

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

*Lúcia Aparecida Ferreira*

*Ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu  
queimaduras: um estudo compreensivo*

Ribeirão Preto / SP  
2006

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

*Lúcia Aparecida Ferreira*

*Ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu  
queimaduras: um estudo compreensivo*

Tese de Doutorado apresentada à Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de  
São Paulo para obtenção do título de Doutor em  
Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

**Orientadora:** *Profa. Dra. Elizabeth  
Ranier Martins do Valle*

**Ribeirão Preto / SP**

**2006**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Ferreira, Lúcia Aparecida.

Ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo / Lúcia Aparecida Ferreira; orientadora Elizabeth Ranier Martins do Valle. -- Ribeirão Preto, 2006.

109 f. : fig.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Fenomenologia. 2. Ser-mãe-no-mundo de criança com queimaduras

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Lúcia Aparecida Ferreira**

**Ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo**

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em: \_\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## *Dedicatória*

---

*A Deus e à Nossa Senhora Aparecida que me protegeram e iluminaram nas horas de que mais precisei.*

*Às mães das crianças queimadas.*

*Às crianças queimadas.*

*À minha mãe Francisca.*

*Ao meu pai Benedito (in memoriam).*

*Ao meu filho Pedro Afonso.*

*“Que tanto contribuíram e me incentivaram nesta longa caminhada...*

*Obrigada, finalmente conseguimos, esta vitória é nossa.”*

## *Agradecimentos*

---

---

*À Professora Doutora Elisabeth Ranier Martins do Vale, orientadora deste trabalho, que com sua competência científica, atenção e carinho acompanhou-me com paciência e seriedade em toda esta trajetória.*

*À banca examinadora pelo carinho acolhedor e suas ricas sugestões para finalização deste trabalho.*

*À equipe e amigos da Unidade de Queimados pelo carinho, amizade, apoio, atenção e incentivo constante durante este caminhar.*

*Aos meus amigos e à Maria Cristina de Moura Ferreira por estarem sempre presentes nesta caminhada e que muito me incentivaram.*

*Aos meus familiares pelo carinho e apoio.*

*Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas pela atenção e disponibilidade.*

*A todos que direta ou indiretamente participaram deste trabalho.*

*“Aquilo que já vivemos, não há poder que possa nos roubar ...; tudo o que realizamos de grande, pensamos e sofremos, é uma riqueza interna de que nada nem ninguém nos pode privar ... e nesse passado nossa vida ficou assegurada, porque ser-passado é também uma forma de ser” (Frankl, V., 1973).*



FERREIRA, L. A. **Ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo.** 2006. 109 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na linha fenomenológica, realizada com mães de crianças que sofreram queimaduras e foram internadas na Unidade de Queimados, do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (UQ-HCFMRP – USP). Teve por objetivo compreender e interpretar à luz da psicologia fenomenológica o que é ser-mãe-no-mundo com um filho que sofreu queimaduras. Foram convidadas 10 (dez) mães de crianças que estiveram internadas na UQ-HCFMRP – USP, de janeiro a dezembro de 2004; sendo que destas, apenas oito consentiram em participar da pesquisa. Destas oito mães que participaram da pesquisa, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter um filho queimado internado na Unidade de Queimados; a mãe estar acompanhando o filho, e a criança se encontrar na fase mediata ou de recuperação. Os dados foram obtidos através da entrevista fenomenológica, a partir de uma questão norteadora: "Gostaria que você descrevesse como é ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras". A Análise Fenomenológica foi baseada nas orientações de estudo desta linha. Foram identificadas seis categorias temáticas: Lembranças do momento do acidente (*Temporalidade*); Procedimentos adotados após o acidente (*Temporalidade e Solicitude*); Manifestações de sentimentos (*Afetividade*); A mãe fala de si: preocupações e questionamentos (*Preocupações*); A mãe fala do comportamento da criança (*Ser-com*); Refere-se ao hospital, à equipe de saúde, ao relacionamento com o hospital e a equipe (*Ser-com*) que revelaram sentimentos de medo, tristeza, raiva, angústia, ansiedade, dor, impotência e culpa que permearam todos os discursos das mães. A pesquisa desvelou o apoio das mães a seus filhos, mesmo que algumas vezes, de forma solitária, pois em algumas entrevistas evidenciou-se a ausência da figura paterna, sendo que em sua maioria encontraram apoio e suporte na equipe multidisciplinar. As preocupações e sofrimentos das mães, decorrentes da queimadura e longo tempo de internação, levaram-nas a experienciar situações que as fizeram refletir sobre a sua existência humana e, a partir daí, parece ter ocorrido uma transformação desse ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras, transformação esta, importante que parece marcar o seu existir.

**Palavras-Chave:** Fenomenologia; Ser-mãe-no-mundo de criança com queimaduras; Assistência de enfermagem em queimaduras.

FERREIRA, L. A. **To be-a-mother-in-the world with a child victim of burns: a comprehensive study.** 2006. 109 p. Doctoral Dissertation in Psychiatric Nursing – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2006.

This qualitative and phenomenological research was carried out among mothers of children who were victims of burns and were hospitalized at the Burns Nursing Unit of the *Hospital das Clínicas* at the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School (BNU-HCFMRP – USP). The aim was to understand and interpret, in the light of phenomenological psychology, what it means to be-a-mother-in-the world with a child who is a burns victim. We invited 10 (ten) mothers of children who were hospitalized at the BNU-HCFMRP – USP between January and December 2004, only 8 of whom agreed to participate. The following inclusion criteria were used for the 8 mothers who participated: having a child victim of burns hospitalized at the Burns Unit; mother accompanying her child, and child in the mediate or recovery phase. Data were obtained through a phenomenological interview with one guiding question: "I would like you to describe to be what it is like to be-a-mother-in-the-world with a child victim of burns." Phenomenological Analysis was based on orientations for this line of study. Six thematic categories were identified: memories of the time of the accident (*Temporality*); Procedures adopted after the accident (*Temporality and Solicitude*); Manifestations of feelings (*Affection*); The mother talks about herself: concerns and inquiries (*Preoccupations*); The mother talks about the child's behavior (*To be-with*); She refers to the hospital, the health team and the relation with hospital and team (*To be-with*). These showed feelings of fear, sadness, anger, anguish, anxiety, pain, impotence and guilt, which permeated the mothers' discourse. This study evidenced the mothers' support to their children, even if solitarily at times, as the absence of the father figure was clear in some interviews. Most mothers found support in the multidisciplinary team. As a result of their concerns and suffering, due to the burn and the long hospitalization, the mothers experienced situations that made them reflect on their human existence and, from this point onwards, a transformation of this being-a-mother-in-the-world with a child victim of burns seems to have happened. This important transformation seems to mark their existence.

**Key words:** Phenomenology; Be-a-mother-in-the world of a child with burns; Nursing care in burns

FERREIRA, L. A. **Ser-madre-en-el mundo con el hijo que sufrió quemaduras: un estudio comprehensivo.** 2006. 109 h. Tesis (Doctorado en Enfermería Psiquiátrica) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Investigación cualitativa fenomenológica realizada con madres de niños que sufrieron quemaduras, internados en la Unidad de Enfermería de Quemados, del *Hospital das Clínicas*, de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo (UEQ-HCFMRP – USP). La finalidad fue comprender e interpretar a la luz de la psicología fenomenológica lo que es ser-madre-en-el mundo con un hijo que sufrió quemaduras. Se invitaron a 10 (diez) madres de niños que estuvieron internados en la UEQ-HCFMRP – USP, de enero a diciembre del 2004; solamente 8 de las cuales consintieron en participar. Los criterios de inclusión para las 8 madres que participaron fueron: tener un hijo víctima de quemaduras hospitalizado en la Unidad de Quemados; la madre acompañando su hijo; e el niño en la fase mediata o de recuperación. Se obtuvieron los datos mediante la entrevista fenomenológica con una cuestión orientadora: "Me gustaría que me describiera como es ser-madre-en-el-mundo con un hijo que sufrió quemaduras." El análisis Fenomenológico fue basado en las orientaciones para esta línea de estudio. Se identificaron seis categorías temáticas: recuerdos del momento del accidente (Temporalidad); Procedimientos adoptados después del accidente (Temporalidad y Solicitud); Manifestaciones de sentimientos (Afección); La madre habla de sí misma: preocupaciones y cuestionamientos (Preocupaciones); La madre hable del comportamiento del niño (Ser-con); Se refiere al hospital, al equipo de salud y a la relación con el hospital y el equipo (Ser-con). Estas manifestaron sentimientos de miedo, tristeza, ira, angustia, ansiedad, dolor, impotencia y culpa, que permearon todos los discursos de las madres. La investigación evidenció el apoyo de las madres a sus hijos, aunque algunas veces de forma solitaria, ya que quedó claro la ausencia de la figura paterna en algunas entrevistas. La mayoría de las madres encontró apoyo y soporte en el equipo multidisciplinario. Sus preocupaciones y sufrimientos, como resultados de la quemadura y el largo tiempo de internación, llevaron a las madres a vivenciar situaciones que hicieron con que reflexionaran sobre su existencia humana y, a partir de ahí, parece que ocurrió una transformación de ese ser-madre-en-el-mundo con el hijo que sufrió quemaduras. Esta transformación importante parece marcar su existir.

**Palabras Clave:** Fenomenología; Ser-madre-en-el mundo de niño con quemaduras; Atención de enfermería en quemaduras.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>REFLEXÕES INTRODUTÓRIAS.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>A EXPRESSÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O TEMA.....</b>	<b>6</b>
	2.1 QUEIMADURAS .....	6
	2.1.1 Epidemiologia .....	7
	2.1.2 Classificação .....	10
	2.2 O IMPACTO DO TRAUMA DA QUEIMADURA E A HOSPITALIZAÇÃO .....	13
	2.3 HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA QUEIMADA .....	15
	2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS PACIENTES VITIMIZADOS POR QUEIMADURAS .....	23
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>30</b>
	3.1 A INVESTIGAÇÃO FENOMENOLÓGICA .....	30
	3.2 A ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA .....	35
	3.3 O CAMINHO PERCORRIDO .....	37
	3.3.1 Local .....	37
	3.3.2 Participantes .....	38
	3.3.3 Procedimento .....	41
	3.4 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA .....	43
<b>4</b>	<b>O DESVELAR DO SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURAS .....</b>	<b>46</b>
	4.1 VISÃO COMPREENSIVA DAS MÃES – SÍNTESE DESCRITIVA .....	46
	4.1.1 Compreensão de Constança .....	46
	4.1.2 Compreensão de Nádia .....	47
	4.1.3 Compreensão de Mônica .....	47
	4.1.4 Compreensão de Ana .....	48
	4.1.5 Compreensão de Carina .....	48
	4.1.6 Compreensão de Suzete .....	50
	4.1.7 Compreensão de Esmeralda .....	50
	4.1.8 Compreensão de Marina .....	51
	4.2 BUSCANDO O DESVELAR DO SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURAS .....	51
	4.2.1 Lembranças do momento do acidente .....	52
	4.2.2 Procedimentos adotados após o acidente .....	53

4.2.3	Manifestações de sentimentos .....	55
4.2.4	A mãe fala de si: preocupações e questionamentos .....	59
4.2.5	A mãe fala da criança que sofreu queimaduras: comportamentos .....	61
4.2.6	Relacionamento com o hospital e a equipe de saúde .....	63
<b>5</b>	<b>ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DISCURSOS DO SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURAS .....</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>REFLEXÕES SOBRE O SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURAS, À LUZ DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA</b>	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>82</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>
	ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP – USP	94
	ANEXO B – Consentimento para atuar como sujeito na pesquisa .....	95
	APÊNDICE A – Termo de consentimento pós-informação .....	96
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista .....	97
	APÊNDICE C – Síntese da entrevista M = 1 .....	98
	APÊNDICE D – Síntese da entrevista M = 2 .....	99
	APÊNDICE E – Síntese da entrevista M = 3 .....	101
	APÊNDICE F – Síntese da entrevista M = 4 .....	102
	APÊNDICE G – Síntese da entrevista M = 5 .....	104
	APÊNDICE H – Síntese da entrevista M = 6 .....	107
	APÊNDICE I – Síntese da entrevista M = 7 .....	108
	APÊNDICE J – Síntese da entrevista M = 8 .....	109

## **1 REFLEXÕES INTRODUTÓRIAS**

Durante os 19 anos de minha trajetória na Unidade de Queimados, da Unidade de Emergência, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (UQ-HCFMRP USP), sempre me deparei com a dor e o sofrimento, acompanhados de gritos e choros vivenciados pelos pacientes que tinham seus corpos desfigurados, em decorrência das queimaduras. Esses fatos marcantes que ficaram registrados em minha mente aconteciam com maior intensidade no período da manhã, quando eram realizados os banhos e as trocas de curativos.

Em minha experiência como enfermeira percebo que, embora a dor se intensifique no período da manhã, ela já ocorre durante a noite, pois o paciente sofre com o estresse, angústia, insônia, medo de olhar para suas próprias lesões e esses sentimentos intensificam a dor, pois provocam ansiedade e antecipam o sofrimento que o banho e os curativos provocam.

Segundo Firmino (1995),

[...] a dor da queimadura constituiu-se na mais lacerante e violenta de todas as formas de dor, sendo uma real aflição para o paciente o momento dos cuidados. Por isso, toda equipe deve esforçar-se para abrandar-lhe o sofrimento, utilizando anestésicos e atitudes solidárias e acolhedoras [...] (p. 234-235).

É na hora do banho que a imaginação cria os devaneios mais agressivos que acometem a mente do paciente e é neste momento que a agressividade se alia ao amor. Tanto para a criança, como para o adulto mentalmente transtornado, parece que estão sendo castigados, torturados, esfolados vivos sem nenhum sentido, seja por acreditarem que alguém

está se vingando deles ou que os odeia. Dessa forma, muitos reagem de modo agressivo e desesperador, tornando mais difícil o trabalho dos membros da equipe que farão os curativos (FIRMINO, 1995).

Concordo com o autor citado acima, pois na experiência vivenciada, encontrei momentos extremamente difíceis na hora do banho, quando os pacientes expressam sentimentos de terror ao banho, porque este irá provocar dor e sofrimento. Aliado a isso, ele relembra psiquicamente o trauma ocorrido tanto em relação ao sofrimento pela internação hospitalar quanto à causa da queimadura. O fato de ser banhado traz-lhe a dor à tona, fazendo-o lembrar do trauma e, conseqüentemente, levando-o à agressividade. Agressividade essa que é aliada ao amor, quando focalizamos a atenção da equipe de enfermagem, composta por aqueles que lhe trarão a dor e o sofrimento, mas que, também pelo amor ao cuidado, o auxiliarão em sua recuperação.

Entretanto a equipe de enfermagem pode sentir-se impotente quando enfrenta situações em que vivencia estresse, ansiedade, preconceitos, impaciência, além da pressão psicológica que sofre diante da dor vivenciada por estes pacientes (FERREIRA, 1997).

A queimadura tem sido considerada como um dos traumatismos mais destrutivos que o ser humano pode sofrer. Sua relevância decorre não só pela freqüência com que acontece, mas também pelas seqüelas funcionais, estéticas e psicológicas que provoca (WERNECK; REICHENHEIM; CORPEGIANI, 1995).

Após longo período de reflexão sobre essas questões, resolvi entender melhor este assunto, buscar respostas para meus questionamentos sobre a pessoa que sofreu queimadura, para assim compreender o cotidiano deste paciente, visando à melhoria de seu atendimento e assistência. Para tal, realizei alguns estudos, pesquisas junto a pacientes internados na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, procurando identificar o que ainda esperavam da vida, bem como seus

anseios, desejos, pensamentos e sentimentos. Em pesquisa realizada por mim e Bueno, verificamos que a maioria dos pacientes mencionava sentimentos de desgosto, tristeza, rejeição e medo de se olhar no espelho. Contraditoriamente, seus desejos e anseios mostravam a vontade de sobrevivência, revelada em expectativas de sair do hospital, acabar de construir uma casa, comprar um carro. Os resultados encontrados não foi uma surpresa para as autoras. Ao contrário, revelaram o que empiricamente já haviam observado (FERREIRA e BUENO, 1987).

A partir deste estudo e do aproveitamento de dados teórico-práticos que vieram confirmar minha inquietude em relação à dor e ao sofrimento dos pacientes, o que às vezes se estendia às tentativas de homicídios e suicídios, dei continuidade a esta série de estudos, buscando aprofundar meus conhecimentos. Parti do aspecto fisiopatológico da queimadura e avancei para a questão psíquica da tentativa de suicídio, quando realizei minha dissertação de mestrado intitulada: "Construindo o processo que levou o paciente queimado à intercorrência da queimadura" (FERREIRA, 1997).

No transcorrer desse trabalho, deparei-me com muitas dificuldades, dúvidas, incertezas com o desconhecido e com a necessidade primordial de escrever minha experiência. Aprendi muito com os depoimentos, com as histórias de vida de sobreviventes de queimaduras buscando sua autodestruição, com as suas experiências e, sobretudo, conheci um lado até então desconhecido: a dificuldade de elaborar as perdas durante todo o viver, o que as levou à autodestruição (FERREIRA, 1997).

Volto-me agora para a criança. Ao abordar o aspecto infantil, a partir de minha experiência na área, venho observando que as queimaduras em crianças, na maioria dos casos, devem-se a acidentes, mas também podem ter como causa os maus-tratos de adultos e a negligência dos pais. Até mesmo o contexto familiar influencia: crianças cujos lares estão desestruturados, onde faltam a atenção e o interesse dos pais, mas sobram sentimentos de



culpa pelos conflitos conjugais. Todos estes fatores levam a criança a uma maior probabilidade de se queimar, até mesmo sob um pretexto extremo de chamar atenção.

Meu envolvimento com este cotidiano infantil, repleto de tensões e ansiedades, foi reativado e reafirmado após o nascimento de meu filho, quando pude me deparar com situações de separações rápidas, vividas entre mim e ele, mesmo por um período curto de seis horas que, no entanto, para mim representava uma eternidade, como em seu primeiro dia de integração à creche (Centro de Convivência Infantil do HCFMRP – USP).

Vivenciando essas experiências, como mãe, voltei-me para a situação de sofrimento causada por uma longa separação dos pais com os filhos que são internados por período indeterminado, quando se apreende a intensa dor sentida principalmente pela mãe, ao deixar o filho que sofre em local desconhecido, rodeado por pessoas estranhas. A Unidade de Queimados e a Supervisão de Enfermagem deste setor não permitem a presença contínua de acompanhantes por ser este um local fechado, que não dispõe de alojamentos para os familiares e também por causa de fragilidade dos pacientes e da suscetibilidade às infecções a que se acham expostos.

Porém entendo que isto não se justifica, pois pesquisas realizadas por Barnes e Budd (1999) colocam que os componentes do cuidado e a maneira de cuidar são muito diferentes do que eram, que o controle de infecção dita que ainda não podemos permitir flores vivas, mas podemos ter facilidades para membros da família permanecerem no quarto do paciente, pois devemos colocá-los no centro de nossos planos de cuidados.

Tenho observado que, mesmo quando parece haver uma perfeita interação entre as crianças que sofreram queimaduras, suas mães e a equipe, o sofrimento das mães não diminui, pois “[...] uma queimadura grave causa ansiedade tanto na criança quanto na família [...]” (ARTZ; MONCRIEF; PRUITT, 1980, p. 357).

A dor e o medo por estar em um local estranho serão sensações constantes no decorrer do tratamento. O apartar-se da mãe, a debilidade, a dependência, o receio de que seu corpo nunca mais seja como antes e o medo da morte fazem parte dos conflitos da criança queimada.

Em estudos de acompanhamento de crianças que se recuperaram fisicamente, foram encontrados distúrbios emocionais em 80% delas e em 60% das mães (ARTZ; MONCRIEF; PRUTT, 1980). Apesar de todo amparo médico e psicológico, na maioria das vezes, o sofrimento das mães não diminui, ao contrário, parece ser eterno, pois resulta da perda permanente do “corpo físico” de seu filho, que nunca mais será o mesmo. Trago ainda em minha mente a imagem marcante de uma criança queimada que, após seu óbito, tendo sido seu corpo preparado, a mãe segurou-a no colo como se ela estivesse dormindo.

É importante que durante a internação haja uma interação e integração da equipe, paciente e família, para que estas questões sejam trabalhadas no decorrer das fases de recuperação e reabilitação da criança queimada.

Diante do exposto, voltei meus estudos para o que é ser mãe de um filho com queimaduras e, sendo assim, tive o seguinte objetivo: compreender e interpretar, à luz da Psicologia Fenomenológica, o que é ser-mãe-no-mundo com um filho que sofreu queimaduras, internado em uma Unidade de Queimados. Tive ainda como finalidade nesta pesquisa, sensibilizar a equipe para facilitar à mãe sua presença no período em que a criança estiver hospitalizada, além de criar subsídios para uma participação ativa da mãe no tratamento de seu filho, visando dar-lhe condições para que ela desenvolva suas próprias habilidades e possa se envolver no processo de cuidado dos aspectos físicos e emocionais da criança queimada.

## **2 A EXPRESSÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O TEMA**

### **2.1 QUEIMADURAS**

Desde sua descoberta, nos primórdios da história, o fogo tem-se constituído em fonte de energia, facilitando em vários aspectos a vida do homem. Porém, juntamente com os benefícios, o fogo o expôs ao mundo do trauma, sendo o causador de imensas tragédias, gerando dor e sofrimento às suas vítimas.

Desde então, o homem busca métodos que aliviem a dor e promovam a cura das queimaduras. Começando pelo homem primitivo, que supostamente utilizava extratos de plantas para tratar suas queimaduras, a história nos mostra que os mais variados e inusitados métodos foram empregados para tratar as lesões térmicas: óleos obtidos de frutas, leite humano, gordura animal, mel e cinzas entre outros, aliando-se a isso tudo o misticismo, quando se acreditava que o uso de vermes, cérebros e gordura animal moídos e preparados em noites de lua crescente seriam eficazes no tratamento. Essas são mostras das tentativas de amenizar o sofrimento causado pelas queimaduras (FONTANA; SALLES, 1998).

