JARRAH, S.; SHUKRI, R. The Impact on motheres of bringing up a chid with intellectual disabilities: a cross- cultural study. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 45, n. 1, p. 65-74, Jan. 2008.

MENDONZA, T. X. I.; GONZÁLEZ, J. S. Competência cultura: uma forma humanizada de oferecer cuidados de enferméria. **Index Enfermeria**, v. 15, n. 55, 2006. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/scielo.pht>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

MINAYO, M. C.; DELANTES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 468-477, 2007.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cad. Pesqui. Adm.**, v. 1, n. 3, 1996.

OLIVEIRA, A. N. S.; SERRA, M. C. V. Atendimento Inicial. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 1, p. 207-224.

OLIVEIRA, K. C.; PENHA, C. M.; MACEDO, J. M. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras. **Arq. Med. ABC**, v. 32, supl. 2, p. 55-58, 2007.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook-pediatria**. Belo Horizonte: Black Book Ed., 2005.

PATRICIO, Z. M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual-coletivo**: uma questão bioética numa abordagem holística-ecológica. 1995.215 f. Tese (Doutorado) - Curso de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

PETTEGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 280-285, 2008. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 3 jan. 2008.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. Refletindo sobre o contexto psicossociais de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciência y Enfermeria**, v. 10, n. 1, p. 67-77, 2004.

PRAÇA, N. S.; GUALDA, D. M. R. A cuidadora e o ser(cuidado): uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS. **Rev. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-52, jan./abr. 2000.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Ações Educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto as famílias. **Acta Scientiarum. Heart Science**, v. 26, n. 1, p. 71-78, 2004.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Ações Educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto as famílias. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 26, n. 1, p. 71-78, 2004.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidado e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confirmação do discurso. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 10, n. 19, p. 117-130, jan./ jun. 2006.

REGIANE, C.; CORREA, I. Acidentes na infância em ambiente domiciliar. **REME**, v. 10, n. 30, p. 277-279, jul./set. 2006.

RENCK, L. I. **Enfermagem às famílias de crianças com queimaduras**: criando o processo de cuidar. 2004. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RESTA, D. G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 26, n. 1, p. 53-60, jan./jun. 2004.

RODRIGUEZ GÓMEZ, O.; CASTILLO ILLAS, M.; CASTELLANOS CASTILLO, Y. Calidad en la atención al quemado. **Rev. Cubana Enferm.**, v. 20, n. 1, enero/abr. 2004.

ROHRBACH, C. En búsqueda de um cuidado universal y cultural. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 116-121, sept. 2007.

ROJAS TEJAS, J.; ZUBIZARRETA ESTÉVEZ, M. T. Reflexiones del estilo de vida y vigência del autocuidado en la atención primaria del salud. **Rev. Cubana Enferm.**, v. 23, n. 1, enero/marzo 2007. Disponível: <<http://scielo.sld.cu/scielo.php?ISSN=08640319>>. Acesso em: 5 jan. 2007.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografía e enfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 14-22, abr. 2003.

ROSSI, L. A.; FERREIRA, E.; COSTA, E. C. F. B.; BERGAMASCO, E. C.; CAMARGO, C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 36-42, jan./fev. 2003.

ROSSI, L. A. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 4, p. 336-345, 2001.

ROSSI, L. A.; VILA, V. S. C.; CARVALHO, F. L. Humanização da assistência em unidade de queimados. **Rev. Soc. Bras. Queimaduras**, v. 7, n. 1, p. 41-44, jul. 2007.

SANTOS, D.; REZENDE, M. M.; BIANCO, R. P. R.; LEITE, G. L. As representações sociais dos familiares frente aos sentimentos dos pacientes queimados hospitalizados. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 16, p. 104-108, jul./ago. 2007.

SERRA, M. C. V. F.; LEMOS, T.; COSTA, D. M. Peculiaridades do tratamento inicial da criança queimada. In: LIMA JUNIOR, E. M. L.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; VALLE, M. C. **Tratado de queimaduras em pacientes agudos**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 147-156.

SERRA, M. C.; GOMES, D. **A criança queimada**. Rio de Janeiro: Eventos, 1999.

SHALL, V.; STRUCHINER, M. Editorial: Educação em Saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 4-5, 1999.

SHAPIRO, M. L.; MILLER, J.; KATHEEN, W. Community Transformation through Culturally Competent Nursing Leadership: application of culture care diversity and Universality and tridimensional leader effectiveness model. **J. Transcult. Nurs.**, v. 17, p. 113, 2006.

SILVA, F. M.; CORREA, I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **REME**, v. 10, n. 1, p.18-23, jan./mar. 2006.

SILVA, M. C. P.; PRAÇA, N. S.; STEFANELLI, M. C. La mujer responsable de la salud de la familia: constatando la universalidad cultural del cuidado. **Index Enfermeria**, v. 3, n. 46, p. 1132-1296, 2004.

SILVEIRA, J. M. S.; GOMES, D. R.; SERRA, M. C. V. Atendimento pré-hospitalar. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 1, p. 51-54, 2004.

SIRVENT, R. R. Atendimento pré-hospitalar do queimado-Manejo inicial, tratamento e traslado. In: LIMA JUNIOR, E. M. L.; NOVAES, F. N.; PICCOLO, N. S.; VALLE, M. C. **Tratado de queimaduras em pacientes agudos**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 69-76.