Por maior que seja o avanço no tratamento das lesões térmicas, o homem continuará a conviver com esse tipo de trauma de gravidade tão intensa, pois nenhum ser humano pode prescindir das fontes de energia que o cercam e que são indispensáveis para sua sobrevivência. O cuidado e a atenção no manuseio das mesmas é o que pode nos proteger de uma queimadura (FONTANA; SALLES, 1998).

### **2.1.1 Epidemiologia**

Devido às lesões graves e a inúmeras complexidades que o paciente queimado apresenta, o tratamento das queimaduras tem-se constituído num grande desafio para o profissional envolvido nesse trabalho.

A lesão térmica, seja ela causada pelo fogo, por energia elétrica ou por elementos químicos, é uma das mais traumáticas e destrutivas, atingindo não somente o físico, mas causando graves danos psicológicos ao homem.

Por sua capacidade de gerar seqüelas funcionais, estéticas e psicológicas, e também pela freqüência com que sucede, é importante desenvolver meios para prevenir o trauma térmico, visando assim a minimizar o sofrimento decorrente das queimaduras, (CRISOSTOMO; SERRA; GOMES, 2004):

[...] é de extrema importância, em todas as áreas da atuação médica, o conhecimento da epidemiologia, que fornece subsídios de avaliação e organização de programas de tratamento e de campanhas de prevenção [...] (p. 31).

Segundo os autores supracitados, cerca de 1.400.000 queimaduras por ano acontecem nos Estados Unidos levando a 54.000 hospitalizações. O custo de tratamento hospitalar em uma unidade de tratamento para queimados pode variar entre 3.000 e 5.000 dólares por dia nos Estados Unidos e estima-se que este valor corresponda a aproximadamente 23% do custo total de tratamento. O impacto econômico inclui ainda: perda de dias de trabalho, incapacidades, custos com reabilitação e dano emocional causado pelas deformidades (p. 31-32).

As estatísticas do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos indicam que, neste país, quase oito mil pessoas a cada ano morrem vítimas de queimaduras, sendo que aproximadamente um terço delas são crianças menores de 15 anos. Paralelamente, o número de crianças que sofre seqüelas importantes é, em média, três vezes maior do que das que morrem. O mais preocupante é que o número destes acidentes permanece inalterável ou tende a crescer anualmente, apesar de haver grande probabilidade de que eles sejam evitados (ARTZ; MONCRIEF; PRUITT, 1980).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, em 1998 ocorreram 282.000 mortes no mundo decorrentes de queimaduras, 96% em países em desenvolvimento. Esses mesmos dados mostram que “[...] as queimaduras são a quarta causa de morte por injúria unidirecional nos Estados Unidos [...]”. A morbidade associada às lesões térmicas também é um fator preocupante. Mais da metade de todas as mortes por queimaduras ocorreram na região sudeste da Ásia; a África detém o maior índice por 100.000 habitantes, enquanto as Américas e a Europa apresentam os menores índices, conforme dados epidemiológicos apontados por (CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004, p.31).

Serra (1995) cita um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, abrangendo um período de 20 anos, no qual há uma maior incidência de queimaduras em crianças na faixa de 0 a 5 anos, sendo mais expressiva entre o 1º e o 2º ano de vida. Esses dados têm sido comprovados em nossa prática diária, visto que a maior parte das vítimas de queimaduras que chegam ao hospital são crianças desta faixa etária. As causas mais freqüentes destas intercorrências são as lesões por escaldamento, álcool, fogos de artifícios e eletricidade, acidentes estes que ocorrem dentro de casa ou ao redor dela, quer seja por negligência por parte dos pais ou responsáveis, ou ainda por hiperatividade da criança.

De acordo com Death e Brignall (1999), nos Estados Unidos, cerca de 6.000 crianças ao ano são admitidas para tratamento de queimaduras, sendo que 66% delas com

menos de 5 anos. As razões são várias, principalmente, devido à inabilidade para evitar riscos e incapacidade de prever comportamentos de risco.

Devido à carência de dados estatísticos no Brasil, somos levados a confrontar os dados adquiridos nos centros de referência nacionais com os de outros países (CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004).

Tais dados estimam “[...] que no Brasil ocorram em torno de 1.000.000 de acidentes com queimaduras por ano. Destes, 100.000 pacientes procurarão atendimento hospitalar e cerca de 2.500 irão falecer direta ou indiretamente de suas lesões [...]” (CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004, p. 32).

No Brasil, De-Souza et al. (2002) realizaram um levantamento epidemiológico de pacientes internados com queimaduras e outros traumas, em algumas cidades do Sudeste do Brasil, no período de 1991 a 1997, e encontraram, em 60.344 pacientes internados por ferimentos traumáticos que necessitavam de hospitalização, 921 pacientes com queimaduras, o que correspondeu a 1,5% do total de ferimentos traumáticos, sendo duas vezes maior em homens na maioria dos grupos de idade, e a maior fatalidade no grupo de mulheres.

Ainda relacionado a dados estatísticos, De-Souza, Marchesan e Greene (1998) caracterizaram a população de queimados e identificaram os fatores que afetam a taxa de mortalidade. No período de 1991 a 1995, relataram que um total de 229 pacientes foram admitidos na Unidade de Queimados (média de 3,6 pacientes internados por mês) e que destes, 185 (80,8%) foram hospitalizados dentro das primeiras 24 horas. A maioria das queimaduras (78,6%) era constituída por acidentes ocupacionais ou domésticos, sendo estes causados por chama direta com álcool, que é o agente causador mais comum. A taxa de mortalidade entre esses pacientes correspondeu a 18,8% para todos os pacientes, aumentando de acordo com a superfície corporal queimada, idade e pacientes suicidas.

As causas mais comuns entre os pacientes vitimizados por queimaduras são o uso excessivo de álcool e fumo (acidentes com cigarros), fogos de artifícios, festas com fogueiras, balões, posição socioeconômica (mais freqüente em população de baixa renda), violência e crises convulsivas (CRISÓSTOMO; SERRA; GOMES, 2004).

### **2.1.2 Classificação**

Inúmeros fatores podem influenciar no prognóstico e determinar o grau de maior ou menor complexidade de um trauma térmico; dentre eles a profundidade e a extensão da lesão. A gravidade desses fatores determinará o prognóstico e a estimativa de sobrevida do paciente.

A profundidade da lesão é o fator determinante na avaliação do grau da queimadura e está relacionada ao agente causador, à duração da exposição e a causas predisponentes do paciente.

Concordamos com Serra et al. (2004, p.43) que:

[...] na criança esta determinação será ainda mais difícil, pois sua pele é bem mais fina do que a de um adulto, tornando-a muito mais suscetível às lesões profundas. Em um trauma térmico semelhante, com o mesmo agente, que num adulto cause uma lesão de 2º grau, na criança provavelmente será mais profunda [...].

Em nossa prática diária, temos visto que a diferença entre a queimadura de 2º grau profunda e a de 3º grau é difícil de ser estabelecida nas primeiras horas após o acidente, sendo necessária uma avaliação contínua nas primeiras 72 horas.

Ainda quanto à profundidade, as lesões térmicas classificam-se em três graus, segundo Gomes; Serra; Pellon (1997), a lesão de **primeiro grau** é caracterizada por hiperemia, pele seca, edema e dor intensa; a de **segundo grau** afeta toda a epiderme, atingindo parte da derme, com presença de bolhas que podem apresentar-se íntegras ou não; a lesão de **terceiro grau** é sem sombra de dúvida a mais grave e destrutiva, acometendo totalmente epiderme e derme e, com grande frequência, os tecidos subcutâneo, muscular e ósseo, provocando lesões deformantes, impossibilitando a regeneração natural da pele, sendo necessário enxerto ou retalhos para a restauração da área lesada.

A extensão da lesão é obtida através do cálculo da área corporal afetada pela lesão térmica, que apesar de simples, pode apresentar muitos erros. É preciso cuidado para não supervalorizar a área corporal lesada, não levando em conta as lesões de 1º grau, que em si não apresentam uma importância clínica e, portanto, não devem ser incluídas no cálculo. Em se tratando de lesões de 3º grau, deve-se ser prudente na avaliação, aguardando um período de 48 horas para fazer uma avaliação final, devido à instabilidade e definição tardia da queimadura (GOMES; SERRA; PELON, 1997).

Apesar de simples, as regras para o cálculo são rígidas e o método utilizado é Esquema de Lund-Browder, uma tabela de uso internacional. Outro esquema amplamente usado e de fácil memorização é a Regra dos Nove, método esse que deve ser aplicado somente em salas de emergência, pois é considerado como uma avaliação superficial, por não ser muito preciso. Nesse método, a superfície corporal é dividida em múltiplos de 9, a cabeça vale 9%, membros superiores valem 9% cada um, tórax anterior e posterior, 18% cada um, membros inferiores, 18% cada e o períneo vale 1% (GOMES; SERRA; PELON, 1997).

Segundo Serra et al. (2004), “[...] a regra dos nove não deve ser aplicada em crianças por elas apresentarem superfícies corporais parciais diferentes dos adultos, principalmente naquelas abaixo de 4 anos [...]” (p. 45).



Existem, na literatura, outros métodos para definir a extensão da lesão, porém não vamos nos ater a esses, por não ser o enfoque do presente estudo.

Em crianças, as queimaduras são consideradas mais graves comparadas ao adulto, este fato se dá devido às próprias peculiaridades da faixa etária, variando desde a superfície corporal atingida até o próprio sistema imunológico que influenciam na evolução e prognóstico destas lesões. A morbimortalidade continua elevada apesar dos avanços na área de prevenção de acidentes. Deve-se atentar para as diferenças anatômicas, fisiológicas e emocionais que a criança apresenta em relação ao adulto (SILVA et al., 2004).

Os mesmos autores colocam que a criança apresenta uma maior superfície corporal em relação ao peso, quando comparada ao adulto; pois uma criança de 7 quilos tem um décimo do peso de um adulto de 70 quilos, mas a superfície corporal desta criança é um quarto daquela do adulto, portanto, um adulto que queima 12% da superfície do corpo é considerado um pequeno queimado, enquanto uma criança com esta mesma porcentagem poderá entrar rapidamente em choque (p. 202).

Quanto à gravidade, em **adultos**, as lesões podem ser classificadas de acordo com os mesmos autores, como: **queimaduras leves**: 1º grau – qualquer extensão da superfície corporal; 2º grau – menor que 10% da superfície corporal; 3º grau – menor que 2% da superfície corporal. As queimaduras leves geralmente não necessitam de internação hospitalar, devendo ser tratadas ambulatorialmente, pois não apresentam repercussões hemodinâmicas e raras vezes complicam.

As **queimaduras moderadas**: 2º grau – entre 10% e 20% da superfície corporal; 3º grau – entre 3% e 5% da superfície corporal. Na maioria das vezes os pacientes com estas lesões necessitam de internação hospitalar, raramente são acompanhados ambulatorialmente.

E as **queimaduras graves**: 2º grau que excedem 20% da superfície corporal; 3º grau que excedem 10% da superfície corporal. Pacientes com queimaduras graves necessitam de internação em centro especializado em queimados e, se não for possível, deverão ser tratados em Unidade de Tratamento Intensivo, pois têm grande risco de morte.

Devido à discrepância da massa por superfície corpórea em *crianças*, Serra (1997, p.65-66) classifica as queimaduras quanto à gravidade, como: **queimaduras leves**: 1º grau qualquer extensão; 2º grau menores que 10%; 3º grau menores que 2%.

As **queimaduras moderadas**: 2º grau entre 10 e 20 %; 3º grau entre 3 e 5 %.

E as **queimaduras graves**: 2º grau que excedem 20% da superfície corporal total; 3º grau excedem 10% da superfície corporal total.

Além dos fatores citados anteriormente, que irão influenciar no prognóstico, deve-se levar em conta que, em se tratando de idosos e crianças, cada fato e sintoma devem ser valorizados ou até mesmo supervalorizados. De relevada importância é a conscientização da família quanto à gravidade do estado do paciente.

## **2.2 O IMPACTO DO TRAUMA DA QUEIMADURA E A HOSPITALIZAÇÃO**

Toda queimadura representa um grande trauma para as pessoas, principalmente quando este trauma ocorre com crianças. É um ferimento aterrorizante que deixa seqüelas físicas e psicológicas enormes, acrescido a ele estão os vários dias de hospitalização, o afastamento dos familiares, amigos, parentes, e de tudo que cerca o paciente na vida cotidiana.

Para um tratamento adequado e restaurador, são necessários vários dias de internação, e estes dias são vistos com muito sofrimento para os pacientes, pois ficam muito tempo afastados da rotina da vida familiar, da escola, trabalho e atividades sociais, e ao sair de alta, relatam medo e ansiedade para enfrentar o mundo lá fora.

Percebemos que, nos primeiros dias, a vontade e/ou motivação em se recuperar é tão grande que, muitas vezes, não referem vontade de ir para casa, mas com o passar dos dias, banhos e curativos dolorosos, os desbridamentos, as enxertias, fisioterapia e outros procedimentos vão causando um grande impacto psicológico nos mesmos.

Quando a recuperação ocorre, ele se depara com outra situação traumática que é o enfrentamento social, pois ele é fisicamente e emocionalmente uma nova pessoa, e isto gera desconforto, medo, insegurança, receio de enfrentar o mundo da forma como ficou após as queimaduras. O trabalho da equipe de enfermagem, da psicologia, da psiquiatria e da fisioterapia é de extrema importância para a reabilitação psicológica e social destes pacientes.

Vale ressaltar que com as crianças, muitas vezes, este medo do enfrentamento social não ocorre durante a internação, podendo vir a ocorrer, quando se vêem na situação, tal como quando os colegas da escola perguntam por que tem esta ou aquela cicatriz. Aí, os problemas começam a aparecer e estas crianças poderão necessitar de suporte psicológico e emocional para enfrentar esta situação traumática de forma adequada.

A escola e seus alunos devem estar ou ser preparados para a volta da criança com alteração da aparência corporal ou desfiguramento facial e informados das experiências da internação. Os cuidados especiais não terminam na alta hospitalar; têm aumentado os projetos para ajudar as crianças a se valorizarem segundo Silva et al. (2004, p. 205):

[...] Poucas são as doenças que trazem seqüelas tão importantes como a queimadura grave. Mesmo com a sobrevivência física e a ocorrência da epitelização de toda a pele, as cicatrizes, as contraturas e a distorção da

própria imagem culminam com frequência na ‘morte social’. É de fundamental importância a prevenção destes acidentes, devendo a queimadura ser encarada como um trauma que pode ser evitado através da aplicação de princípios epidemiológicos, realização de campanhas de conscientização e medidas legislativas [...].

### **2.3 HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA QUEIMADA**

A criança hospitalizada requer um tratamento diferenciado do adulto, necessitando de especial atenção da equipe de enfermagem, e isso torna-se mais significativo no caso de queimadura. Ela se apresenta fragilizada física e emocionalmente, pois é abruptamente afastada de tudo o que forma o seu mundo – pais, irmãos, brinquedos, objetos preciosos para si e até animais de estimação – e se vê em um lugar desconhecido, cercada por estranhos, vivenciando uma situação traumatizante, perturbadora e extremamente dolorosa.

A queimadura, além de marcar o físico, mutilando e desfigurando, pode deixar marcas psicológicas no paciente queimado, em especial na criança que, devido à sua fragilidade emocional, pode experimentar sensações de abandono, de medo e desamparo.

A hospitalização de uma criança pode precipitar em estresse significativo para ambos, paciente e família, resultando em crise familiar (FERRARO; LONGO, 1985).

Para superar ou amenizar a situação traumatizante que a internação hospitalar cria na vida da criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, garante a permanência da mãe ao seu lado, o que vem a ser um fator positivo e de grande importância para o seu bem-estar, apesar das possíveis dificuldades que tal medida possa representar na rotina de trabalho da unidade (FIRMINO, 1995).

Barnes; Budd (1999) colocam suas experiências no Hospital de Vancouver com o cuidado do queimado centrado na família, que foi fundamentado em duas crenças: a primeira refere-se a se o paciente tem acesso às informações sobre sua doença e hospitalização, ele pode participar na restauração da sua saúde, e a segunda crença diz que é possível criar um envolvimento de tratamento na estrutura hospitalar. Esse modelo inclui sete dimensões no cuidado centrado no paciente: a coordenação e integração do cuidado, conforto físico, transição e continuidade, informação, comunicação e educação; respeito pelos valores, preferências e necessidades expressadas pelos pacientes; envolvimento da família e amigos; alívio do medo e ansiedade. As autoras afirmam que a experiência com o cuidado centrado na família foi claramente superior às práticas anteriormente realizadas de visitas restritas e interrupção do envolvimento familiar.

Bowden; Feller (1973), em suas experiências, encontraram dificuldades frente às reações das famílias de pacientes queimados, ao explanar que os membros da família apresentam três respostas comuns ao estresse frente à queimadura: a indecisão, a intensificação dos conflitos preexistentes e o sentimento de culpa. Estas reações afetam seriamente a adaptação hospitalar e, conseqüentemente, a reabilitação do paciente, sendo necessário oferecer suporte à família para prosseguir no tratamento e reabilitação do paciente queimado.

Devido às características emocionais inerentes ao ser humano, a criança queimada sensibiliza toda a equipe, porque ela apresenta maior imaturidade e, conseqüentemente, maior dificuldade em lidar com a presente e dolorosa situação, muitas vezes incompreensível e assustadora (FIRMINO, 1995).

Durante o longo período de internação a que se submete o paciente queimado, principalmente tratando-se de uma criança, a equipe clínica passa a ser parte integrante e necessária à sua vida, influenciando-a direta ou indiretamente. A criança vai se relacionar de

maneira diferente com cada uma das pessoas que cuidam dela: se mostrará mais afável e receptiva com um, arredia e pouco amistosa com outro e até mesmo assustada com algum outro. Por outro lado, cada membro da equipe irá experimentar sentimentos particulares para com o paciente, os quais interferirão na sua maneira de tratá-lo, apesar de todos seguirem a mesma orientação terapêutica (FIRMINO, 1995).

Devido ao período de internação prolongado é sugerido por Death; Brignall (1999), que brincar, parte integrante do desenvolvimento infantil, durante a hospitalização pode auxiliar, ainda, a criança a compreender a sua situação e a expressar seus medos e preocupações. O brincar é especialmente útil antes das cirurgias programadas de enxertia de pele, quando podem ser usadas encenações teatrais. A fisioterapia também é facilitada durante as brincadeiras.

Em nossa experiência trabalhando em Unidade de Queimados, pudemos observar que foram obtidos resultados bastante positivos quando confeccionados brinquedos voltados para a cirurgia de desbridamento ou de enxertia. As crianças eram informadas em relação aos procedimentos que seriam realizados e demonstrados através dos brinquedos. Observamos, eu e a equipe de enfermagem, em várias situações, que a criança que passava por este processo de brinquedo, envolvendo a experiência traumatizante, tornava-se mais colaborativa, obtendo melhor recuperação.

Analisando-se todos esses fatos, considera-se ser de primordial importância a participação de um profissional especializado na área de saúde mental dentro da Unidade de Queimados, o qual possa dar suporte aos aspectos relacionados a estas situações, o que levará a uma assistência mais humana e adequada. Além de atuar com a criança e com a família, o profissional de saúde mental (psiquiatra ou psicólogo) precisa participar e discutir o caso com a equipe que está cuidando do paciente. É importante que o psiquiatra / psicólogo compreenda a evolução de certos comportamentos infantis, tais como a revolta, a agressividade, a apatia e

ajude a equipe de saúde a compreendê-los. Por outro lado, é preciso apreender quais são as expectativas da equipe em relação a estas crianças, para que se possa realizar um trabalho efetivo com elas (LEWIS, 1995).

É esperado que o profissional de saúde mental já tenha um preparo e conhecimento acerca dos comportamentos infantis pela própria formação e possa ajudar a equipe a compreendê-los também.

Segundo Bowden; Feller (1973), Gordon (1980), o cuidado psicológico com as crianças começa no momento da internação. Algumas delas chegam com problemas psicológicos preexistentes, pois muitas são vítimas de agressões familiares e têm graves problemas emocionais. Intervenções psicossociais curtas ou mesmo de longo prazo são necessárias, tanto para a família como para a criança, como forma de aliviar a culpa, estabelecer uma situação familiar mais saudável e apoiar a resposta da criança à hospitalização e à reabilitação.

Considera-se que a conscientização das famílias em relação ao tratamento e os procedimentos e cuidados com as queimaduras são pontos complementares na condução satisfatória destes pacientes. Se as famílias não forem orientadas adequada e continuamente de forma a terem um suporte para que sejam instrumentos que influenciem de maneira positiva o tratamento físico, mental e social das vítimas das queimaduras, suas ansiedades permanecerão elevadas, tornando-se um ponto negativo que impede o manejo total do paciente (GORDON, 1980).

O contato com os pais é de extrema importância. A internação, como citado anteriormente, pode durar dias, semanas ou até meses e, neste tempo, é importante assegurar o envolvimento entre as crianças e seus pais. A estrutura familiar é sempre abalada quando uma criança se queima. Por sentimentos de culpa e preocupação dos pais, a criança pode entender que houve diminuição do amor de seus pais. A equipe deve atuar como mediadora entre filhos

e pais, ajudando a manter e/ou reatar o relacionamento. Os pais deverão ser encorajados a tomar parte no tratamento e a atuar em qualquer cuidado que eles sintam ser capazes de executar (DEATH; BRIGNALL, 1999).

Na Unidade de Queimados em estudo, as mães são encorajadas a auxiliar no cuidado das crianças, no que se refere à alimentação e à troca de roupas.

Quando os pais demonstram empatia e aceitação, a criança se torna mais independente e melhora a sua auto-estima. Os pais devem ser bem-vindos às trocas de curativos, embora possam ser traumáticas para eles. Entretanto, o tempo dispendido com eles após as trocas, explicando o que foi feito e por que, pode ser encorajador e tranqüilizante (DEATH; BRIGNALL, 1999).

A nosso ver, a volta da criança para o seu lar inspira cuidados, pois em uma sociedade que idolatra a forma física, isto causa sérios problemas aos adolescentes e adultos, que dirá para uma criança cheia de marcas, cicatrizes e às vezes até mutilações?

Concordamos com Firmino (1997, p. 207) quando coloca que do ponto de vista psicossocial, “[...] o paciente queimado se vê imprensado pela exigência da beleza física de fora e por sua própria exigência interna, inconformado com a cicatriz em sua pele que dói no seu eu, no se narcisismo [...]”.

O mesmo autor, ainda, afirma que o paciente queimado se sente uma pessoa diferente, agora que o seu corpo também está diferente do que era, tendo uma marca no rosto fará com que se sinta ainda mais diferente, se esta pessoa não tiver uma boa função mental, poderá sentir-se mais rejeitado ainda.

Em nossa experiência, percebemos os diversos obstáculos que a criança queimada e sua família poderão enfrentar com sua volta ao lar. Algumas crianças não querem



retornar à escola por causa das cicatrizes, pois temem a rejeição dos colegas, dificultando, assim, a sua readaptação social.

Segundo Lindquist (1993), embora haja tantas situações desfavoráveis, as respostas das crianças costumam sempre tornar-se mais e mais positivas com o envolvimento dos pais. O envolvimento dos pais neste processo de recuperação e reintegração social é de primordial importância para que a criança retorne ao seu estilo de vida anterior, ou ao mais próximo possível dele.

No processo de recuperação e de reintegração social da criança queimada, concordamos com Death; Brignall (1999) ao afirmar que, além da família, a escola é o mais importante envolvimento para as crianças, quando muito debilitadas, elas podem ficar incapazes de realizar suas tarefas, mas na fase de recuperação as tarefas poderão ser integradas às rotinas dos curativos, fisioterapia e terapia ocupacional.

Para auxiliar a criança e seus familiares a vencer os problemas que possam surgir quando do seu regresso ao lar e para que ela readquira autoconfiança, faz-se necessário um atendimento multi e interprofissional contínuo, incluindo-se aí a orientação psicológica, até que estejam reintegrados à sociedade\* .

Comprendemos, conforme Death; Brignall (1999), que a escola e seus alunos devem ser orientados e preparados para a volta da criança com alterações da imagem corporal e deverão ser informados das experiências da internação.

Os cuidados especiais, portanto, não terminam na alta. Segundo Death; Brignall (1999), os projetos para ajudar as crianças a se valorizarem têm aumentado. As autoras afirmam que em Londres há opções de clubes e acampamentos para queimados, que

---

\* Atendimento multiprofissional = Quando o queimado utiliza-se de vários tipos de profissionais: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, etc.  
Atendimento interprofissional = Quando há um relacionamento de intercâmbio entre os profissionais.

rapidamente estão se tornando populares e melhoram a capacidade para as crianças que sofreram queimaduras se reintegrarem à sociedade.

Concordamos com Borges; Carvalho (2004), quando estes afirmam que:

[...] nesta fase (de recuperação), a psicoterapia é fundamental para que a criança possa redescobrir-se e tentar aceitar as modificações físicas que ocorrem. Em uma sociedade que valoriza a estética, pessoas que são diferentes de um ideal de beleza são normalmente desvalorizadas e rejeitadas, o que muitas vezes estigmatiza as vítimas de queimadura em seu contato social. No tratamento psicológico tentamos auxiliar o paciente a ver a textura de sua pele lesada para reencontrar-se com aquela criança criativa, vitalizada que ainda existe escondida por detrás da queimadura; é uma tarefa árdua para a criança, para os familiares e para o profissional, mas gratificante já que conseguimos ver que muitas conseguem melhoras significativas se bem auxiliados [...] (p. 247).

Em relação às famílias das crianças que sofreram queimaduras, pode-se dizer que todas elas são afetadas quando este evento acontece.

Os pais temem que tenham perdido a criança como ela era antes da queimadura. Eles perderam, de fato, a sua imagem devido à desfiguração pela queimadura. Essa perda pode ser temporária ou permanente, dependendo dos resultados das lesões e contraturas. É uma perda do aqui e agora para a qual os pais precisam de apoio. Eles estão chocados e não acreditam no que aconteceu, podem se culpar um ao outro. A enfermeira deve ter sensibilidade para detectar informações significativas sobre o relacionamento pais-criança. Os pais precisam de orientação e apoio e não devem ser culpados pelos danos à criança (TALBERE; GRAVES, 1976).

Romano (1997) enfoca a hospitalização como um evento gerador de estresse, pois o equilíbrio do sistema é rompido pelas necessidades internas e solicitações externas, fazendo com que a hospitalização se torne ameaçadora. Para a restauração do sistema, é

necessária a utilização de estratégias adaptativas e seu sucesso dependerá das respostas individuais, motoras e afetivas.

A autora ainda pontua a hospitalização, doença e procedimentos diagnósticos, terapêuticos e/ou cirúrgicos, como ameaçadores do sistema familiar, seus papéis e seus canais de comunicação.

Romano (1997) aborda ainda que há três estratégias para suprir as necessidades dos familiares, sendo elas: horário flexível para visitas, intervenção na crise e grupos de apoio.

Recordamo-nos de certa época na Unidade de Queimados que havia grupos de apoio à família, pacientes e equipes, e esses grupos se reuniam com profissional da área da psiquiatria e psicologia e era realizado um trabalho, que nós acreditamos, era bastante satisfatório para pacientes, famílias e equipes.

Sendo assim, concordamos com Borges; Carvalho (2004) de que a abordagem psicológica à criança queimada deve estar associada a uma série de cuidados, medicamentos, fundamentais ao tratamento de queimaduras; porém deve-se buscar despertar os familiares para que estes olhem além do físico, e vejam a beleza e riqueza interior de seu filho e talvez, assim, a criança, vendo refletida nos olhos de seus pais a imagem da sua alma, possa novamente se ver como um ser único, belo e insubstituível.

## **2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS PACIENTES VITIMIZADOS POR QUEIMADURAS**

Sem sombra de dúvidas, a queimadura é um dos traumatismos mais agressivos e destrutivos que podem atingir os seres humanos, tendo em si a capacidade de acarretar seqüelas funcionais, estéticas e psicológicas (ROCHA, 2002).

Ainda para essa autora, a dor intensa, a hospitalização prolongada e as várias intervenções cirúrgicas reparadoras passam a ser comuns para o paciente queimado, qualquer que seja a sua idade. Porém as marcas não se limitam somente ao físico, mas atingem fundo sua personalidade e emoções. Contudo o paciente não é o único a ter que superar as difíceis fases do tratamento. A família, juntamente com ele, vai ter que vencer o medo da morte, a dor, a rejeição, a culpa, a ameaça de desfiguração e outros sentimentos que podem desencadear maiores transtornos, podendo levar à depressão ou ao alcoolismo, por exemplo.

Concordamos com Rocha (2002) quando diz que a vítima de queimadura pode apresentar uma labilidade intensa durante o tratamento, sendo que medo, irritabilidade, ansiedade e depressão são sintomas esperados nesse período. O tratamento emocional do paciente queimado deve ser preventivo e o primeiro passo visa deixá-lo a par de sua enfermidade, das etapas do seu tratamento, como evolução, desbridamento, enxertia e prognóstico, pois o paciente apresenta um maior controle dos seus problemas e emoções, quando compreende com clareza o que está acontecendo consigo.

Em nossa convivência com pacientes queimados, vemos que ansiedade ou medo são reações esperadas nos mesmos. Reações essas que, por sua vez, ele não consegue explicar o motivo ou a razão. Toda situação que está vivenciando pode gerar irritabilidade,

tristeza, angústia e levá-lo à depressão, confirmando o que foi constatado por Rocha (2002) em seu estudo com pacientes vitimados por queimaduras.

De acordo com essa autora, nos cuidados desses pacientes devem-se criar oportunidades para que eles compartilhem seus medos, anseios e preocupações com os profissionais que estão envolvidos em seu tratamento. Paciência e empatia por parte dos nossos profissionais ao lidar com tais anseios são de extrema relevância. É preciso entender a revolta que, por vezes, o paciente dirige às pessoas envolvidas em seu tratamento, por serem essas mais próximas e atuantes.

Deve-se dar maior atenção ao paciente depressivo. Apatia, choro, falta de apetite, dificuldade para dormir são indícios de depressão que podem levar ao desespero e até mesmo a idéias suicidas. Além disso, é preciso também, incentivá-lo ao autocuidado, conforme sua condição permitir, evitando, assim, uma dependência excessiva (ROCHA, 2002).

Segundo Rocha (2002, p.36):

[...] outra medida importante é o exemplo de um outro paciente já tratado. Os pacientes se mostram mais dispostos a discutir suas dúvidas com alguém que já passou pela mesma experiência. O fato de ver outra pessoa que esteve queimada, ou que está curada ou em fase de recuperação é a prova de que existe luz no fim do túnel [...].

A literatura tem apontado que, desde o período de internação, além de todas as manifestações orgânicas que o paciente apresenta, existem as do âmbito psicossocial.

No âmbito psicossocial, temos presenciado que o medo do desfiguramento aparece com força e, conseqüentemente, os problemas com a auto-imagem, efetivamente modificada para pior. No entanto, começam a aparecer as manifestações verbais da vontade

de viver, da religiosidade e esperança de melhora. O paciente, nessa fase, começa a pensar em retornar ao convívio com os seus.

Como enfermeira da Unidade de Queimados, temos acompanhado que, quando os elementos da enfermagem observam a evolução de um curativo ou de um enxerto de pele, o fazem como profissionais da área, notando apenas o seu aspecto físico, emitindo comentários positivos e ressaltando o quanto “ficou bom” ou “está bonito”. Porém, aos olhos do paciente e da família, que têm como referência a sua imagem anterior à queimadura, o aspecto do que se observa é horroroso, pois em hipótese alguma imaginariam que o resultado seria a imagem do que estão vendo, pois no seu entender “estar bonito” seria voltar a ser como antes do acidente. Por isso, muitas vezes os comentários e conceitos técnicos emitidos parecem tão contraditórios aos olhos do paciente, principalmente em relação à estética. Com relação a esta percepção, Rossi (2001) também evidenciou em sua livre-docência.

A equipe precisa estar atenta e diferenciar nos seus atos, aqueles que podem ser interpretados como um estímulo ou uma pressão em relação à dependência desses pacientes. O incentivo à deambulação com postura correta e à alimentação, utilizando-se de talheres, deve ocorrer de maneira firme, porém não opressiva.

Quando as suas limitações, seqüelas e deficiências estão definidas, temos percebido que a equipe de enfermagem reforça a falsa esperança, em lugar de prepará-lo para se adequar a essas limitações com mais realismo e coragem, e deixar de lado o otimismo frustrado.

O tipo de resposta que a equipe dá ao paciente está próximo ao que Muchielli (1978) denomina de “resposta de suporte”, na qual se pretende trazer apoio, encorajamento, consolo e compreensão. Desse modo, se aceita naturalmente o ponto de vista do paciente, julgando-se natural pensar como ele. Tenta-se tranquilizar, minimizando a importância da situação, procurando evitar reações extremas ou “fazer drama”. Este tipo de resposta está

embasada numa atitude maternalista ou paternalista, induzindo o paciente a desejar manter a amizade e benevolência, o que o leva à dependência. Por outro lado, pode suscitar no mesmo uma recusa hostil ao ser objeto de pena por ser tratado com essa postura.

Portanto, a resposta de suporte pode acabar conduzindo o paciente a formas inadequadas de resolver seus problemas, devido às atitudes de dependência ou recusa incentivadas por essa abordagem ineficaz. Com isso, ele recebe alta sem um verdadeiro suporte, sem estrutura para lidar sozinho com as dificuldades reais que enfrentará no seu meio familiar e social.

Nessa etapa, o paciente já constatou que as cirurgias de enxertias e reparos não trouxeram os resultados esperados, portanto, a ênfase deve recair em colocações que o estimulem a se manter ao menos como está, uma vez que pode ficar mais limitado ainda. Trata-se de conduzir as interações com o paciente de maneira a ajudá-lo a manter e melhorar sua capacidade de comunicar-se e de formular suas dúvidas, incertezas e aflições. Para tanto, a equipe profissional necessita estar disponível para ouvir aquilo que o paciente tem a dizer, na maneira pela qual ele sente as coisas (e não como o ouvinte julga que o paciente sente) e, às vezes, o conteúdo desse relato pode desagradar membros da equipe.

De nada ajudam comentários impositivos, no sentido de que participe da sua reabilitação, prometendo a remoção das limitações. Às vezes, alguns profissionais da enfermagem chegam ao absurdo de serem provocativos, através de falas como: “*se você não colaborar não vai sarar e vai demorar para ir embora*”, quando na verdade, têm conhecimento, até certo ponto, de que na maioria dos casos, somente se pode impedir o avanço das seqüelas.

O interesse pela pessoa do paciente e não pelo seu problema é fundamental para iniciar e manter uma intervenção profissional que indique ao paciente que ele é

respeitado como indivíduo e que será feito um esforço no sentido de compreendê-lo e ajudá-lo nessa experiência que está vivenciando.

Um aspecto negativo do processo de recuperação do paciente, ao nosso ver, em nosso serviço, quando havia alta-licença, era o pequeno número de altas-licenças (no máximo 4 em todo período de internação), pois a longa permanência dele, na Unidade, reforça o isolamento social, a dependência, torna-o irritadiço (por ver sempre as mesmas pessoas) e esgota a enfermagem.

A alta-licença precisa ser estimulada com objetivos de reintegrar o paciente à família e à sociedade gradualmente, mas o modo como estava ocorrendo, tornava-a apenas um instrumento para descansar a equipe de um paciente que possivelmente “incomoda”, pela permanência prolongada. Daí a necessidade de constituir-se num procedimento rotineiro, programado com os objetivos citados primeiramente.

Entretanto, a equipe precisa considerar o nível socioeconômico do paciente e suas relações com seus familiares ao se dar alta-licença.

Desde 1999, o serviço tem dado continuidade no pós-alta, sendo possível assim ao profissional da enfermagem realizar as orientações na fase de reabilitação. Entendemos, ainda, que o tratamento das queimaduras requer uma atuação multiprofissional, englobando todas as fases, desde a internação até o acompanhamento ambulatorial.

Firmino (1997) aborda que tanto a fase inicial da internação hospitalar quanto o pós-alta são momentos importantes para a abordagem psicológica da criança queimada e que, durante todo o transcorrer do tratamento, é necessário o apoio psicológico para que se possa contribuir eficazmente na reabilitação psicossocial desta criança. O longo tempo de internação exigido para a recuperação, em geral, deixa o paciente ansioso e angustiado para a sua volta ao lar e à sociedade. Do ponto de vista psicossocial, o autor considera que o paciente



que sofreu queimaduras se vê “[...] imprensado pela exigência da beleza física de fora e por sua própria exigência interna [...]” (p. 206-207); desta forma torna-se imprescindível o acompanhamento psicológico durante todo o processo de reabilitação e readaptação social.

Adcock; Boeve; Patterson (1998) descrevem três fases de recuperação física, sendo a **fase de ressuscitação** aquela em que a maior preocupação é com a sobrevivência. Nessa fase é comum o delírio devido às medicações, distúrbios hidroeletrólíticos, alterações metabólicas, infecções sistêmicas e pós-operatórias; a **fase aguda de reabilitação** dura até o final do tratamento e é caracterizada pela melhora das condições físicas. Entretanto, o paciente ainda enfrenta processos dolorosos como as trocas dos curativos e mobilização. Nesta fase os problemas psicológicos mais comuns são: tristeza, depressão, ansiedade e estresse, outras dificuldades incluem pesadelos, distúrbios do sono e regressão comportamental tais como dificuldades interpessoais como hostilidade, raiva, dependência ou comportamento sexual inapropriado; a última fase, denominada de **fase crônica ou de reabilitação a longo prazo**, se inicia quando o paciente deixa o hospital e encara as atividades de reintegração à sociedade. Nesta fase o primeiro ano é o mais difícil para o paciente, quando ganha lentamente o senso de capacidade, mas ainda persiste a memória viva do acidente, na qual experimenta mudanças familiares e profissionais. Outras alterações que podem ocorrer são diminuição da auto-estima e na qualidade de vida.

Para Wiechman; Patterson (2004), os aspectos psicológicos dos pacientes queimados são divididos em três fases, sendo denominadas por eles como: **estágio crítico ou de ressuscitação, estágio agudo e reabilitação a longo prazo**; sendo colocado por eles que as necessidades psicológicas dos pacientes com queimaduras diferem em cada estágio. Estas fases ou estágios são caracterizados pelos autores conforme a descrição de Adcock; Boeve; Patterson (1998), mudando somente a denominação das fases.

Borges; Carvalho (2004, p. 251), quando abordam o Processo de Reabilitação e Readaptação Social da criança queimada, consideram que, nesta fase, é fundamental a psicoterapia e que,

[...] se consideram a ruptura psíquica causada pelo trauma da queimadura como uma ponte ruída que deixou dois pontos isolados, podemos analogicamente comparar a abordagem psicológica com nosso paciente como a reconstrução desta ponte, unindo a imagem que tinha de si mesmo antes da internação hospitalar aos sentimentos a respeito de si próprio após a lesão [...].

Os autores consideram, ainda, que

[...] os trabalhos consistem em desenvolver uma noção de continuidade desta personalidade, resgatar seus núcleos saudáveis em uma tentativa de se reconhecer como a si mesma, apesar das diferenças induzidas pela lesão, tentando evitar crises de identidade mais desesperadoras [...].

Os autores mencionados acreditam que a idéia de continuidade vinculada à noção de integridade de quem se é, evitando a despersonalização, parece-lhes fundamental como objetivo terapêutico na abordagem psicológica da criança queimada.

Os aspectos psicológicos da pessoa queimada não são muito abordados por outros autores da atualidade em fases, conforme Russo, em 1976, descreveu. Quando mencionadas, pontua-se a fase inicial da internação e o pós-alta; já Lima et al. (2004) apontam três fases, sendo as duas primeiras fases do tratamento as que visam a salvar a vida e cicatrização das lesões, sendo a terceira fase, a de reinserção do paciente à sociedade, denominada por período reconstutivo.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 A INVESTIGAÇÃO FENOMENOLÓGICA

*[..] a fenomenologia propõe-se a ser uma ciência descritiva da vivência [..] (HUSSERL, 1965, p. 33).*

Ao nos apoiarmos no paradigma fenomenológico, compreendemos que é fundamental discorrer mais detalhadamente sobre a investigação fenomenológica. Para tal, buscamos, na Fenomenologia, os fundamentos para escrever este capítulo.

Historicamente a fenomenologia evoluiu de tal forma que a temática e método se apresentam interligados. Spriegleberg, *apud* Capalbo (1994), diz que a fenomenologia na história de seu movimento se apresenta em três dimensões: transcendental, genética e existencial. A fenomenologia transcendental preocupa-se com a existência do vivido, não considerando em seu pensamento as questões concretas da existência. A fenomenologia genética busca as raízes ativas e passivas do homem para esclarecer a origem dos nossos conhecimentos e os processos para explicar a consciência pelo próprio homem. Já a fenomenologia existencial visa a compreender o homem em sua estrutura universal, juntamente com sua experiência concreta do vivido. Pode-se dizer que a base da fenomenologia é a “coisa mesma”, o fenômeno, o que se mostra para esse homem.

Segundo Dartigues (1992, p. 22-23), a tarefa efetiva da fenomenologia será, pois, analisar as vivências intencionais da consciência para perceber como se produz o sentido dos fenômenos, o sentido desse fenômeno global que se chama mundo. Trata-se, para empregar uma metáfora aproximativa, de distender o tecido da consciência e do mundo para fazer aparecer os seus fios que são de uma extraordinária complexidade e de uma arãnea

fineza. Tão finos que não apareciam na atitude natural, a qual se contentava em conceber a consciência como contida no mundo – caso do realismo ingênuo – a menos que concebesse o mundo como contido na consciência – caso do idealismo.

Ao buscar a compreensão da fenomenologia, procuramos encontrar o verdadeiro sentido dos termos por ela utilizados. **Ente** é tudo aquilo que nós falamos, tudo em que pensamos, tudo em relação a que nos comportamos, mas também o que nós próprios somos e a maneira como nós somos (HEIDEGGER, 1967, p. 16).

O **ser-no-mundo** “[...] diz respeito às várias maneiras que o existir humano está possibilitado a viver [...]” (HEIDEGGER, 1981, p. 11). Diz respeito à particularidade do modo de vida de cada um, como se relaciona, como age com os outros, que é o “[...] fato real que se limita pelo lugar, por um passado, por tudo que a cerca, pelo próximo e no final, pela morte [...]” (DARTIGUES, 1992, p. 114). Vai influenciar sua existência e seu modo de relacionar-se com o mundo, lançando-o em situações não escolhidas quando, por vezes, o viver põe o homem em perigo – adoecer, acidentarse, que pode ter a morte como consequência.

O **ser-homem** tem consciência de sua finitude. De toda e qualquer situação que se possa experienciar, a morte é única, pessoal. Por mais dolorosa que seja a morte de um ente querido, é-nos impossível experimentá-la. E o oposto também é verdadeiro: ninguém pode experienciar a nossa morte (VALLE, 1997).

Todas essas situações não escolhidas, os acidentes, as doenças e mesmo a morte trazem à existência uma angústia que se apodera do ser humano, angústia esta que, em face da morte, transforma-se em medo (VALLE, 1988).

Pode-se dizer que “[...] a fenomenologia não pode se contentar em ser a descrição do que se dá ao olhar, mas deve ser a interrogação do dado que aparece, não mais

como um espetáculo a ver, mas como um texto a compreender, a interpretar [...]” (VALLE, 1988, p. 42).

A fenomenologia parte do cotidiano para investigar os problemas fundamentais do Ser e a sua relação com tudo que o envolve no mundo, a maneira como ele compreende e atua em cada situação que a ele se apresente.

Essa compreensão não é expressa somente através da fala. O Ser também se exprime através do corpo: gestos, olhares, atitudes. Com isso o ser humano tem a experiência básica de espacializar-se, ou seja, “[...] sentir-se próximo ou afastado de algo ou de alguém [...]” (HEIDEGGER, 1981, p. 15). “[...] A fenomenologia permite na relação com o doente, chegar à interpretação que leva ao conhecimento; ela procura descrever as estruturas básicas da realidade vivida, isto é, o mundo do doente [...]” (OLIVIERI, 1985, p. 81).