SOUSA, L. B. **DST no âmbito da relação estável**: análise cultural com base na perspectiva da mulher. 2007. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

SOUSA, L. B.; PINTO, J. F.; BARROSO, M. G. T. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 40, p. 408-413, 2006.

SOUZA, A. I. J.; RIBEIRO, E. M.; ECKERT, E. R. Dialogando com a equipe de enfermagem sobre necessidades educativas dos acompanhantes de crianças internadas: construindo caminho para o cuidado à família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 280-288, jun./set. 2003.

SOUZA, L. J. E. X.; QUEIROZ, M. V. O.; BARROSO, M. G. T. La estructura familiar de niños accidentados. **Rev. Cubana Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 209-218, 1998.

SOUZA, L. M.; WAGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 1 fev. 2008.

SOUZA, N. S. **Educação em Saúde da criança e adolescente com câncer e sua família em casa de apoio**. 2007. 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SPRANDLEY, J. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

TAVARES, M. F. L. **Saúde da criança e formação no trabalho**: a prática como saber. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde, 1998.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados a saúde**, Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de saúde, 2002.

TREVISAN, E. M. B. M. **A dinâmica satisfação - sofrimento e a qualidade de vida no trabalho de uma equipe de saúde no atendimento a criança queimada**, 2005. 165 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.



TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 3, n. 39, p. 507-514, 2005.

VALE, E. C. S. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **An. Bras. Dermatol.**, v. 80, n. 1, p. 9-19, 2005.

VÁSQUEZ, M. L. T. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 136-142, 2006.

VICTORIA, F. G. Perspectiva de la Enfermería Transcultural en el contexto Mexicano. **Rev. Enferm. IMSS**, v. 14, n. 1, p. 51-55, 2006.

VIEIRA, L. J. E. S.; ARAÚJO, K. L.; CATRIB, A. M. F.; VIEIRA, A. C. V. C. O Lúdico na prevenção de acidentes com crianças de 0 a 4 anos. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 18, n. 2, p. 78-84, 2005.

VILA, A. C. D.; VILA, V. S. C. Tendências da Produção do Conhecimento na Educação em Saúde no Brasil. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 12 jun. 2008

WAISMAN, I.; NÚNEZ, J. M.; SANCHEZ, J. Epidemiología de los accidentes en la infancia en la región Centro Cuyo. **Arch. Pediatr. Urug.**, v. 73, n. 3, p. 161-170, 2002.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, I. O Cuidado de enfermagem a família: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 6, n. 2, p. 172-180, 2004.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido á família e ao cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 1, p. 19-25, 2003.

XIMENES, L. B. **Toda gravidez é diferente e cada uma tem sua história**. 2001. 56 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2001.

**APÊNDICE A**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

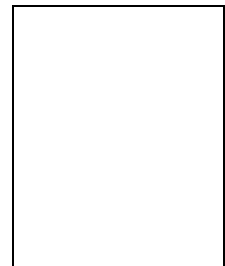
Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada A Cultura familiar frente ao cuidado de uma criança vítima de queimaduras no Centro de Tratamento de Queimados deste hospital, que tem como objetivo promover ações de educação em saúde junto a mães acompanhantes. O Sro (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o Sro (a), será realizado uma entrevista individual; a participação nesta pesquisa não traz implicações legais, onde todos os procedimentos adotados da pesquisa obedecem os Critérios da comissão de ética da instituição e a resolução de pesquisa com seres humanos ,resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde; vale ressaltar que a pesquisa não oferece nenhum dano ou risco a saúde física ou mental,assim como a integridade de seus participantes ; todas as informações coletadas neste estudo serão apresentadas aos grupos ao final da pesquisa. Acredita-se que ao participar desta pesquisa você contribuirá para a melhoria da assistência prestada a crianças queimadas, além de favorecer nos cuidados de seu filho ou parente após sua alta. A Sra (o), não terá nenhum tipo de despesa em participar do estudo, bem como nada será pago por sua participação.

Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, tendo em vista os itens acima apresentados, eu de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.Caso seja menor de idade, será solicitada autorização do mesmo e de seu responsável legal.

Assinatura do participante

-----

Assinatura do responsável



Assinatura do pesquisador

-----

Assinatura do Orientador

Polegar

Fortaleza , \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**OBS: Telefones de contato: Resid.34592689, Celular: 99865771**

**APÊNDICE B - Entrevista semi-estruturada**

1- Nome: \_\_\_\_\_

2- Parentesco do acompanhante: \_\_\_\_\_

3- Idade: \_\_\_\_\_

4- Escolaridade: \_\_\_\_\_

5- Número de membros na família?

\_\_\_\_\_

6- O que é feito dentro de sua casa para evitar acidentes como a queimadura?

\_\_\_\_\_

7- O que é importante para você na execução do cuidado a uma criança?

\_\_\_\_\_

8- Na sua opinião o que favoreceu o acidente com a criança?

\_\_\_\_\_

9- O que significa cuidar de uma criança com queimadura para você?

\_\_\_\_\_

10- Como a família cuidou da criança após a queimadura?

E como você acha que é o cuidado ideal para uma criança vítima de queimaduras?

\_\_\_\_\_

11- Você sabe como evitar outro acidente por queimadura?

\_\_\_\_\_