O método fenomenológico nos permite chegar, de modo prático, a uma melhor compreensão do ser, objetivando considerar a inter-relação de idéias que, tendo um denominador emocional comum influencia de modo significativo as atitudes e comportamentos de um indivíduo, e desta maneira “[...] encontrar o sentido dentro do próprio fenômeno [...]” (AUGRAS, 1986, p. 16).

Sendo assim, pretendemos, a partir da investigação fenomenológica, compreender o que é ser-mãe de uma criança hospitalizada vítima de queimadura, baseando-nos para tal na abordagem fenomenológica da psicologia.

A investigação fenomenológica presta-se a reconhecer estruturas expressivas, partindo do exame minucioso das imagens formadas pela experiência do viver diário (AUGRAS, 1986). Ela permite superar o paradoxo da compreensão, mostrando que compreender não é um modo de conhecimento, é modo de ser.

Em “Ser e Tempo”, Heidegger (1986, p. 67) conceitua o termo fenomenologia como uma expressão “[...] as coisas em si mesmas [...]”, opondo-se às construções livres, às descobertas casuais, ao acolhimento de conceitos só aparentemente investigados em oposição às pseudoquestões que se expõem, muitas vezes, como conflitos, no decorrer de muitas gerações.

Para Forghieri (1984, p. 14), “[...] a fenomenologia não é um conjunto de ensinamentos, mas um método que pretende chegar ao fenômeno por visão categorial, para captar a sua essência [...]”.

A mesma autora entende que a percepção pode dar-se de duas formas: objetiva e categorial. A percepção objetiva é produto de uma reflexão na qual o sujeito propõe distanciar-se do objeto e passa a avaliar suas qualidades, princípios e utilidades parciais, enquanto a categoria foge à reflexão, sendo voluntária, não fazendo distinção entre consciência e objeto, captando-o totalmente de modo intuitivo.

Pelo método fenomenológico pode-se denotar, expor e perceber a intenção presente nos fenômenos vivenciados, liberando nossa visão para um exame do “[...] vivido da forma como ele é vivido [...]” (CARVALHO, 1987, p. 6).

Para a autora mencionada, descrever um fenômeno é excluir toda teoria conceito ou idéia que possa explicar o fenômeno. A questão é experiência pura, presente, onde o que se busca é a compreensão do fenômeno, ou seja, a manifestação do fenômeno a partir de um lugar e de um ponto de vista, porém que pode ser experienciada por quaisquer sujeitos, posicionados neste lugar e neste mesmo ponto de vista.

No Método Fenomenológico, Forghieri (2004) pontua algumas dificuldades para o pesquisador, sendo uma delas a transposição do campo filosófico para o científico, estando incluso aí o caráter metódico da fenomenologia, ocorrendo diferentes interpretações

do campo da filosofia para a psicologia, dificultando o compartilhamento de pesquisa fenomenológica pelos investigadores.

Para a aplicação do método, é necessário captar o significado do fenômeno, situar o fenômeno a estudar, ou seja, encontrar o fenômeno na pessoa que o vivencia. A trajetória a ser percorrida pelo pesquisador inicia-se com a interrogação do fenômeno a ser estudado, sem considerar qualquer definição do mesmo; isto quer dizer que o pesquisador deverá deixar de lado tudo que sabe sobre o assunto, tanto o seu saber científico quanto o popular. Sabe-se que é difícil a pessoa eliminar tudo que existe em sua mente, porém ela deve livrar-se desses conhecimentos adquiridos até então e dos preconceitos em relação ao fenômeno em estudo; este procedimento facilitará a captação fiel do fenômeno, tal qual ele se mostra para determinado sujeito ou grupo de pessoas (VALLE, 1997, p. 52-53).

Após ter tomado estas precauções, o investigador, partindo de uma questão norteadora ou da solicitação de uma descrição do fenômeno em estudo, após obter tal descrição do sujeito, poderá descrever o fenômeno em estudo.

Na aplicação do método, o pesquisador não formula hipótese sobre aquilo que está buscando, procura ver o fenômeno como ele se mostra (MARTINS; BICUDO, 1989).

Na descrição fenomenológica, retrata-se a experiência consciente do sujeito, devendo ser considerada com rigor sua forma original e sua linguagem espontânea. A partir daí, o investigador passará à análise compreensiva.

Um aspecto da pesquisa fenomenológica que deve ser evidenciado é o da pessoa do investigador. Este deve colocar-se dentro da situação a ser estudada, numa atitude engajada e aberta, de aceitação, sem preconceito e procurar se libertar das teorias explicativas desse fenômeno para visualizá-lo tal como se mostra. É preciso tentar compreender a essência

do ser, observando as coisas como elas se manifestam na sua pureza original. Essas coisas, ou seja, os fenômenos, precisam ser discriminados e esclarecidos.

De acordo com Carvalho (1987, p. 6-7):

[...] a descrição intencional do vivido caracteriza-se por estar situado num mundo, no qual se vive, se trabalha, se ama ou se odeia, se sofre as influências da educação e da cultura, se experimentam as contradições e as alienações, em suma, tudo aquilo que neste estar situado no mundo faz parte da experiência humana que envolve a cada um e a todos nós [...]

Assim, é possível compreender o mundo, da forma como este se apresenta ao homem, e desse modo pode-se fazer um estudo inter-relacionado do homem e seu mundo, ao invés de entendê-los separadamente (VALLE, 1997).

Por esse motivo, optamos por essa linha de pensamento, por ser a que, na nossa perspectiva, permite uma maior profundidade deste trabalho, o que também foi constatado por Valle (1997, p. 41): “[...] é por meio do método fenomenológico que é possível investigar a vivência do sujeito nas diferentes situações e, dessa forma, chegar à compreensão desse sujeito [...]”.

### **3.2 A ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA**

A fala nos mostra como a pessoa exprime seu íntimo, em sua mente, revelando que a maneira de existir e de estar no mundo é única para cada ser.

Ao optar pela linha de pesquisa fenomenológica, entendemos que faz-se necessário descrever como é a abordagem na entrevista fenomenológica. Para tal, utilizaremos o referencial de Carvalho (1987).



Como já foi dito, Fenomenologia é a descrição dos fenômenos da consciência. A via de acesso que o observante usa para chegar ao íntimo do que é apreendido pelo conhecimento e pela vivência do outro / do sujeito é a empatia, ou seja, a intenção de sentir o que sentiria caso estivesse na situação e circunstância vivenciada por outra pessoa, capacidade de compreender o outro. Isso é essencial para a prática da entrevista que tem como característica a abordagem fenomenológica (CARVALHO, 1987).

Através da metodologia fenomenológica, podemos detalhar e perceber as razões presentes nos fenômenos vivenciados que se apresentam e falam de si mesmos na entrevista empática.

Uma entrevista fundamentada em uma metodologia fenomenológica, conseqüentemente, não submete a situação observada e o cliente a uma análise conceitual, classificadora, orientada por um esquema de idéias e direcionada para determinados fins. Ao contrário, descartam-se modelos, projetos, alternativas e valores últimos que possibilitam um saber “sobre” o cliente, mas não um saber “do” cliente. Uma entrevista de inspiração fenomenológica é um “[...] ver, que não é pensamento de ver, como observa Merleau Ponty, mas efetivação de uma consciência de si, a do cliente [...]” (CARVALHO, 1987, p. 30).

Compreender e estar atento à fala e atitudes do cliente em uma entrevista fenomenológica é, conseqüentemente, apreender o modo do mesmo vivenciar o mundo (CARVALHO, 1987, p. 35).

Finalmente,

[...] podemos dizer que a entrevista fenomenológica é uma maneira acessível ao cliente de penetrar a verdade mesma de seu existir, seja ela qual for, sem qualquer falseamento ou deslize, sem qualquer preconceito ou impostura. Na intersubjetividade do diálogo e na forma de significar o mundo por seu comportamento, explícita para si mesmo tudo aquilo que

teria dito ou realizado, deixado de dizer e deixado de realizar, desvelando também o que pode ser realizado e o que não será [...].

Apropriamo-nos da metodologia fenomenológica para obtenção de entrevistas com mães de crianças hospitalizadas que sofreram queimaduras, sendo elaborado um Roteiro de Entrevista (Apêndice A), constando dados de identificação da criança e uma questão norteadora, que a nosso ver, respondeu à proposta deste estudo, sendo ela: *O que é ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras, internado na Unidade de Queimados?*

### **3.3 O CAMINHO PERCORRIDO**

#### **3.3.1 Local**

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Queimados da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com as mães de crianças que estiveram internadas no período de janeiro a dezembro de 2004.

A referida Unidade foi inaugurada em 27 de setembro de 1982. Naquela época contava com dez leitos com projeto de expansão para vinte leitos, com o objetivo de atender pacientes queimados, de qualquer faixa etária, de qualquer procedência, independente de sexo, raça e condição socioeconômica.

Com o decorrer dos anos, a expansão proposta não se realizou, por falta de recursos humanos. Atualmente contamos com oito leitos para internação de adultos e crianças, sendo que dois destes destinam-se ao atendimento de terapia intensiva.

Em relação à planta física, a mesma é de área restrita, peculiaridade esta própria de serviço especializado, composta de um posto de enfermagem, uma sala de preparo de material, sete enfermarias com um leito em cada uma, duas salas de curativos, uma sala de fisioterapia, uma sala de terapia ocupacional, uma sala de recreação, duas salas de cirurgia, uma copa, dois vestiários, um almoxarifado e *hall* para visitantes.

O atendimento é realizado por equipe multidisciplinar composta por: seis cirurgiões plásticos, dois residentes de cirurgia plástica e um residente de cirurgia geral; seis enfermeiros, sendo um deles o gestor da unidade; um técnico de enfermagem, treze auxiliares de enfermagem, um agente administrativo, uma nutricionista (diariamente), um psicólogo (quando solicitado), um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e dois auxiliares de limpeza.

O setor está equipado com materiais permanentes para fisioterapia, terapia ocupacional e cirurgia plástica.

Os profissionais da equipe multidisciplinar vêm-se qualificando de forma tal que hoje a unidade é centro de referência no país.

### **3.3.2 Participantes**

Foram convidadas 10 (dez) mães de crianças que estiveram internadas na UQ-HCFMRP – USP, de janeiro a dezembro de 2004; sendo que destas, apenas oito consentiram em participar da pesquisa.

Nesse período foi constatado um total aproximado de 40 crianças com queimaduras, sendo 27 crianças na fase imediata ou aguda, 13 crianças internadas para cirurgia reparadora, das 27 crianças que se encontravam na fase imediata ou aguda,

aguardamos as mesmas entrarem na fase mediata ou de recuperação para fazer o convite de participação na pesquisa; sendo assim, das 27 mães de crianças internadas na Unidade de Queimados, somente oito mães concordaram em participar.

Vale ressaltar que pudemos aguardar as crianças entrarem no período de recuperação, pois nos encontrávamos na Unidade de Queimados como enfermeira da unidade e pesquisadora, permitindo assim coletar os dados na fase escolhida para a pesquisa.

Destas oito mães que participaram da pesquisa, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter um filho queimado internado na Unidade de Queimados; a mãe estar acompanhando o filho e a criança se encontrar na fase mediata ou de recuperação.

Os dados descritivos das participantes foram buscados com as próprias mães, para uma melhor compreensão da situação vivenciada pelas mesmas.

Para preservar o anonimato das participantes, os nomes foram trocados. Apresentamos a seguir os dados referentes às mães e às crianças, quanto: à idade, procedência, tipo de acidente e outros.

Constança, 28 anos, procedente de Luis Antônio, SP, natural de São Carlos, SP, branca, dois filhos, casada, do lar, 1º grau completo (Síntese da Entrevista – APÊNDICE C).

Criança de Constança, 02 anos e 1 mês, masculino, branco, natural e procedente de Luis Antônio, acidente doméstico, na cozinha enquanto a mãe lavava a roupa e fazia almoço, queimadura com líquido fervente, 21% de superfície corporal queimada (SCQ).

Nádia, 18 anos, procedente e natural de Lins, SP, mulata, 01 filho, solteira, do lar, 1º grau incompleto (Síntese da Entrevista – APÊNDICE D).

Criança de Nádia, 01 ano e 08 meses, masculino, mulato, natural e procedente de Lins, acidente doméstico, na cozinha com a avó enquanto a sua mãe estava na rua, queimadura com leite quente, 12% de SCQ.

Mônica, 29 anos, procedente de Ribeirão Preto, SP, natural de São José das Lages, Al, branca, 04 filhos, casada, do lar, primário incompleto (Síntese da Entrevista – APÊNDICE E).

Criança da Mônica, 03 anos e 06 meses, masculino, branco, natural e procedente de Ribeirão Preto, SP, acidente doméstico, na cozinha enquanto a mãe assistia à TV, queimadura com leite fervendo, 15% e SCQ.

Ana, 18 anos, natural e procedente de Ribeirão Preto, SP, branca, 01 filho, solteira, babá, 1º grau completo (Síntese da Entrevista – APÊNDICE F).

Criança de Ana, 02 anos, masculino, branco, natural e procedente de Ribeirão Preto, SP, acidente doméstico, na cozinha enquanto a mãe cozinhava, queimadura com líquidos superaquecidos, 25% de SCQ.

Carina, 25 anos, procedente e natural de Porto Ferreira, SP, branca, 02 filhos, casada, funcionária pública municipal, 2º grau completo (Síntese da Entrevista – APÊNDICE G).

Criança de Carina, 08 anos, natural e procedente de Porto Ferreira, SP, acidente doméstico, com churrasqueira, na casa da amiga, queimadura com álcool, 75% SCQ, foi a óbito.

Suzete, 30 anos, procedente de Ribeirão Preto, SP, natural de Apucarana, PR, negra, 03 filhos, solteira, do lar, 1º grau incompleto (Síntese da Entrevista – APÊNDICE H).

Criança de Suzete, 03 anos, masculino, negro, natural e procedente de Ribeirão Preto, SP, acidente doméstico, na cozinha enquanto a mãe assistia à TV, queimadura com água fervente, 12% SCQ.

Esmeralda, 22 anos, procedente de Santo Antônio da Alegria, SP, natural de São Sebastião do Paraíso, MG, mulata, 01 filho, solteira, doméstica, primário incompleto (Síntese da Entrevista – APÊNDICE I).

Criança de Esmeralda, 01 ano e 06 meses, masculino, mulato, natural e procedente de Santo Antônio da Alegria, SP, acidente doméstico, na cozinha com a babá, enquanto a mãe estava no serviço, queimadura com café quente, 25% SCQ.

Marina, 26 anos, procedente de Jardinópolis, SP, natural de Araguari, MG, branca, 03 filhos, solteira, do lar, 1º grau incompleto (Síntese da Entrevista – APÊNDICE J).

Criança de Marina, 06 anos, feminino, branca, natural e procedente de Jardinópolis, SP, acidente doméstico, no quintal, a criança estava sozinha, queimadura com isqueiro (tentativa de suicídio, segundo relato da mãe), 28% SCQ.

### **3.3.3 Procedimento**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do HCFMRP USP, para análise e aprovação, e, após a aprovação (ANEXO A), foi iniciada a presente investigação.

Primeiramente, foi feito um convite às mães de crianças que estavam internadas na UQ-HCFMRP USP, no ano de 2004, sendo marcados o horário e o local mais conveniente a cada mãe.

As mães, em um total de dez, foram orientadas quanto aos procedimentos da pesquisa, sendo que duas se recusaram a participar, não alegando o motivo. Além disso, duas mães concordaram que a entrevista fosse gravada, sendo então as outras, escritas manualmente no momento da entrevista.

A mãe era convidada para uma entrevista, a partir de sua aceitação, encaminhávamo-nos para um espaço privativo (sala de reuniões). Após a mãe ter-se sentado em uma cadeira e estar acomodada, nós apresentávamos os termos de consentimento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós-Consentimento – ANEXO B) e explicávamos os objetivos da pesquisa, finalidade da investigação e o sigilo de sua participação. Após a aquiescência da mesma, o termo era assinado e a entrevista era iniciada.

Antes de iniciar a entrevista, eram preenchidos os dados de identificação das mães, utilizando-se do documento de identidade das mesmas para o preenchimento de alguns dados, sendo que outros foram coletados através das respostas das mães.

Após ter a percepção de que a mesma havia compreendido, iniciávamos a entrevista com a pergunta norteadora “Como é ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras, internado na Unidade de Queimados?” A partir deste momento nos posicionávamos como ouvinte atenciosa e a deixávamos falar livremente.

Vale ressaltar que as entrevistadas deram preferência pela realização da entrevista na própria unidade e o horário agendado foi após as crianças dormirem, o que de fato aconteceu.

A entrevista aberta, de base fenomenológica, com as oito mães de crianças queimadas, foi iniciada, como já colocado anteriormente, com a seguinte questão norteadora “gostaria que você me descrevesse como tem sido para a senhora conviver com a situação de ter seu filho internado na Unidade de Queimados”.

As entrevistas tiveram uma amplitude de variação de 60 minutos.

Após a realização de cada entrevista, procedia-se à transcrição das que foram gravadas (um total de duas) e as outras eram redigidas pela pesquisadora logo após o encontro, sendo corrigida a ortografia. Vale salientar que as mães que não concordaram em gravar a entrevista alegaram que elas se sentiriam como denunciando alguma coisa, pelo fato de eu ser enfermeira da unidade e pesquisadora.

O convite às demais mães que estavam com os filhos internados na Unidade de Queimados foi interrompido a partir da convergência das falas dos discursos das mães já entrevistadas. No método fenomenológico quando isto ocorre, significa que o pesquisador chegou à essência do fenômeno pesquisado, isto é, à estrutura do fenômeno, aos seus significados essenciais (MARTINS; BICUDO, 1989).

Em seguida, foram realizadas a leitura e análise de cada entrevista, através de um olhar fenomenológico.

### **3.4 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA**

Valle (1997, p. 54-55) descreve os momentos da análise compreensiva, considerando que:

1. [...] Para obter-se uma compreensão global do sujeito na situação a qual está descrevendo, deve ser realizada uma leitura geral de cada descrição integralmente [...].
2. [...] Após, reler com muita atenção cada entrevista, quantas vezes se fizerem necessárias para que o pesquisador apreenda as falas dos sujeitos que estão relacionados à questão norteadora do pesquisador. Estas são denominadas de “unidades de significado”, que não estão aparecendo no texto, mas aparecem de acordo com a perspectiva do



pesquisador que, na realidade, vai focalizar o fenômeno em estudo. Nessa fase, ou momento, o pesquisador capta por intuição, nas falas dos sujeitos, os significados que eles atribuem à determinada situação vivida [...].

3. [...] O próximo momento é a transformação das “unidades de significado” dos discursos de cada sujeito para o discurso do pesquisador. Nesse passo, o pesquisador afasta-se do sujeito para poder explicitar de forma racional os significados da situação que o sujeito vivenciou e os sentimentos despertados nele. Para isso o pesquisador faz uso da reflexão e imaginação [...].
4. [...] Diante de muitas descrições, o pesquisador procurará as convergências e divergências das unidades de significados a fim de encontrar os temas comuns, constituindo categorias do fenômeno estudado, podendo dizer que, neste momento, o pesquisador chegou à essência, à estrutura, ao significado do fenômeno estudado. Desta forma, cada sujeito percebe o fenômeno em tempo e locais diversos, o que levará o pesquisador a ter “visões perspectivais do fenômeno” que quando “cruzadas” permitirão a “compreensão da estrutura do fenômeno pelo pesquisador [...]”.
5. [...] Por fim, o pesquisador realizará a integração, articulação dos *insights* contidos nas unidades de significado transformadas, que levará o pesquisador a ter a afirmação da experiência do sujeito, chegando assim, à estrutura geral do fenômeno [...].

É importante mencionar que este desmembramento de unidades de significado em categorias fundamentou-se em um método de organização e interpretação das informações das mães das crianças queimadas, que, conforme Martins e Bicudo (1994), significa uma análise ideográfica e nomotética, na busca de compreender o mundo experiencial e cultural dessas mães, e a partir deste compreender fomos ao encontro do desvelamento do ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras.

Martins e Bicudo (1994, p. 100) referem-se à análise ideográfica como a utilização de ideogramas, ou seja, aquilo que é representado por idéias através de símbolos. É uma análise da ideologia que transpassa as “[...] descrições ingênuas do sujeito [...]”.

Já, o “[...] termo *nomotético* deriva-se de *nomos* que significa uso de leis. Nomotético indica a elaboração de leis, portanto indica algo de caráter legislativo que se origina de fatos ou que se baseia em fatos [...]” e que na pesquisa fenomenológica diz respeito ao geral: as entrevistas de todas as mães (MARTINS e BICUDO, 1994, p. 105).

## **4 O DESVELAR DO SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURAS**

### **4.1 VISÃO COMPREENSIVA DAS MÃES – SÍNTESE DESCRITIVA**

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e procedemos à análise fenomenológica, baseando-nos nas orientações de Giorgi (1978); Martins; Bicudo (1989); Forghieri (1991) e Valle (1997), conforme apresentadas anteriormente.

Para compreender o mundo vivenciado pelas mães de crianças que sofreram queimaduras, analisamos inicialmente a descrição de cada mãe, para buscar os seus modos de ser, a essência do fenômeno em estudo.

“[...] A essência (ou a estrutura) do fenômeno não é o fim da análise, mas o meio pelo qual se pode trazer à luz o que as relações vividas apresentam de essencial [...]” (MARTINS; BICUDO, 1994, p. 36).

Apresentamos, a seguir, a análise compreensiva de cada ser-mãe-no-mundo do filho que sofreu queimaduras.

#### **4.1.1 Compreensão de Constança**

Constança, durante seu relato, verbaliza sua condição de mulher, mãe, doméstica e trabalhadora. Estas inúmeras atividades ela as faz quase que simultaneamente. Ela sente-se prisioneira de demandas contraditórias na divisão de seu tempo.

O excesso de tarefas pode ter sido a causa do acidente, mas a mãe transfere esta responsabilidade para o filho; e quando alertada pelo médico de sua desatenção, ficou irritada achando-o “malcriado”.

#### **4.1.2 Compreensão de Nádia**

O acidente do filho não é presenciado pela mãe que chega a ouvir os gritos de socorro. Ela providencia o atendimento da criança em sua cidade, de onde é transferida para Ribeirão Preto.

Apesar de não se sentir bem acolhida no HC, ela consegue avaliar os benefícios do tratamento. Sabe procurar seus direitos quando menciona seu relacionamento com o serviço social.

#### **4.1.3 Compreensão de Mônica**

Mônica, no seu relato, estava se distraíndo ... quando o acidente aconteceu.

A criança, vítima de queimadura, anteriormente, já esteve exposta a situações graves para sua saúde (ingestão de querosene e medicamentos), o que leva a supor que houve descuido por parte da mãe anteriormente.

Na perspectiva da mãe, a organização do serviço e o trabalho da equipe de saúde desenvolveram as habilidades psicomotoras da criança, durante a internação.

A jornada de trabalho da mãe, com tantos encargos, impede-a de dar conta do cuidado adequado aos filhos.

Mônica, apesar da angústia e dor, sente-se segura quanto ao tratamento dispensado a seu filho.

#### **4.1.4 Compreensão de Ana**

O relato vem carregado de conflitos e culpas. É uma mãe adolescente (teve a criança aos 16 anos) que trabalha fora e cujo relacionamento conjugal é conflituoso.

Na sua fala sente-se que o companheiro é agressivo, responsabilizando-a pelo cuidado do filho.

A permanência no hospital é positiva. Ana consegue compreender as atitudes da equipe. Mostra-se mais amadurecida quando verbaliza: “[...] aqui para mim é uma experiência de vida [...].”

#### **4.1.5 Compreensão de Carina\*\***

Carina relembra o momento do acidente relacionando-o com a festa de aniversário de sua melhor amiga e era domingo.

O domingo do acidente se inicia alegre com o passeio na casa da amiga que faz aniversário e termina com desespero, sofrimento e incertezas, a partir do acidente com seu filho. A mãe deixa transparecer que domingo era o melhor dia da semana, dia de passear e não de acontecer tragédias.

---

\*\* A compreensão ficou extensa devido à entrevista ter-se demorado mais e pelo maior tempo de internação da criança.

Enquanto desconhece as rotinas e os procedimentos hospitalares, Carina manifesta sentimentos negativos de revolta, angústia, desespero, medo e inconformismo.

Quando Carina refere-se ao hospital como o local onde foi atendida prontamente e encaminhada à Unidade de Queimados para entender a gravidade do estado de saúde de seu filho, deixa perceber a insensibilidade da equipe para interagir com ela num momento difícil.

O relacionamento com a equipe melhorou quando a mãe passa a entender o processo de atendimento ao grande queimado. A partir daí torna-se auxiliar no cuidado do filho, quando liberado por algum membro da equipe de enfermagem, embora não consiga participar de procedimentos mais dolorosos, como banho e curativo, carregando um sentimento de culpa muito grande.

Carina percebe também que a criança tem comportamento diferente quando está com ela, expressando sentimento de raiva. Quando está com outros familiares ou equipe de saúde, torna-se mais calma e colaborativa.

A mãe manifesta sentimentos negativos diante da realidade. Está inconformada com a aparência do filho que nasceu perfeito, rostinho lindo e hoje está deformado; não está pontuando nenhum sentimento de esperança em relação ao filho, a ela e à vida.

Carina percebe o acolhimento da enfermeira da noite que nota as suas dificuldades e passa a fazer uma interação terapêutica, o que diminui o seu sofrimento.

Verbaliza preocupação com a alta hospitalar, teme pela adaptação da criança nas rotinas da vida e seu retorno para a escola e sente a insegurança de estar cuidando dele e acontecer alguma intercorrência fora do hospital.

Assim, apesar de todos os sentimentos de apreensão e incerteza, vivenciados pela mãe diante da gravidade do estado de seu filho, ela já começa a mostrar uma necessidade de retomada da vida, fazendo planos para a volta da criança à escola.

#### **4.1.6 Compreensão de Suzete**

Suzete está exausta na hora da entrevista, chegando a cochilar e demonstrando não estar preparada para falar da situação.

A família está toda desestruturada: a irmã acabou de sair da cadeia, o companheiro está preso e o pai com câncer.

Toda a responsabilidade de resolução dos problemas é de Suzete.

Apesar de sentir-se dividida entre os dois cuidados: com o filho e com o pai, tem medo de não saber cuidar da criança em casa.

#### **4.1.7 Compreensão de Esmeralda**

O acidente é sentido por Esmeralda como culpa sua. O fato de ter que deixar o filho aos cuidados de outra pessoa angustia a mãe.

Ela busca, na força do sobrenatural, explicação que diminua sua ausência forçada no cuidado da criança.

#### **4.1.8 Compreensão de Marina**

A mãe diz ser ex-alcoólatra, mas que as pessoas de sua convivência não acreditam nela. Apresenta conflitos não tendo apoio da mãe nem do marido.

Está sempre sozinha nas situações difíceis dos filhos. Verbaliza a profissão do marido (caminhoneiro), justificando a sua ausência em casa. Mas sente-se abandonada por ele.

A descrição final das entrevistas constitui-se em uma síntese descritiva, a qual veio mostrar a nossa compreensão do ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimadura.

## **4.2 BUSCANDO O DESVELAR DO SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURAS**

Após a leitura de cada uma das oito entrevistas, tantas vezes quanto necessário, foram retiradas as unidades de significado que correspondessem ao mesmo sentido ou significado e estas foram agrupadas em seis categorias, assim denominadas:

Lembranças do momento do acidente

Procedimentos adotados após o acidente

Manifestações de sentimentos

A mãe fala de si: preocupações e questionamentos

A mãe fala da criança que sofreu queimaduras: comportamentos

Relacionamento com o hospital e a equipe de saúde



Para um melhor entendimento do leitor, procuramos articular as unidades de significado de todas as entrevistas na categoria que a ela correspondesse e em seguida realizamos a análise compreensiva de cada uma.

#### **4.2.1 Lembranças do momento do acidente**

Durante as entrevistas, as mães relembram o momento do acidente e todas fazem associação com alguma atividade que estavam desenvolvendo. Alguns discursos abordam o envolvimento das mães com as várias atividades domésticas (cozinhar, lavar e cuidar dos filhos), outros relatam que o momento foi no horário de seu lazer, e ainda outras não se encontravam em casa, pois estavam trabalhando. Um fato marcante foi o relato de uma mãe que diz ter um passado alcoolista, que não foi esquecido no momento do acidente, pois refere ter ficado em estado de choque por receio do que a família pensaria ao seu respeito, pois relata que eles poderiam achar que ela estava bêbada no momento do acidente.

As mães percebem o momento do acidente como algo doloroso e ao mesmo tempo algumas mostram-se desestruturadas perante a situação vivenciada. Esta percepção pode ser mostrada nas seguintes falas:

[...] Quando ele se queimou eu estava fazendo almoço e lavando roupas [...]  
(**Constança**)

[...] Eu estava na rua e ele lá dentro de casa. Quando ouvi uns gritos, entrei. A minha avó estava tentando tirar o fogão de cima dele. Ele queimou com leite quente [...] (**Nádia**)

[...] Quando o meu filho se queimou eu estava assistindo televisão, levei um susto com o barulho. Corri e vi ele todo molhado com leite fervendo [...]  
**(Mônica)**

[...] Na hora que ele queimou o fogão caiu em cima dele com o botijão de gás e tudo. Eu não conseguia tirar, chamei minha vizinha [...]  
**(Ana)**

[...] Ai meu Deus! Não gosto de lembrar, fui no aniversário da minha melhor amiga e o pior dia da minha vida. Um desespero quando vi meu filho em chamas, eu não sabia o que ia acontecer [...]  
**(Carina)**

[...] Coloquei uma panela no fogão para ferver água, eu ia fazer arroz. Não tinha ninguém na cozinha. Eu estava assistindo à televisão. Ele subiu no fogão e aí o fogão virou com a panela [...]  
**(Suzete)**

[...] A criança queimou-se às 17:10 horas com café quente na casa da babá. Eu ia chegando e ouvi uns gritos. Aí chegaram na porta ... não sei quem. Alguém chegou na porta e pediu para eu correr [...]  
**(Esmeralda)**

[...] Todo mundo achava que eu bebia. Na hora que eu vi ela pegando fogo não tinha forças para correr, porque quando ela riscou o isqueiro e pôs na roupa a minha outra filha veio me chamar gritando. Eu não conseguia sair do lugar [...]  
**(Marina)**

#### **4.2.2 Procedimentos adotados após o acidente**

Com relação aos procedimentos adotados nos momentos subseqüentes ao acidente, a maioria das mães encaminhou seu filho para a Unidade de Saúde mais próxima e de lá a criança foi encaminhada ao Hospital das Clínicas (HC).

Manifestam em seus discursos sentimentos de dor, mas ao mesmo tempo reconhecem a solidariedade dos vizinhos. Embora a maioria das mães tenha encaminhado seus filhos sozinhas, elas deixam claro que não se sentiram desamparadas pela comunidade e nem pelo serviço de saúde procurado no momento do acidente.

As mães mostram uma visão positiva do trabalho da equipe de saúde, porém não conseguem, na maioria das vezes, entender o processo de cuidado, conforme revelam as unidades de significado que se seguem:

[...] gritei e chamei os meus vizinhos, levei lá em Luis Antonio, aí eles trouxeram pra cá. Fiquei mais contente, lá não tem recursos, aqui tem tudo  
[...] **(Constança)**

[...] aí a ambulância chegou e levei ele para o Pronto-Socorro e depois para o hospital. Lá cuida de todas as doenças menos das queimaduras ... mas os enfermeiros me falaram que eu ia para outro hospital em outra cidade [...]  
**(Nádia)**

[...] levei ele para o posto. O posto levou-o para o hospital. [...] Cheguei no hospital e deixei o meu filho lá em cima. Pela primeira vez entreguei ele para os outros [...]  
**(Mônica)**

[...] levei para o Posto de Saúde da (rua) Cuiabá. [...] Quando meu marido chegou em casa, a minha vizinha avisou que eu tinha ido na Cuiabá com o meu filho porque ele tinha queimado. Ele foi falando pra minha vizinha: eu mato essa mulher porque ela não cuidou direito do meu filho. Quando chegou no posto, ele viu o meu estado, não falou nada, me abraçou e chorou. [...] Eu fui sozinha com meu filho para o hospital, o meu marido, a minha mãe e as minhas irmãs foram de carro atrás [...]  
**(Ana)**

[...] a gente indo para o hospital ... achava que era um acidente como se tivesse quebrado um braço. Aí no hospital eles me falaram que eu tinha que ir para o Hospital das Clínicas, um lugar que eu nunca ouvi falar, que só cuidava de gente queimada [...] chegamos e subimos direto para o quarto andar [...] **(Carina)**

[...] peguei ele e levei na Cuiabá, aí eles me trouxeram de ambulância aqui... mas aqui não tinha vaga (Unidade de Queimados). Fiquei na Pediatria e só depois eu vim para cá [...] **(Suzete)**

[...] Fui para o hospital, fizeram lavagem nos machucados e passaram a sulfa. Ele ficou em observação no hospital de Santo Antônio (cidade vizinha). No outro dia deram banho novamente e os médicos arrumaram vaga aqui em Ribeirão. Na sexta-feira fez o curativo lá embaixo, e aí no sábado ele internou aqui [...] **(Esmeralda)**

[...] Na hora que o médico falou que ela ia operar eu achei que ela ia morrer... eu achei que iam tirar pele de outras pessoas e colocar nela. [...] Não sei como os médicos e as enfermeiras agüentam cuidar de queimados. [...] quando eu vejo o jeito que vocês falam, eu tenho vontade de ir embora e não voltar nunca mais. Eu engulo o choro pois sei que preciso do tratamento [...] **(Marina)**

#### **4.2.3 Manifestações de sentimentos**

Na maioria dos discursos, os primeiros sentimentos foram de incredulidade diante do fato ocorrido, seguidos por crença em força sobrenatural e culpa.

As mães não compreendem o porquê desse sofrimento. Sentimentos de impotência e dor com o sofrimento da criança desencadeiam culpabilidade: —

questionamentos são feitos pelas mães à pesquisadora no sentido de justificar seu sentimento de dor e esperando que a mesma diminua seu sentimento de culpa.

Na maioria das vezes ocorreu a ausência paterna, sendo o processo de partilhar o sofrimento minimizado pelas mães, na maioria dos depoimentos. De todos os participantes da pesquisa, um pai esteve presente durante o tratamento, pois até solicitou férias para acompanhar a criança.

O caminho para o desconhecido que abrange o hospital e os procedimentos a que seu filho será submetido passam despercebidos pelas mães, uma vez que as mesmas manifestam os mais variados sentimentos em relação ao trauma da queimadura, o acidente em si, sentimentos estes em sua maioria negativos, tais como: tristeza, medo, angústia, desesperança, solidão, insegurança, dúvidas, pesar, impotência, sentimentos de inferioridade, culpa, dor, mal-estar, preocupação, descrédito, abandono e desamor.

Em sua maioria, os sentimentos das mães são de preocupação com o filho, com suas obrigações como cuidadora doméstica, mas sentem-se felizes por poderem estar com a criança.

Os sentimentos positivos que se sobressaíram foram o de esperança, satisfação com os cuidados recebidos, resignação, afeto e amor.

Sentem-se também impotentes diante da possibilidade de terem de ter de cuidar da criança em casa.

As inquietações das mães são muitas, pois dividem suas atividades entre o hospital e a sua casa.

Nos momentos difíceis, as reações dessas mulheres, mães sofridas, aparecem através dos sentimentos de: fortaleza, esperança, fé e amor, que são claramente percebidos através dos depoimentos.

[...] às vezes eu choro, tenho medo por causa do outro paciente que é grave, às vezes acho que meu filho vai ficar igual a ele. [...] não tenho coragem de ficar no curativo, aí eu choro porque ele sofre e eu não posso fazer nada. (tristeza) [...] acho que eu não cuidei dele direito, por isso ele está sofrendo. [...] acha que eu queria que o meu filho sofresse?. [...] quando saio de manhã faço recomendações para a enfermagem. [...] aqui só fico eu, meu marido trabalha e ele não agüenta ficar aqui, eu pedi as contas do meu trabalho, mas o meu marido está desanimado só que ele está agüentando as pontas [...]

**(Constança)**

[...] eu fiquei com muito medo, chorei, chorei, chorei porque eu nunca tinha saído da minha cidade. Eu não tinha dinheiro e só estava com a roupa do corpo. [...] eu fiquei com muito medo porque eu nunca tinha saído da minha cidade. [...] chorei, chorei, chorei. (tristeza) [...] eu não tinha dinheiro e só estava com a roupa do corpo. [...] mas no começo quando a gente não sabe nada e acha que a queimadura é grave, tudo é muito ruim. [...] aí vim de ambulância, nem sei que caminho foi [...]

**(Nádia)**

[...] eu não sabia se ele ia ficar com seqüela ou não. [...] mas sei que vai ficando um pedaço de mim, fico triste. [...] sei que o banho é de chuveiro, ele me disse que dói. Eu não tenho coragem de ficar lá. [...] Fico triste sabendo que a queimadura dói muito. [...] Eu não sei explicar direito [...]

**(Mônica)**

[...] eu fiquei com dó e triste. [...] Eu chorei. Vi que meu filho estava sofrendo. [...] Achei que não valia nada, achei que eu não cuidava nada dele. Não cuidava nada direito. [...] eu não cuidava bem dele, fiquei muito triste, achei que o mundo ia acabar. [...] achei um horror, fiquei com muito medo, aí até descí pela escada e não conseguia mais voltar [...]

**(Ana)**

[...] um desespero quando vi meu filho em chamas. [...] estava sem poder dar resposta, não tinha palavras [...] eu olhei para ele e vi que era tudo muito grave [...] dentro de mim eu ia morrendo aos poucos. (tristeza) [...] volto aos domingos eu levantava de manhã [...] arrumava a roupinha deles para gente

passar [...] ele nasceu perfeito ... hoje está deformado e não tem volta [...] tenho vontade de sair correndo ... correr ... correr ... correr ... [...] queria muito ver o curativo ... eu não tenho coragem de ver o banho [...] porque tanto sofrimento com ele? [...] se eu não tivesse ido no aniversário da minha melhor amiga isso não tinha acontecido [...] (culpa/dúvida) **(Carina)**

[...] fiquei preocupada e achei que tudo era muito sério... aqui eu fico feliz de estar perto dele mas eu fico pensando lá na minha casa porque o meu pai tem câncer. Ele fica de sonda e a comida passa tudo por sonda [...] agora eu só quero saber se ele fizer cirurgia como eu vou cuidar dele em casa? Eu não sei cuidar dessa gente queimada (insegurança). [...] eu preciso ficar aqui, mas todo dia de manhã eu vou em casa, dou banho no pai, faço a comida, arrumo a casa, lavo as roupas. À tarde eu volto para o hospital. [...] **(Suzete)**

[...] Eu não acreditava que era meu filho que tinha se queimado e nem podia acreditar no que tinha acontecido com ele (descrédito). Eu achava que era uma praga: remorso porque ele ficava com outra pessoa, e essa pessoa judiava dele. Ele ficava com os braços tudo roxo... ele ia se vingar de mim e depois de 3 dias ele queimou. [...] eu pensei bem e graças a Deus aqui eu tenho tudo. Não é todo mundo que tem essa sorte. [...] e também ele tem que tratar de qualquer jeito. [...] às vezes a gente fica muito magoada. [...] mas guarda dentro da gente. [...] porque a gente tem medo. [...] na hora do banho eu queria ficar mas eu não tenho coragem (impotência), só da senhora colher o sangue eu desmaiei. [...] **(Esmeralda)**

[...] eu fiquei muito triste e meus olhos fechavam. [...] achei que ela ia morrer. [...] Eu me sinto muito mal e muito ruim. [...] por isso que eu saio lá fora e demoro, porque eu conversando distraio a cabeça. [...] o meu marido acha que eu tenho culpa. [...] Para minha mãe foi um descuido, mesmo porque todos acham que eu continuo bebendo. [...] Quando meu marido veio visitar, ele brigou comigo e já fazia dias que ela estava queimada. Ele é caminhoneiro e fica muito tempo fora de casa. Ele pouco importa com a gente. [...] eu não chorei, mas senti umas coisas muito estranhas. [...] eu engulo o choro pois sei que preciso de tratamento. [...] espero sair logo daqui [...] **(Marina)**

#### **4.2.4 A mãe fala de si: preocupações e questionamentos**

Quando as mães falam de si, suas preocupações e questionamentos, elas denotam incerteza pelo longo período de internação dos seus filhos, bem como angústia pela jornada de trabalho doméstico que as espera em casa.

A expectativa de ver o filho curado, retomar a vida paralisada pelo acidente, é o anseio da maioria das mães, algumas por se sentirem presas por estarem numa cidade desconhecida.

As mães muitas vezes sentem-se repartidas entre o acompanhamento da criança doente e os serviços domésticos e seus outros filhos, sentindo seus limites e mostrando sua ambivalência.

Algumas mães relataram dificuldades em cuidar de seu filho, apesar de estarem presentes durante a internação dos mesmos.

Na maioria das vezes, conseguem perceber o que está se passando ao seu redor e aprender com a equipe de saúde e com a própria situação. Elas passam a ter um olhar “diferente” para o problema. Apesar das dúvidas transmitem sentimento de que conseguirão enfrentar o futuro com esperança, tendo a certeza de que a criança poderá ter uma vida normal.

Apesar de saberem que as crianças terão seqüelas, as mães não perdem a fé e a esperança de que poderão retornar à sociedade com maior preparo para auxiliar seus filhos a enfrentarem os questionamentos de uma sociedade, tão voltada para a beleza externa.

[...] não sei quando vou embora, mas preciso ir pois tenho que cuidar da minha outra filha e da casa [...] (**Constança**)



[...] eu queria ir embora logo, ver meu filho com a roupinha dele. Eu até já pedi uma sandália para minha mãe trazer para ele. [...] porque eu não conheço nada, não sei nem sair na rua [...] **(Nádia)**

[...] Eu não posso ficar com o meu filho todos os dias, eu tenho um nenê de dois meses que mama no peito. [...] Eu não sei dar banho nele queimado. [...] Quando eu chego eu venho visitar ele [...] **(Mônica)**

[...] agora aqui para mim é uma esperança de vida, sei que vou levar isto para mim. Olho com outros olhos, tenho medo de deixar ele ir na cozinha mas sei também que ele precisa ir na cozinha [...] **(Ana)**

[...] tem dia que eu acredito tanto e tem dia que eu odeio tanto ... por isso eu queria que tudo acabasse agora. [...] Eu já conversei com a professora da escola e ela falou para mim que ele até já passou de ano, mas quando ele voltar para a escola ela já vai ter conversado com todos os alunos, até sobre a malha (usada após a queimadura) que vocês me falaram [...] Você acha que ele vai ficar ruim igual esses dias que ele ficou? E as infecções? Você acha que é possível ter uma atrás da outra? [...] Quando eu vejo alguma pelinha fora do curativo e que é preta eu sei que é uma necrose, então entendo o que vocês estão falando... eu não conhecia nada de enfermagem e nada da saúde, agora eu já sei até alguns bichinhos que a gente encontra, eu sei ver a saturação, a frequência cardíaca e a pressão, aí eu fico observando ... que está indo muito bem. [...] eu não entendia que paciente grave andava, eu achava que eles (os médicos) podiam não estar falando direito para mim [...] **(Carina)**

[...] fiquei preocupada e achei que tudo era muito sério [...] aqui eu fico feliz de estar perto dele, mas só que eu fico pensando lá na minha casa [...] aí eu fico mais sossegada porque já passou o curativo [...] Eu não sei cuidar dessa gente queimada [...] **(Suzete)**

[...] Ele vai ficar com cicatriz mas vou pedir a Deus para dar certo e quando ele estiver cem por cento sarado nós vamos embora [...] **(Esmeralda)**

[...] Só Deus sabe o que passei com minha outra filha quando ela fez cirurgia do coração. [...] eu vejo fogo pegando na roupa dela, quando eu rasguei a roupa e coloquei água [...] (**Marina**)

#### **4.2.5 A mãe fala da criança que sofreu queimaduras: comportamentos**

As mães falam muito pouco sobre o comportamento da criança e muito mais sobre elas mesmas. Dentre os relatos, houve mãe que disse que uma parcela de culpa pelo acidente sofrido é da própria criança, parecendo não ter consciência ou evitando pensar que as inúmeras atividades que tem que desenvolver para conduzir sua casa também podem ter contribuído para a ocorrência do acidente.

Outras mães tiveram percepção de que a criança está colaborando com o tratamento: alimentando-se bem e aceitando os procedimentos sem choro. Percebem também que a criança sempre está exposta a situações de perigos à sua saúde.

Por outro lado, o cuidado recebido no hospital parece favorecer o desenvolvimento psicomotor de algumas crianças, dando-lhes segurança e tranquilidade, a ponto de não sentirem a ausência das mães.

Em algumas entrevistas não há nenhuma alusão ao comportamento da criança antes, durante e depois do acidente. Em nenhum momento, em alguns discursos, a mãe relata sobre o comportamento, sentimento ou a dor do filho.

Houve referência sobre uma das crianças do estudo que se supõe tentou suicídio, por duas vezes, antes de colocar fogo na roupa, sendo que ela faz tratamento psiquiátrico na cidade de origem.

Em alguns discursos, as mães relatam que relembram o momento do acidente quando a criança grita de dor.

[...] ele faz muita arte, mexe em tudo [...] (**Constança**)

[...] ele come direito e até toma leite (no hospital), que bom que isto melhorou nele. [...] no banho ele fica sentadinho, aquela paciente já me falou que ele nem chora. Por que vocês não deixam eu ver o banho, pelo menos uma vez? [...] (**Nádia**)

[...] ele quase já morreu por duas vezes, uma vez ele tomou querosene, a outra vez ele tomou medicamentos. Eu quase fico louca com esse menino! [...] e ele sente muita dor, em casa eu dou um pouco de novalgina. Cada vez um pouco [...] Aqui ele aprendeu a andar e falar direitinho. Quando eu chego e venho visitar, ele olha mas nem me dá tanta bola mais [...] (**Mônica**)

[...] não chora quando eu saio [...] (**Ana**)

[...] ele pedia para morrer. [...] quando o meu marido ficava como acompanhante, a minha mãe ou irmã, ele não dava tanto trabalho, até dormia bem, mas eu, ele gritava e me xingava [...] ficou um tempo com ele no quarto e, em seguida, ele dormiu [...] ele estava no turbilhão... ele me explicou tudo e me falou que se eu estivesse aqui a dor ia ser menos [...] será que ele não tem o direito de reclamar e me chamar e eu fico bem pertinho dele? [...] (**Carina**)

[...] ele come bem aqui, bebe bem também, tem anseio [...] (**Suzete**)

[...] Imagine então na hora do banho com ele gritando [...] (**Esmeralda**)

[...] Quando ela tinha três anos fugiu de casa e já tomou vários remédios. [...] Quando eu vejo ela gritando, vejo o fogo pegando na roupa dela. Eu rasguei a roupa e coloquei água [...] (**Marina**)

#### 4.2.6 Relacionamento com o hospital e a equipe de saúde

Quando as mães fazem referência ao hospital e à equipe de saúde, relatos sobre a aceitação das normas da unidade, reconhecimento da qualidade do tratamento e da postura da equipe de enfermagem são comuns, bem como a relação da equipe com a criança ser muito positiva, de a mãe estar bem informada, ter confiança no cuidado e tratamento recebidos.

Outros relatos, revelando sentimentos de pavor, de choque e de não querer ficar no hospital, foram pontos marcantes nos discursos de algumas mães, assim como queixa explícita referente às acomodações no hospital e ao tolhimento da sua liberdade.

Estas observações podem ser confirmadas nas unidades de significado apresentadas a seguir:

[...] lá (unidade de origem) não tem recursos, aqui tem de tudo. [...] Quando cheguei aqui a enfermeira foi muito boa, me explicou tudo. [...] os enfermeiros são bons, só um não vou com a cara. [...] só não tem um colchão para dormir. [...] porque o médico me disse que criança não pode ficar na cozinha [...] **(Constança)**

[...] vim parar aqui em cima, aí a enfermeira me explicou que o banheiro para tomar banho é lá embaixo. [...] eu trouxe o que os enfermeiros me deram da minha cidade, comida. Aqui as enfermeiras não deixaram entrar com a comida. Aí me explicaram que aqui tem comida boa. [...] O tratamento aqui é bom, aqui vocês me ajudaram a educar meu filho certo. [...] já até falei com o serviço social, mas ela disse que isso (assistir ao banho da criança) ela não pode resolver, só pode arrumar um jeito para eu ir embora, ou então quando eu quiser falar com a minha mãe [...] **(Nádia)**

[...] perguntei para o doutor e ele me explicou mas eu não sabia direito o que era seqüela. A enfermeira me explicou tudo. [...] aqui vocês dão medicamentos e alivia a dor dele, mas vocês dão de 6 em 6 horas [...] **(Mônica)**

[...] Chegando no hospital fez curativo no meu filho, lá embaixo. Aí mandaram a gente embora para casa porque não tinha vaga. [...] Na quarta-feira eu liguei cedinho no hospital, mandaram eu ir porque tinha vaga, fizeram o curativo dele. [...] detestei este lugar, vi gente horrível que tirou a pele da perna e da cabeça. [...] desci pela escada e não conseguia mais voltar, o guarda me trouxe. [...] Quando eu cheguei aqui o médico estava me esperando e me falou: - A senhora não sabe que lugar de criança não é na cozinha? [...] **(Ana)**

[...] (o médico) pediu para eu esperar e pediu que depois ele gostaria de falar comigo [...] demorou e voltou [...] falou que meu filho tinha queimado 75% e que era tudo de 3º grau, aí eu olhei para ele e vi que tudo era muito grave [...] mas agora eu enxergo um pouco com outros olhos e entendo o porquê e o que vocês falam [...] **(Carina)**

[...] aqui é melhor, mas tudo é muito preso, mas o tratamento é bom, tem comida. O banheiro é bom de tomar banho também [...] **(Suzete)**

[...] A gente queria ir embora porque acha que é cansativo [...] **(Esmeralda)**

[...] Na hora que o médico falou que ela ia operar eu achei que ela ia morrer. [...] Não sei como os médicos e as enfermeiras agüentam cuidar de queimados. [...] Quando eu vejo o jeito que vocês falam eu tenho vontade de ir embora [...] **(Marina)**

O relacionamento com o hospital e com a equipe foi demonstrado por discursos que revelam o acolhimento pela equipe de saúde, as interações adequadas, mas também os sentimentos de mágoa com o médico, pelo que ela considera uma má postura profissional e pela falta de humanidade de alguns. Também as mães relatam falta de contato com o pessoal do dia e até o sentir-se mais segura com o pessoal do plantão noturno, assim

como falam da relação com a equipe de saúde ser, por um lado, sofrida e, por outro, acolhedora.

Outros depoimentos apresentam manifestações das primeiras interações com os profissionais da equipe de saúde com algumas mães não terem sido adequadas, deixando-as inseguras, nervosas e se sentindo ridicularizadas. Houve uma verbalização positiva acerca da assistente social.

Em um discurso, a mãe relata que a enfermeira passou segurança e diminuiu o sentimento de culpa que ela estava sentindo. A partir desse momento, a mãe passa a relacionar-se de maneira diferente, mais apropriada, com a equipe de saúde.

Percebem que os enfermeiros põem limites e, a partir da relação positiva com a equipe de saúde, conseguem apreender, atrás do profissional, o ser humano.

[...] Quando cheguei aqui, a enfermeira foi muito boa, me explicou tudo. [...] Os enfermeiros são bons, a comida é boa. [...] esse médico é muito malcriado, vou reclamar dele. [...] só não tem um colchão para dormir, aí de manhã fico sem fazer nada e com sono [...] **(Constança)**

[...] mas a enfermeira lá debaixo nem conversou nem explicou nada para mim. [...] quando elas estavam me explicando umas enfermeiras riam. Vai mexer logo comigo. Parecia que isto era pior. [...] porque dentro do hospital alguém fazer isto? A gente já está sofrendo, a criança chorando e ouvir isto ainda? [...] As enfermeiras do dia eu não converso... de dia eu tenho que ir lá em baixo (no banheiro, na portaria). [...] Cheguei aqui a enfermeira levou ele para a sala de curativos [...] **(Nádia)**

[...] Quando eu vou embora eu confio nas enfermeiras e sei que posso telefonar. [...] Lá embaixo (outra clínica) a minha colega está com o menininho internado e as enfermeiras nem olham na cara. Aqui eu perguntei para elas porque a polícia me chamou e me explicaram direitinho até isso.

Até me encaminharam para o serviço social; aqui eu fico tranqüila [...]  
**(Mônica)**

[...] aí chegou uma mocinha, aquela enfermeira de pintinha, que me falou com muita calma e educação que a queimadura é pequena e que isto acontece. Ela disse que eu posso ficar tranqüila que a queimadura não é profunda, nem grande. [...] Aí eu vi com outros olhos; aqui o meu filho pode brincar, andar. Vocês cuidam muito bem. O meu filho até engordou e não chora quando eu saio. [...] Quando as pessoas me perguntam, eu falo que as enfermeiras aqui são bravas mas as crianças aprendem de tudo e eu sei que meu filho não vai fazer cirurgia. [...] e uma lição que eu levo de vocês é o carinho. Eu vejo nos olhos de vocês que vocês têm muita dor e sofrimento. [...] a única coisa ruim aqui é que à noite não tem colchão e eu tenho que trabalhar no outro dia porque o meu dinheiro ajuda no orçamento da casa  
[...] **(Ana)**

[...] você fala de um jeito... você me explica tudo, o remédio, quando vai colher sangue..., você só pica uma vez e ele nem chora. [...] ela (enfermeira) sentou perto de mim e me explicou tudo com carinho [...] **(Carina)**

## **5 ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DISCURSOS DO SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURAS**

Ao serem perguntadas “O que é ser-mãe-no-mundo de um filho que sofreu queimaduras?” todas as mães, num primeiro momento, trazem à lembrança o momento em que ocorreu o acidente: o horário, o que ela ou a criança estavam fazendo, onde ocorreu o acidente (na cozinha, no quintal, em áreas de lazer). Foi possível apreender que, em alguns casos, o acidente ocorreu quando a mãe estava ocupada com os afazeres domésticos (Constança, Ana), ou na ausência da mãe, quando a criança estava com a avó (Nádia), quando a mãe estava assistindo à TV (Mônica, Suzete), na ausência da mãe quando esta voltava do trabalho e a criança estava com a babá (Esmeralda), quando estava no quintal (Marina) e quando estava no aniversário da amiga (Carina).

As mães se lembram dos primeiros procedimentos adotados após o acidente, valorizando a ajuda e a solidariedade dos vizinhos e até mesmo de desconhecidos neste momento de desespero em que houve o encaminhamento para o serviço de saúde mais próximo e que se providenciou ambulância para transportar a criança e sua mãe para o serviço especializado — HCFMRP USP.

Manifestações de sentimentos de medo, tristeza, raiva, dúvida, angústia, ansiedade, dor, impotência, culpa, estavam muito presentes nas falas das mães, permeando todo o seu discurso. Algumas vezes aparece o inconformismo com a aparência atual de seu filho que nasceu perfeito, “rostinho lindo” e que agora está deformado (Carina).

Ao mesmo tempo que falam do filho, as mães falam de si, diante dessa experiência tão sofrida, de suas limitações e fragilidades, da duplicidade de tarefas de cuidar da casa e do filho hospitalizado, mas também de sua força, fé, esperança e coragem para



enfrentar uma situação que envolve tantos conflitos, como por exemplo, enfrentar as marcas que a queimadura deixou em seu filho.

As mães também falam do hospital e da equipe, pois, diante de uma situação dolorosa e estressante, puderam encontrar nos profissionais, solidariedade, apoio emocional, aprendizado, estratégias para enfrentar a vida, esperanças, fé, mesmo sabendo que a criança poderia ficar com seqüelas.

As relações entre as mães e a equipe de enfermagem manifestaram-se bastante satisfatórias, mesmo em presença de sentimentos de se afastar (idas em casa) do hospital, quando a perspectiva de vida era diminuída.

O relacionamento com a equipe de saúde foi muitas vezes traumático, pois as mães não conseguiam assimilar as mudanças que ocorreram em suas vidas após o acidente com o filho. Em alguns discursos, o relacionamento com a equipe foi bastante positivo, havendo assimilação do aprendizado para a vida pós-queimadura.

As referências condizentes ao atendimento do hospital eram de que este era o melhor da região e tinha suporte para atender de forma adequada e qualificada o seu filho.

Quando solicitado para as mães relatarem o comportamento da criança, a maior parte fazia referência a si mesmas e não à criança. Os poucos relatos foram referentes à criança ter sua parcela de culpa, a ser muito arteira, estar sempre exposta a situações de perigo à sua saúde; enquanto ao falar de si, a mãe mostrou estar sempre realizando outras atividades e estar trabalhando. Numa visão geral, são mulheres novas, com pouca escolaridade e a maioria vive em constante ansiedade, em desconforto com a sobrecarga de tarefas em função da dupla jornada de obrigações com o trabalho e a família.

Durante as entrevistas, a maioria dos pais foi considerada ausente. Esta ausência está verbalizada tanto física quanto psicologicamente, mas sempre presente no aspecto do poder, autoritarismo e da violência de comportamento.

Os sentimentos expressos por todas as entrevistadas são de medo, tristeza, impotência e, principalmente, culpa. As mulheres parecem fazer uma autopunição, às vezes inconsciente, como se agindo desta maneira minimizassem a culpa que sentem.

O processo de adaptação à situação de ser-mãe-no-mundo de um filho que sofreu queimadura é vivido, muitas vezes, numa solidão física e psicológica, na verdade uma experiência fenomenológica dessas mães. A solidão física é perceber-se num ambiente estranho / hostil em que percebe a “violência” do tratamento do seu filho, e, a solidão psicológica é no sentido de se perceber só, sem seus amigos, sem seus familiares, nesse ambiente estranho e hostil.

Portanto, entendemos não ter o espaço familiar como um espaço do existir dessas mães, pois conforme Forghieri (2004, p. 44), o espacializar,

[...] em seu sentido mais profundo e originário, não se limita a tais objetivações, pois possui outras qualidades que se manifestam em nossa vivência cotidiana pré-reflexiva. (...) o ser humano, além de se encontrar concretamente num determinado lugar, tem compreensão de seu próprio existir no mundo, relativa tanto ao local e instante atuais como a outros vividos anteriormente, e também àqueles que deseja ou receia vir a experienciar [...].

Sendo assim, tornar o hospital um ambiente mais acolhedor, menos hostil para que a pessoa se sinta mais “familiarizada”, conforme as palavras de Forghieri (2004, p. 46) significa em outras palavras que a pessoa pode sentir-se acolhida e à vontade no ambiente em

que se encontra num dado momento, ou uma estranha num lugar que ignora e no qual não sabe como se situar.

[...] Tal fato pode referir-se tanto ao ambiente físico, concretamente presente, como ao próprio existir no mundo, de um modo global, em ocasiões nas quais a pessoa sente-se sintonizada e tranqüila em seu existir sem perceber quais os motivos, ou preocupada e angustiada, sem saber por que, e até mesmo sem querer prosseguir o curso da sua existência [...].

## 6 REFLEXÕES SOBRE O SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURAS À LUZ DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA

Foi possível observar, na análise das entrevistas com as mães, o aparecimento de temas tais como angústia, morte, esperança, desespero, culpa, enfim, uma gama de sentimentos que revelaram, nesse momento, todo o sofrimento das mães.

Pretendemos, agora, buscar uma compreensão à luz da psicologia fenomenológica e realizar uma reflexão sobre os aspectos significativos de seus discursos que emergiram deste estudo.

A linguagem é um dos modos do *ser-estar-no-mundo*, estar vivencialmente ligado a este mundo, interpenetrado nas coisas, nos entes envolventes (Heidegger, 1981, p. 25).

Pela articulação das palavras, o ser expressa a mundaneidade de seu mundo e se abre ao mundo dos entes envolventes. O discurso é a articulação do compreensível para o ser e é através da linguagem que o ser se abre aos significados concretos do mundo. Desse modo, o *ser-aí* é um ser situado no mundo, realizando-se como ser de linguagem (Heidegger, 1981).

O *ser-mãe-no-mundo* com o filho que sofreu queimaduras mostrou-se como uma totalidade significativa, desmembrada em diversas possibilidades do ser humano enfrentar o estresse, o sofrimento e a dor. Assim, enfrentar a situação de ter um filho queimado levou à explicitação das seis categorias apresentadas que significou para as mães, entre outras coisas:

**Lembranças do momento do acidente (*Temporalidade*)** – As mães rememoram o acidente e manifestam sentimentos de medo, angústia, tristeza, solidão e culpa; isso significa que elas trazem o tempo vivido no momento do acidente com o filho para o instante atual; é o que entendemos por temporalidade, fundamento básico da existência humana que constitui “o sentido originário do existir”, de acordo com Heidegger (1971, p. 256-257). É *temporalizar*, quando o *ser-mãe* do filho que sofreu queimaduras lembra os momentos vivenciados no dia do acidente, atualizando os sentimentos dolorosos.

Forghieri (2004, p. 41) define *temporalizar*: “[...] o que é experienciado, vivenciado através do tempo, sendo esta vivência, a que mais próxima se encontra do nosso existir [...]”. Durante o estudo desta categoria foi observado que *ser-mãe* de um filho queimado é sempre acompanhado por um sentimento de agrado (esperança, fé, confiança) e de desagradado (medo, tristeza, angústia e outros) que independe de sua vontade como ser humano. Viver constantemente presa às lembranças do acontecimento faz com que a situação imediata se cristalice, trazendo sempre presentes sentimentos como: medo, angústia, tristeza, solidão e culpa.

[...] vivenciamos o tempo como uma totalidade, que consiste num presente perene, abarcador, tanto do já acontecido como do que esperamos que venha acontecer. Costumamos experienciar o nosso existir como um fluxo contínuo, decorrendo numa ‘velocidade’ e intensidade que se alteram de acordo com a nossa maneira de vivenciar as situações, que é sempre acompanhada de alguns sentimentos de agrado ou desagradado. Os instantes vivenciados com sintonia e contentamento decorrem rapidamente, enquanto os momentos de preocupação, contrariedade, ou o tédio decorrem devagar. Tais alterações acontecem apenas em nosso temporalizar, não interferindo no tempo marcado pelo relógio, pois neste os instantes mantêm, sempre, a mesma duração. Por isso, podemos vivenciar horas como se fossem minutos e inversamente, minutos como se fossem horas [...] (FORGHIERI, 2004, p. 42-43).

**Procedimentos adotados após o acidente (*Temporalidade e Solicitude*) —**

No contexto hospitalar, tomar providências para amenizar o trauma sofrido por seu filho parece ter requerido uma decisão da mãe que, de algum modo, se sentiu amparada pela solidariedade dos amigos, dos vizinhos. Em outras palavras pode-se dizer que ela se sentiu cuidada. Sendo assim, compreender que a dor faz parte do tratamento, que a vida e a morte estão dependendo de aparelhos e pessoas desconhecidas geram muitos conflitos: medo, desconfiança, esperança, culpa e outros, tanto na mãe quanto na criança. O suporte primordial nesta situação é a confiança a ser despertada entre mãe, criança e equipe multiprofissional que passarão a relacionar-se nesta situação.

É preciso considerar que a mãe vive um momento de estranheza que suspende o seu ser: as pessoas, o ambiente com seus sons e cheiros diferentes, os procedimentos a que seu filho está sendo submetido ... o seu próprio filho que sofreu queimaduras não é mais o mesmo ... A possibilidade de compreender corretamente tudo que é estranho neste momento não deixa de ser uma condição existencial. Mas a potencialidade do ser humano de superação é nata e a mãe aos poucos vai se familiarizando com esta situação que não foi escolhida por ela.

Aqui cabe a citação de Minkowski (1982, p. 9) que “[...] recobrar o contato com a vida e com o que ela tem de mais espontâneo e originário; voltar à fonte primeira da qual brota não apenas a ciência, mas todas as manifestações da vida [...]”.

A maneira preocupada do *ser-mãe-no-mundo* com um filho queimado é presente durante todo o tratamento, originando sentimentos que variam desde vagas sensações de intranqüilidade, ter que dar conta dos seus outros afazeres, da casa, dos outros filhos, até uma profunda sensação de angústia, quando percebe sua impotência diante da dor e da deformidade do seu filho e a possibilidade da sua morte. Tudo isso leva essa mãe a refletir e avaliar as possibilidades de enfrentamento da situação, abrindo, assim, caminhos para a

compreensão de recuperação e adaptação do filho, movida também pelo sentimento de solicitude que é um estado de ser do ser-aí. Assim sendo, tomar conta de um filho queimado é lançar-se fora de si mesma e prender sua atenção em alguém que precisa.

“[...] A essência do homem está em ser relativamente a algo ou a alguém [...]” (HEIDEGGER, 1971, p. 54).

“[...] Finalmente, somos vivos, mas, também mortais. Vivemos e morremos, de certo modo simultaneamente, pois, a cada dia que passa, nossa existência tanto vai se ampliando quanto vai se tornando mais curta [...]” (FORGHIERI, 1984, p. 18).

**Manifestações de sentimentos (*Afetividade*)** — A preocupação e a angústia são sentimentos básicos da existência e as mães os revelam diante das situações de ter o seu filho vítima de queimaduras, além da tristeza, do medo, da culpa e da angústia. Concordamos com Forghieri (2004, p. 37), quando pontua a angústia como:

[...] o modo mais originário e profundo de nosso existir preocupado. Quando estamos angustiados, ficamos muito aflitos, sentindo-nos impotentes para nos livrar da aflição, pois a angústia não tem um objeto definido em relação ao qual possamos nos envolver e agir, para superar. A angústia é a negação de todo o objeto, ou, em outras palavras, seu único objeto é a própria ameaça cuja fonte é o ‘nada’. [...] Por esse motivo, procuramos, freqüentemente, transformar a angústia em medo, cujos objetos identificamos e tentamos vencer [...].

Mas também, paradoxalmente, as mães conseguem vivenciar momentos de solidariedade, de compreensão, de esperança, de fé e de amor, revelando o conflito de sentimentos manifestados pela íntima relação que existe entre eles. *Ser-mãe* de um filho que sofreu queimaduras significa seguir em frente e construir novas possibilidades para as limitações que a situação exige.

Nas manifestações de sentimentos dessas mães, portanto, a afetividade permeou todos os discursos, e em alguns, merece destacar, esteve presente o sentimento de culpa. Entendemos, conforme Forghieri (2004, p. 51), que “[...] a culpa é inerente ao próprio existir humano, pois nunca encontramos condições de realizar todas as nossas possibilidades [...]”.

Mas é no amor conforme citado por Forghieri (2004), quando lembra de Binswanger (1967) na relação que ele faz do “Eu-Tu”, que denomina de “dual”, modo este que transcende o factual ser-no-mundo, que a mãe vivencia o nós: ela e o filho, juntos na luta para superar o ocorrido, com esperança de um futuro melhor.

[...] O amor, ou o modo dual de existir, é o único que pode oferecer pátria e eternidade à existência...(p. 239). Ao falar de eternidade não falo de ‘ser-no-mundo’, isto é, do modo dual de ser humano, desse ‘nós’ que constitui o eu e o tu fundidos no amor [...] (BINSWANGER, 1967, p. 374-375).

**A mãe fala de si: preocupações e questionamentos (*Preocupações*)** — Foi possível desvelar as reais preocupações das mães nesta situação: com as condições atuais do filho queimado, com o medo, as possíveis seqüelas / cicatrizes da queimadura, com a casa e a família sem a sua presença, com a sua impotência diante da situação ... observando-se uma das características fundamentais e genuínas do ser humano: o *ser-com* ou *sendo-com* (HEIDEGGER, 1981).

O *ser-mãe* se constitui num elo entre o tratamento e a criança pela maneira de cuidar e doar-se, caminhando sempre com a esperança, atenuando assim o sofrimento existente na situação, possibilitando um controle dos conflitos intrínsecos e extrínsecos vivenciados pela nova e brusca mudança.



A forma preocupada de existir é uma constante em nossa vida cotidiana, sendo com frequência “branda e imprecisa”, podendo-se intensificar em algumas situações, tais como, contrariedades, situações de perigo, ou quando temos que tomar decisões relevantes. As manifestações do modo preocupado de existir estão fundamentadas no próprio ser-no-mundo do homem.

“[...] Por ser essencialmente inerente ao existente ‘ser-no-mundo’, é seu ‘ser relativamente ao mundo’, em essência, ‘cuidar de’... cuidar de que não fracasse um empreendimento ... cuidar que é semelhante a um temor [...]” (HEIDEGGER, 1971, p. 69-70).

**A mãe fala do comportamento da criança (*Ser-com*)** — É bastante significativo que as mães exponham mais sobre si do que sobre as próprias crianças, crianças essas, cotidianamente, ativas o suficiente para se exporem aos riscos de saúde, neste caso à “queimadura”. Entretanto, ao falar de si, a mãe remete-se também ao seu filho.

O *ser-criança* possui um mundo “próprio”. Sendo assim, a criança que sofreu queimadura, como qualquer outro ser humano, precisa adaptar-se ao seu mundo circundante, ao “ambiente”. Este abarca tudo aquilo que se encontra concretamente presente nas situações vividas por alguém, em seu contato com o mundo (FORGHIERI, 2004).

Para a mesma autora, “[...] o mundo é um conjunto de relações significativas dentro do qual a pessoa existe [...]” (FORGHIERI, 2004, p. 29).

Algumas mães, ao falar de seus filhos, relatam alguns comportamentos anteriores ao acidente, tais como: fazer “arte”, tomar substâncias tóxicas. Outras mães prendem-se ao momento atual: a criança colabora com o tratamento, alimenta-se bem, apresenta até mesmo desenvolvimento motor, algumas não choram, outras choram.

O *ser mãe* e o *ser criança* que sofreu queimadura irão ter que enfrentar os fatos da conseqüência existencial que pode deixar uma queimadura, como cicatrizes, traumas e desfiguramento da imagem corporal, e criar meios de adaptar-se para dissipar o isolamento e preconceitos através da construção de uma nova visão cognitiva da vida.

**Refere-se ao hospital e à equipe de saúde e relacionamento com o hospital e a equipe (*Ser-com*)** — Nesta categoria, são expostas dificuldades de relacionamento com a equipe, sendo demonstradas através de discursos que revelam, em primeiro instante, sentimentos de mágoa desencadeados pelo que as mães consideram má postura profissional e falta de humanidade de alguns. As mães relatam falta de contato com o pessoal do plantão diurno, mesmo porque percebem este como o período de maior sofrimento para seu filho, no qual ocorrem procedimentos mais dolorosos e invasivos como o banho e curativos; passando então a se sentirem mais seguras e tranqüilas no período noturno e, também porque não é permitida a permanência no interior da Unidade de Queimados pela manhã.

Outras mães manifestam suas primeiras interações com os profissionais de saúde como não sendo adequadas, deixando-as nervosas, inseguras e ridicularizadas.

Com o transcorrer do tempo de internação, num segundo momento, as mães passam a compreender o tratamento qualificado realizado pela equipe, demonstrando melhor aceitação, inclusive da equipe, tornando-se mais colaborativas e participativas com a mesma. Houve mesmo uma verbalização positiva acerca da assistente social.

A partir de então, a mãe passa a relacionar-se de maneira diferente com a equipe de saúde, percebendo os limites colocados pela enfermagem como sendo necessários, e descobrem nesta relação que é, ora sofrida, ora acolhedora, atrás do profissional de enfermagem, o ser humano que existe.

Pela análise que resultou nas significações já expostas, nos aproximamos em muito da realidade vivenciada por essas pessoas que, junto aos seus filhos, enfrentam a difícil situação de estar hospitalizadas em uma Unidade de Queimados. Todas as descrições aqui realizadas forneceram-nos uma compreensão do fenômeno *ser-mãe-no-mundo* com o filho que sofreu queimadura.

Concordamos com Martins e Bicudo (1989, p. 90), quando abordam que é a partir da compreensão que é possível adentrar o mundo-vida dos sujeitos em estudo. Os autores afirmam que no nível mais fundamental da experiência humana não há uma dicotomia entre sensibilidade e pensamento. “[...] O compreender é uma expressão imediata daquilo que o ser humano sente na presença do objeto e é um reconhecimento que as coisas são o que sua natureza exige que elas sejam [...]”.

Estando em situação de hospitalização, o ser humano — paciente ou acompanhante — se vê totalmente dependente de pessoas que lhe são estranhas, desconhecidas e muitas vezes não lhe são simpáticas, levando-o a um maior desespero que é o de enfrentar uma internação, como, nesse caso, a situação dolorosa, aterrorizante e catastrófica de estar queimado ou ser-mãe de uma criança que sofreu queimaduras.

Valle (1997), quando aborda o desespero do ser humano em situação de internação, coloca que:

[...] Sua liberdade e capacidade de escolha podem ficar comprometidas, conforme enfrenta tal realidade: com inautenticidade ou com autenticidade. Uns fogem da situação, do desespero, fechando-se à revelação do mundo como tal. Transferem o controle de si para a equipe de saúde, que passa a decidir pela sua vida, assumindo responsabilidades, escolhendo o que julga melhor para eles. Passam a acreditar e a se comportar em conformidade com a equipe. Perdem o seu querer. Entregam-se ao médico, à enfermeira, acreditando, dessa maneira, vencer a luta contra a doença e voltar ao ser que eram anteriormente [...] (p. 61).

Por outro lado, o ser humano, quando hospitalizado, pode voltar-se para si mesmo, buscando sua própria consciência e valor, conhecendo e aceitando o sofrimento que o acomete, enfrentando a realidade com autenticidade.

Para HEIDEGGER (1967), *apud* Valle (1997, p. 62), autenticidade é

[...] Quando o ser descobre o mundo em seu próprio modo e o aproxima, quando desvela para si seu próprio autêntico ser, essa descoberta do mundo e esse desvelamento são consumados como um desembaraçamento dos ocultamentos e obscuridades, como um rompimento de disfarces, com os quais o ser mesmo obstrui seu próprio modo [...] ( p.54).

O ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras significa dor, sofrimento, angústia, incerteza, impotência, solidão, tristeza, culpa, medo, mal-estar e desespero.

Vivenciar uma hospitalização por uma doença grave, segundo Valle (1997), é

[...] perceber-se habitando um mundo sem poder escapar dele: o mundo dos medicamentos, dos exames clínicos, das internações no hospital, do afastamento da vida cotidiana, dos familiares e dos amigos, dos medos e da angústia diante da possibilidade de morte iminente. O sentido inexorável de ser-no-mundo-com-uma-doença grave, uma situação não escolhida pelo doente, é o que se denomina facticidade [...] (p. 60).

Entendo que esta facticidade, colocada por Valle (1997), reflete a situação de *ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimadura*, pois é algo que não se escolheu; aconteceu ... e de um minuto para o outro transformou as vidas dos envolvidos: mãe e criança queimada, em uma situação de angústia, medo e desespero.

Olivieri (1985), quando estuda o ser doente, afirma que é evidente, é claro o desespero e a angústia do paciente que vivencia a perda da liberdade e a sensação de perda

física que leva à não-aceitação do corpo pela sua alteração. Vislumbramos, nesta afirmativa, a experiência das mães durante o cuidar de seus filhos queimados, uma vez que os mesmos, na maioria das vezes, apresentam diversas partes do corpo desfiguradas e às vezes, até mesmo, mutiladas.

O mesmo autor ainda refere que, após a experiência de proximidade com a doença e com a morte, os valores que os pacientes tinham passam a ser outros, bem diferentes, “[...] pois a conformação surge na construção lenta do real, e o desespero e a angústia melhoram com a fé [...]” (OLIVIERI, 1985, p. 50).

Nos depoimentos das mães de crianças queimadas, encontramos esta construção, que podemos dizer que foi lenta devido ao prolongado tempo de internação, e que propiciou um desmembramento do real, que as levaram a compreender a situação de queimadura e de possíveis seqüelas dos filhos e o que era desespero e angústia se transformaram em resignação e esperança através da fé e do amor por elas sentidos.

Dessa forma, compreendemos que o *ser-mãe-no-mundo* com o filho que sofreu queimaduras é um ir e vir de sentimentos contraditórios e reais, de uma vivência dolorosa, triste, desesperadora, angustiante, mas que pode levar a mudanças internas radicais, para a busca da transformação, para tornar-se na vida um ser humano melhor.

Nesta pesquisa, também a ocorrência de queimaduras deu-se no lar, sendo os principais agentes causadores das queimaduras o escaldamento e líquidos inflamáveis. Para alguns autores, entre eles, Martins e Bicudo (1989, p. 104), a casa é o local de aconchegos e dramas, onde aconteceram os acidentes com os filhos.

Em estudo realizado por Carini, Grippaudo e Bertolini (2005), a maioria dos acidentes com crianças, envolvendo queimaduras, ocorreu em casa, o que os leva a sugerir a

realização de campanhas de educação em saúde pública, para que possam ajudar na redução da incidência de queimaduras.

Na investigação elaborada por Maghsoudi e Samnia (2005), com queimaduras pediátricas, o escaldamento foi o tipo mais comum de queimadura entre crianças abaixo de 05 anos, sendo que as queimaduras por inflamáveis predominaram em crianças mais velhas. Estes dados, assim como os do presente estudo, vêm ao encontro das pesquisas nacionais.

Sempre, a despeito da figura masculina, as mulheres desempenham um papel expressivo e central na família (TAKASHIMA, 1994). Os discursos das mães demonstraram a solidão das mesmas para enfrentarem a situação, devido às grandes ausências dos pais.

Estudos mostram, “[...] pais despreparados e impotentes para enfrentarem as dificuldades da vida e suas responsabilidades, aliado ao distanciamento afetivo e às relações tensas [...]” (TAKASHIMA, 1994). As mães quase sempre mostraram-se solitárias em seus discursos no decorrer da pesquisa, parecendo se sentir sobrecarregadas com a ausência, na maioria das vezes, da figura paterna.

Segundo Berlinguer (1978), “[...] a mulher tem certa tendência a suportar, a ser conduzida e guiada, a encarregar-se de certas tarefas penosas, a sacrificar-se [...]”.

Finalizando essas reflexões, as mães são o esteio do processo de estabilidade da convivência familiar. Sendo bem representada, nesta investigação, pelo ser-com o filho que sofreu queimaduras.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, pretendemos mostrar a facticidade de ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras, acontecimento esse que traz sofrimentos de diferentes ordens, buscando a compreensão dessa mãe à luz da psicologia fenomenológica.

Após a leitura e interpretação das entrevistas, enquanto entrevistadora e participe do processo de cuidar, procuramos buscar a essência da vivência dessa mãe.

Compreender o *ser-mãe-no-mundo* do filho que sofreu queimadura é retornar à busca do princípio de uma existência, entender que a vida está acima de quaisquer sentimentos.

Nesta pesquisa, foi possível observar o apoio das mães a seus filhos. Por sua vez, mesmo de forma solitária, essas mães encontraram apoio e suporte na equipe multiprofissional.

O desvelar do ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras mostrou mães, no qual o seu *ser-com-os-outros, no sendo-com-o-mundo do hospital*, foi constituído fundamentalmente por seu *ser-aí (Dasein)* na “circumundaneidade” de que Heidegger fala, no existir cotidiano.

As preocupações e sofrimentos das mães, decorrentes da queimadura e longo tempo de internação, levaram-nas a experienciar situações que as fizeram refletir sobre a sua existência humana e, a partir daí, parece ter ocorrido uma transformação desse ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras, transformação esta importante que parece marcar o seu existir.

A equipe de enfermagem também pode passar por mudanças comportamentais e internas, se percebe o paciente e seus familiares não como “objeto” de cuidado, mas sim

como seres humanos, que merecem ser cuidados, cada um com suas características próprias, suas dificuldades e também suas capacidades, valores, crenças, sentimentos durante a hospitalização e expectativas frente ao futuro após a alta hospitalar. A equipe parece tornar-se mais próxima do paciente e de sua mãe, cuidando no sentido heideggeriano: com paciência, consideração, respeitando a identidade de cada um, como ser humano que é.

Esse envolvimento, com o paciente queimado e sua mãe, tem levado a equipe de enfermagem a adaptar formas e/ou maneiras de proporcionar um melhor atendimento, buscando qualidade e eficiência no serviço. Reformas têm sido feitas na Unidade de Queimados do HCFMRP USP. Hoje as mães já podem pernoitar no hospital, apesar de serem acomodadas em cadeiras de conforto, passando mais tempo ao lado do filho que sofreu queimadura; contam também com o apoio de uma equipe multidisciplinar que tenta aliviar o sofrimento de ambos (mãe e filho), já que a mãe precisa de um suporte para enfrentar todas as dificuldades advindas do tratamento, da hospitalização e também as dificuldades a enfrentar perante a família e a própria sociedade. Portanto, revela-se, assim, a importância de uma equipe especializada, mas acima de tudo, humanizada.



## 8 REFERÊNCIAS

ADCOCK, R. J.; BOEVE, S. A.; PATTERSON, D. R. Psychologic and emotional recovery. In: CARROUGHER, G. J. **Burn care and therapy**. St. Louis, Missouri: Mosby, 1998. Chapter 13, p. 329-357.

AMAURY, A.; SANGER, W. N. Mortalidade. In: CORREIA, P. C.; BRANCO, P. O.; AMAURY, A. **Queimaduras: fisiopatologia, diagnóstico, avaliação e seu tratamento clínico/cirúrgico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1980. Cap. 20, p. 245-251.

ARTZ, C. F.; MONCRIEF, J. A.; PRUITT, B. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. 503 p.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

BARNES, A.; BUDD, L. Family-centred burn care. **Canadian Nurse – L'infirmière Canadienne**, p. 24-27, June 1999.

BERLINGUER, G. **A mulher e a saúde**. Roma: Il Pensiero Científico Editore, 1978.

BINSWANGER, L. El caso de Ellen West; La escuela de pensamiento de anlysis existencial; El caso de Ilse”. In: MAY, R. (Org.). **Existência**. Madri: Gredos, 1967.

\_\_\_\_\_. (1946). **Articulos y conferencias escogidas**. Madrid: Gredos, 1973.

\_\_\_\_\_. (1956). **Tres formas de existencia malograda**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BORGES, E. S.; CARVALHO, T. C. Abordagem psicológica à criança queimada. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. Cap. 35, p. 247-251.

BOUSSO, R. S. Estudos sobre crianças queimadas: uma proposta de assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 61-66, abril 1987.

BOWDEN, M. L.; FELLER, I. Family reaction to a severe burn. **Am. J. Nurs.**, v. 73, n. 2, p. 317-319, February 1973.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas**. Rio de Janeiro: J. Ozen Editora, s.d.

CARINI, L.; GRIPPAUDO, F. R.; BORTOLINI, A. Epidemiology of burns at the Italian Red Cross Hospital in Baghdad. **Burns**, v. 31, n. 6, p. 687-691, September 2005.

---

CARVALHO, A. C. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987. p. 6-7.

\_\_\_\_\_. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987. p. 30-35.

CRISÓSTOMO, M. R.; SERRA, M. C. V. F.; GOMES, D. R. Epidemiologia das queimaduras. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. **Tratado de queimaduras**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. Cap. 5, p. 31-35.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia**. Rio de Janeiro: Moraes, 1992. p. 114.

DEATH, A.; BRIGNALL, J. Back to normal: children's care after burn injury. **Nursing Times**, v. 95, n. 39, p. 54-56, September 1999.

DE-SOUZA, D. A.; MARCHESAN, W. G.; GREENE, L. J. Epidemiological data and mortality rate of patients hospitalized with burns in Brazil. **Burns**, v. 24, n. 5, p. 433-438, 1998.

DE-SOUZA, D. A.; MANÇO, A. R. X.; MARCHESAN, W. G.; GREENE, L. J. Epidemiological data of patients hospitalized with burns and other traumas in some cities in the southeast of Brazil from 1991 to 1997. **Burns**, v. 28, n. 2, p. 107-114, 2002.

FERRARO, A. R.; LONGO, D. C. Nursing care of the family with a chronically ill, Hospitalized Child: an alternative approach. **Image: J. Nur. Scholarship**, v.17, n. 3, p. 77-81, 1985.

FERREIRA, L. A. **Construindo o processo que levou o paciente queimado à intercorrência da queimadura**. 1997. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

FERREIRA, L. A.; BUENO, S. M. V. Paciente internado queimado e sua perspectiva de vida. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 38, Brasília-DF, 1987. **Anais**. Brasília: Universidade Federal de Brasília, 1987. 26 p.

FIRMINO, J. Contribuições da psicologia ao paciente queimado. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M.A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. Cap. 24, p. 231-237.

\_\_\_\_\_. Contribuições da psicologia ao paciente queimado. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. **Tratamento de queimaduras: um guia prático**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. Cap. 24, p. 201-209.

FONTANA, C.; SALLES, A.G. **Queimaduras: abordagem multiprofissional**. São Paulo: Francis Editorial, 1998.

FORGHIERI, Y. C. **Fenomenologia e psicologia**. São Paulo: Cortez, 1984. p. 14.

\_\_\_\_\_. **Fenomenologia do existir de uma professora universitária**. 1991. Tese (Livre-Docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

\_\_\_\_\_. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

GIORGI, A. **A psicologia como ciência humana: uma abordagem de base fenomenológica**. Trad. R. S. Schwartzman. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. **Tratamento de queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GORDON, M.D. Cuidados de Enfermagem à criança queimada. In: ARTZ, C. P; MONCRIEF, J. A.; PRUITT JR, B. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. Cap. 28, p. 349-366.

HEIDEGGER, M. **O ser e o tempo**. Petrópolis: Vozes, 1967.

\_\_\_\_\_. **Que é isto a Filosofia?** São Paulo: Duas Cidades, 1971.

---

\_\_\_\_\_. **Todos nós ... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Trad. Dulce Maria Critelli. São Paulo: Moraes, 1981. p. 11-18.

\_\_\_\_\_. **Pensamento humano. Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Ed. Moraes, 1986. Parte I e II, p. 67.

HUSSERI, L. E. A. **Filosofia como ciência do rigor**. Coimbra: Atlântida, 1965. p. 33.

LEDOUX, J. et al. Relationship between parental emotional states, family environment and the behavioral adjustment of pediatric burn survivors. **Burns**, USA, v. 2, n. 5, p. 425-432, Aug. 1998.

LEWIS, M. A criança queimada. In: LEWIS, M. **Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. Cap. 91. p. 1017.

LIMA, C. A.; MUNGUBA, M. C.; AIRES, M. S.; BEZERRA, T. C. R. Terapia Ocupacional. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. V. F. **Tratado de queimaduras**. Atheneu, 2004. Cap. 53, p. 361-376.

LINDQUIST, **A criança no hospital**: terapia pelo brinquedo. Ivonny Lindquist. Trad. Raquel Ribeiro Altman. São Paulo: Ed. Scritta, 1993.

---

MAGHSOUDI, H.; SAMNIA, N. Etiology and outcome of pediatric burns in Tabriz, Iran.

**Burns**, v. 31, n. 6, p. 721-725, September 2005.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia, fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes/EDUC, 1989.

MINKOWSKI, E. **El tiempo vivido**. Mesaio: Fondo da Cultura Econômica, 1982.

MIRANDA, M. C. T. **Da experiência do pensar**. Rio de Janeiro: Ed. Globo, 1969. p. 1.

MUCHIELLI, R. **A entrevista não-diretiva**. São Paulo: Martins Fontes, 1978. p.186.

OLIVIERI, D. P. **O ser doente**. São Paulo: Moraes, 1985. 81 p.

ROCHA, J. Aspectos psicológicos nos pacientes queimados. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 2, n.2, p. 35-37, maio/agosto, 2002.

ROLIM, E.; LEMIL, J. B. A criança queimada numa cidade não especializada de hospital geral. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 139-146, 1980.

ROMANO, B.W. A família e o adoecer durante a hospitalização. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 7, n. 5 (supl A), p. 58-62, Set/Out 1997.

ROSSI, L. A.; BRAGA, E. C. F.; BARRUFINI, R. C. P.; CARVACHO, E. C. Childhood burn injuries: circumstances of occurrences and their prevention in Ribeirão Preto, Brazil. **Burns**, v. 24, p. 416-419, 1998.

ROSSI, L. A. et al. **A volta para casa da pessoa portadora de queimaduras**: um guia para os familiares, 2001 /Informativo/.

ROSSI, L. A. **O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras**: o significado cultural atribuído por familiares. 2001. 95 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ROSSI, L. A.; VILA, V. S.; ZAGO, M. M.; FERREIRA, E. The stigma of burns: perceptions of burned patients' relatives when facing discharge from hospital. **Burns**, n. 31, p. 37-44, 2005.

RUSSO, A. C. **Tratamentos das queimaduras**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1976. 240 p.

SERRA, M. C. V. F. **A criança queimada**. In: GOMES, D. R.; PELLON, M. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. Cap. 6, p. 41-64.

SERRA, M. C. V. F.; GOMES, D. R.; CRISÓSTOMO, M. R.; SERRA, A. S. Cálculo da área queimada e indicadores para internação hospitalar. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. V. F. **Tratado de queimaduras**. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. Cap. 7, p. 43-49.



SILVA, E. P. F. S.; OLIVEIRA, R. A. P.; COSTA, F. A. C.; SERRA, M. C. V. F. Peculiaridades da criança queimada. In: MACIEL, E.; SERRA, M. C. V. F. **Tratado de queimaduras**. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. Cap. 29, p. 201-206.

SPREENKLE, D. H.; MOOM, S. M. **Research methods in family therapy**. New York: Guilford Pres, 1996.

TAKASHIMA, G. M. K. O desafio da política de atendimento à família. **Família brasileira a base de tudo**. São Paulo: Cortez/UNICEF, 1994.

TALABERE, L. GRAVES, P. A tool for assessing families of burned children. **Am. J. Nurs.**, v. 76, n. 2, p. 225-227, February 1976.

VALLE, E. R. M. **Ser-no-mundo-com-o-filho-portador-de-câncer**: hermenêutica de discursos de pais. 1988. 123 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

\_\_\_\_\_. **Câncer infantil**: compreender e agir. Campinas: Editorial Psy, 1997. p. 41.

WERNECK, G. L.; REICHENHEIM, M. E.; CORPEGGIANI, R. Aspectos psicossomáticos das queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. Cap. 24, p. 227-229.

WIECHMAN, S. A.; PATTERSON, D. R. Psychological aspects of burns injuries. **BMJ**, v. 329, n. 7462, p. 391-393, 2004.

**ANEXO A Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP USP**



CEP. 14048-900  
RIBEIRÃO PRETO - S.P.  
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE  
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 18 de dezembro de 2003

Ofício nº 3808/2003  
CEP/SPC

**Prezada Senhora:**

O trabalho intitulado "**COMPREENDENDO O SER-MÃE-NO-MUNDO COM O FILHO QUE SOFREU QUEIMADURA**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 171ª Reunião Ordinária realizada em 15/12/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 11720/2003.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

  
**PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA**  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora  
**LUCIA APARECIDA FERREIRA**  
**PROFª DRª ELIZABETH RANIER MARTINS DO VALLE (Orientadora)**  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP  
Em mãos

## ANEXO B Consentimento para atuar como sujeito na pesquisa

EU \_\_\_\_\_,  
portador do RG.: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, referentes ao Projeto de Pesquisa intitulado “Compreendendo o ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras” que tem como pesquisador responsável a Sra. Lúcia Aparecida Ferreira, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que foram assegurados, a seguir relacionados:

- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida relacionada à pesquisa;
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do cuidado e tratamento do filho.
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta afete a minha vontade de continuar participando;
- Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.
- **Uso de gravador no momento da entrevista**

( ) autorizo

( ) não autorizo

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura do paciente:

## APÊNDICE A – Termo de consentimento pós-informação

**Nome da Pesquisa:** “Compreendendo o ser-mãe-no-mundo com filho que sofreu queimaduras”

**Pesquisador responsável:** Lúcia Aparecida Ferreira – COREn SP – 40720

**Orientador da Pesquisa:** Profa. Dra. Elizabeth Ranier Martins do Valle

### INFORMAÇÕES AO PACIENTE:

Sabemos que o sofrimento causado por uma longa separação dos pais de seus filhos que são internados por um período indeterminado são fatores desencadeantes de angústia e sofrimento, causando ansiedade e estresse na criança e na família e com este estudo procuramos compreender o ser-mãe-no-mundo com o seu filho que sofreu queimadura.

Serão convidadas a participar deste estudo todas as mães das crianças que estejam internadas na UQ-HCFMRP USP, no período de 2003 e 2004, independente de sexo, raça, religião e nível sócio-econômico-cultural.

Para participar a senhora necessitará responder a algumas perguntas, desde que assim o deseje. As entrevistas serão realizadas na UQ-HCFMRP USP. O seu nome não será revelado, pois serão identificadas apenas suas iniciais.

A sua participação neste estudo não acarretará em nenhum prejuízo de ordem física ou moral. Caso não deseje participar ou queira interromper a sua participação, a sua decisão será respeitada por nós.

Certificamos que informamos e explicamos à pessoa nomeada abaixo sobre a descrição dos procedimentos do estudo e deste formulário de consentimento.

*Lúcia Aparecida Ferreira*  
RG: 7.434.475  
Pesquisador Responsável

## APÊNDICE B Roteiro de entrevista

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Nº de filhos: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### Questão Norteadora

1. Como é ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras, internado na Unidade de Queimados?

**APÊNDICE C – Síntese da entrevista – M = 1\*\*\***

*Constança, 28 anos, brasileira, casada, branca, dois filhos, do lar, 1º grau completo, natural de São Carlos e procedente de Luis Antônio.*

Quando ele se queimou, eu estava fazendo almoço e lavando roupa, ele faz muita arte, mexe em tudo, gritei e chamei os meus vizinhos, levei lá em Luis Antônio, aí eles trouxeram para cá, fiquei mais contente! Lá não tem recursos, aqui tem de tudo, mas graças a Deus não é grave. Quando cheguei aqui, a enfermeira foi muito boa, me explicou tudo, e fiquei muito feliz em ficar aqui, depois do curativo, fui no quarto com ele, achei que ele ia sair logo, mas tudo demora, mas é para o bem dele, os enfermeiros são bons, só um não vou com a cara, a comida é boa, só não tem um colchão para dormir, aí amanhã de manhã fico sem fazer nada e com sono, às vezes eu choro, tenho medo por causa do outro paciente que é grave, às vezes acho que o meu filho vai ficar igual a ele. Faço recomendações quando saio de manhã para a enfermagem, porque aqui só fico eu, meu marido trabalha e ele não agüenta ficar aqui, eu pedi as contas do meu trabalho, mas o meu marido está desanimado, só ele que está agüentando as pontas, não sei quando vou embora mas preciso ir, pois tenho que cuidar da minha outra filha e da minha casa. Eu não tenho coragem de ficar no curativo, aí eu choro, porque ele sofre e eu não posso fazer nada, acho que eu não cuidei direito por isso ele está sofrendo, muitas vezes eu peno, porque o médico me disse que criança não pode ficar na cozinha, e isso eu sei, mas criança não tem jeito, esse médico é muito malcriado, vou reclamar dele, acha que eu queria que o meu filho sofresse.

Entrevista gravada com o consentimento da mãe.

---

\*\*\* utilizado o símbolo M = 1, significa Mãe = 1

**APÊNDICE D – Síntese da entrevista – M = 2**

*Nádia, 18 anos, um filho, solteira, mulata, natural e procedente de Lins, 1º grau incompleto, do lar.*

Eu estava na rua, e ele lá dentro de casa, quando ouvi uns gritos, entrei, a minha avó estava tentando tirar o fogão de cima dele, ele queimou com leite quente, aí a ambulância chegou e levei ele para o Pronto-Socorro e depois para o hospital, lá cuida de todas as doenças menos das queimaduras, eu fiquei com muito medo, chorei, chorei, chorei, porque eu nunca tinha saído da minha cidade, eu não tinha dinheiro, e só estava com a roupa do corpo, mas aí os enfermeiros me falaram e o médico que eu ia para outro Hospital em outra cidade. Aí, vim de ambulância, nem sei que caminho foi, cheguei aqui a enfermeira levou ele para a sala de curativos, mas a enfermeira lá debaixo, nem conversou e nem explicou nada para mim, vim parar aqui em cima, aí a enfermeira me explicou que o banheiro e para tomar banho é lá embaixo, eu trouxe que os enfermeiros me deram da minha cidade comida, mas aqui as enfermeiras não me deixaram entrar, porque aqui tem comida e boa, aí me explicaram, mas quando elas estavam me explicando umas enfermeiras riam, ai, vai mexer logo comigo, parecia que isto era pior, porque dentro do hospital alguém fazer isto? A gente já está sofrendo, a criança chorando e ouvir isto ainda? A pele dele saiu tudo em dois dias, achei que tudo piorou, mas depois eu vi que eu me enganei, ficou bom, se não fosse isso ele estava até hoje com cheiro forte. As enfermeiras do dia eu não converso, eu só converso com as da noite, posso até pedir água, elas até me oferecem chá, de dia eu tenho que ir lá embaixo. O tratamento aqui é bom, mas no começo quando a gente não sabe nada e acha que a queimadura é grave, tudo é muito ruim, aqui vocês me ajudaram a educar o meu filho certo, ele come direito e até toma leite, que bom que isso melhorou nele. Eu queria ir embora logo, ver o meu filho com a roupinha dele, eu já até pedi uma sandalhinha para a minha mãe trazer



para ele ai, meu Deus, descer para ir ao banheiro é o pior de tudo. Eu queria ficar aqui na hora do banho, no banho ele fica sentadinho, aquela paciente já me falou que ele nem chora, então por que vocês não deixam eu ver o banho dele pelo menos uma vez? Já até falei com o Serviço Social, mas ela disse que isso ela não pode resolver, só pode arrumar jeito para eu ir embora, ou então quando eu quiser falar com a minha mãe, porque eu não conheço nada, não sei nem sair na rua.

Entrevista gravada com o consentimento da mãe.

**APÊNDICE E – Síntese da entrevista – M = 3**

*Mônica, 29 anos, casada, do lar, quatro filhos, branca, primário incompleto, natural de São José das Lages – Alagoas, procedente de Ribeirão Preto.*

Quando o meu filho se queimou, eu estava assistindo à TV, levei um susto com o barulho, corri e vi ele todo molhado com leite fervendo, levei ele para o posto, o posto levou-o para o hospital, no caminho senti uma coisa muito estranha, gritei, aí me dei conta que ele estava quase todo queimado, cheguei no Hospital e deixei o meu filho lá em cima, pela primeira vez entreguei ele para os outros, eu não sabia se ele ficar com seqüela ou sem seqüela, perguntei para o doutor e ele me explicou, mas eu não sabia direito o que era seqüela e aí a enfermeira me explicou tudo. Eu não posso ficar com o meu filho todos os dias, eu tenho um nenê de dois meses que mama no peito, quando eu vou embora eu confio nas enfermeiras e sei que posso telefonar, mas sei que vai ficando um pedaço de mim, fico triste porque ele já morreu por quase duas vezes, uma vez ele tomou querosene, a outra vez ele tomou medicamento, eu quase fico louca com esse menino!!!, e ele sente muita dor, em casa eu dou um pouco de novalgina, cada vez um pouco, aqui vocês dão medicamento e alivia a dor dele, mas vocês dão de 06 em 06 horas. Eu não sei dar banho nele queimado, sei que o banho é de chuveiro, ele me disse que dói, mas eu não tenho coragem de ficar lá, fico triste, sabendo que a queimadura dói muito. Aqui ele aprendeu a andar e falar direitinho, quando eu chego que eu venho visitar ele, ele olha, mas nem me dá tanta bola mais. Eu não sei explicar direito, agora com certeza o dia-a-dia de tantas coisas erradas que ele faz, sabe aqui é melhor, lá embaixo a minha colega está com o menininho internado e as enfermeiras nem olham na cara, e aqui eu perguntei para elas por que a polícia me chamou e elas me explicaram direitinho até isso. Até me encaminharam para o Serviço Social, aqui eu fico tranqüila.

Entrevista não foi gravada.

**APÊNDICE F – Síntese da entrevista – M = 4**

*Ana, 18 anos, feminino, solteira, um filho, cor branca, 8ª série completa, natural e procedente de Ribeirão Preto, profissão babá.*

Na hora que ele queimou, eu fiquei com dó e triste. Achei que eu não valia nada, achei que eu não cuidava nada dele, não cuidava nada direito, o fogão caiu em cima dele, com o bujão de gás e tudo, eu chorava e gritava, não conseguia tirar, chamei a minha vizinha S., levei para o Posto de Saúde da Cuiabá, aí eu só chorava eu não estava em mim. Quando o meu marido chegou em casa, a minha vizinha avisou que eu tinha ido na Cuiabá com o meu filho, porque ele tinha queimado, e meu marido foi falando para a vizinha no caminho, “eu mato essa mulher, porque ela não cuidou direito do meu filho”. Quando chegou no posto que ele viu o estado que eu também estava ele não falou mais nada, me abraçou e chorou, aí eu fui sozinha com o meu filho para o hospital. O meu marido, a minha mãe e as minha irmãs foram de carro atrás, chegando no hospital fez curativo no meu filho, lá embaixo, aí mandaram a gente embora para casa, porque não tinha vaga. Quando eu cheguei em casa você não acredita, o fogão estava com todas as chamas acesas e o bujão virado, tive que chamar o bombeiro. Aí tudo se normalizou. Na quarta-feira eu liguei cedo no hospital, mandaram eu ir porque tinha vaga, fizeram o curativo dele, achei um horror, apesar da queimadura ser só no bracinho, detestei este lugar vi gentes horríveis, fiquei com muito medo, vi gente sem pele, vi gente que tirou a pele da perna e da cabeça, achei também que ia tirar do meu filho, aí até desci pela escada e não conseguia mais voltar, o guarda me trouxe. Quando eu cheguei aqui, o médico estava me esperando e me falou: “A senhora não sabe que o lugar de criança não é na cozinha?” Eu chorei, aí vi que ele estava sofrendo o meu filho e que eu não cuidava bem dele, fiquei muito triste. Sentei na cadeira, achei que o mundo ia acabar, aí chegou uma mocinha, aquela enfermeira de pintinha e me falou com muita calma e educação,

que a queimadura é pequena e que isto acontece que eu posso ficar tranqüila que a queimadura não é profunda e nem grande, aí eu vi com outros olhos aqui, agora aqui o meu filho pode brincar, andar e de manhã quando eu vou embora, eu vou tranqüila, porque vocês cuidam muito bem, o meu filho até engordou, e não chora quando eu saio, quando as pessoas me perguntam eu falo as enfermeiras aqui às vezes são bravas, mas as crianças aprendem de tudo, e eu sei que o meu filho não vai fazer cirurgia e agora aqui para mim é uma experiência de vida, sei que vou levar isso para mim, olho com outros olhos e sei que tenho medo de deixar ele ir na cozinha, mas sei que ele também precisa ir na cozinha, e uma lição que eu levo de vocês é o carinho, apesar que eu vejo nos olhos de vocês que vocês têm muita dor e sofrem com isso, a única coisa ruim aqui é que à noite não tem colchão e eu tenho que trabalhar no outro dia, porque o meu dinheiro ajuda no orçamento da casa.

Entrevista não gravada.

**APÊNDICE G – Síntese da entrevista – M = 5**

*Carina, 25 anos, feminino, casada, dois filhos, segundo grau completo, natural e procedente de Porto Ferreira, funcionária pública municipal.*

Aí, meu Deus! Não gosto de lembrar, fui no aniversário da minha melhor amiga e o pior dia da minha vida. Um desespero quando vi o meu filho em chamas, eu não sabia o que ia acontecer, a gente indo para o hospital, ele pedia para morrer, e eu estava sem poder dar uma resposta, não tinha palavras naquele momento, achava que era um acidente, como se quebrasse um braço, aí no hospital eles me falaram que eu tinha que vir para o HC, um lugar que eu nunca ouvi falar, que cuidava só de gente queimada, senti que as coisas eram um pouco mais graves do que eu pensava, nós chegamos e subimos direto para o quarto andar. Aí, o enfermeiro pediu para eu esperar e pediu que depois ele gostaria de falar comigo. Aí, ele voltou, demorou e voltou, e falou que o meu filho tinha queimado 75%, e que era tudo de 3º grau, aí eu olhei para ele e vi que tudo era muito grave, mas assim mesmo, eu não entendia que paciente grave andava, eu achava que eles podiam não estar falando direito para mim e falou também que ele precisaria de 60 dias para melhorar, aí eu fui ficando aqui. No segundo dia à noite e também durante o dia quando vocês falavam com ele, eu aceitava, mas dentro de mim eu ia morrendo aos pouquinhos, que sofrimento meu Deus! Quando o meu marido ficava, a minha mãe ou a minha irmã ele não dava tanto trabalho, até dormia bem, mas eu, ele gritava e me xingava, aí uma enfermeira da noite falou para ele, falou para mim, que era melhor que a mãe saísse do quarto, eu saí, aí ela ficou um tempo conversando com ele, em seguida ele dormiu, depois ela sentou perto de mim e me explicou tudo com muito carinho, mas você sabe, mãe como é, vai morrendo dentro da gente quando alguém fala com o meu filho, principalmente quando fala bem firme, mas agora eu enxergo um pouco com outros olhos e entendo o porquê e o que vocês falam, por exemplo o meu marido só vinha para

visitá-lo, agora ele tirou férias e fica toda tarde e até à noite com ele. Vejo que é uma outra interação, ou seja, um outro sofrimento. Quando eu vejo alguma pelinha fora do curativo e que é preta eu sei que é uma necrose, então entendo o que vocês estavam falando; eu não conhecia nada da enfermagem e nada da saúde, agora já sei até alguns bichinhos que a gente encontra, sei ver a saturação, a frequência cardíaca e a pressão, aí eu fico observando quando ele está dormindo, sentada aqui no sofá, aí vejo pelo que vocês falam que está indo bem, mas eu volto na minha imagem, lembrando que aos domingos eu levantava de manhã e arrumava a roupinha deles para a gente passear e deixava pronto o que ia para a escola no outro dia, e aí bem, neste dia que vai acontecer isto com o meu filho. Fico pensando, que ele nasceu tão perfeito, um rostinho tão lindo e hoje ele está tão deformado e não tem volta. Tenho vontade de sair correndo, hoje eu vejo que ele está vivo, mas sei que ele ainda pode morrer, tenho vontade de correr, correr e correr. Queria muito ver o curativo porque outro dia eu cheguei e eu vi que ele estava no turbilhão e tudo ficou doendo em mim. Aí eu perguntei para ele, ele me explicou tudo, e me falou que se eu estivesse aqui a dor ia ser menos, ai, meu Deus que vontade de morrer! Tem dia que eu acredito tanto! E tem dia que eu odeio tanto, por isso eu queria que tudo acabasse agora, porque tanto sofrimento com ele! Sabe, você fala de um jeito que às vezes eu fico pensando que é tão sério do jeito que você fala, mas você me explica tudo, o remédio, quando você vai colher sangue, você só pica uma vez e ele nem chora, mas será que precisa de tanto sofrimento? Será que ele não tem o direito de reclamar e me chamar e eu ficar pertinho dele? Aí tudo vai doer menos, mas meu Deus! Eu não tenho coragem de ver o banho, apesar que eu sei que ele precisa de mim neste momento. Neste momento eu fico pensando se eu não tivesse ido no aniversário da minha melhor amiga, nada disso tinha acontecido. Eu já conversei com a professora da escola e ela falou para mim que ele já até passou de ano, mas quando ele voltar à escola ela já vai ter conversado com todos os alunos, até sobre a malha que vocês já me falaram. Você acha que ele vai ficar ruim igual a esses dias

que ele ficou (fez edema agudo de pulmão), e as infecções? Você acha que é possível ter uma atrás da outra?

Entrevista não gravada.

**APÊNDICE H – Síntese da entrevista – M = 6**

*Suzete, 30 anos, cor negra, solteira, três filhos, natural de Apucarana – Paraná, procedente de Ribeirão Preto, do lar, 2º série incompleta.*

**Observações do Entrevistador:** Enquanto eu anotava os dados de identificação da cédula de identidade, a mãe dormiu, fiquei aguardando que acordasse, passado alguns minutos, a mesma acordou assustada aparentando que não iria dormir e dormiu, aí me perguntou “o que a gente vai conversar você não vai me dedar?”, aí reforcei as orientações do Termo de Responsabilidade e afirmei-lhe de que deveria falar apenas o que quisesse e que seria respeitado o anonimato. Antes da mãe responder à questão norteadora da entrevista, a mesma contou-me que a irmã acabou de sair da cadeia, o amásio está preso por roubo e que o pai está com câncer de tanto nervoso que passa.

Coloquei uma panela no fogão para ferver água, eu ia fazer arroz, não tinha ninguém na cozinha, eu estava assistindo TV, ele subiu no fogão e aí virou o fogão com a outra panela de sopa, peguei ele e levei na Cuiabá, aí eles me trouxeram de ambulância aqui, fiquei preocupada e achei que tudo era muito sério, mas aqui não tinha vaga, fiquei na Pediatria e só depois eu vim para cá, aqui era melhor, mas tudo é muito preso, mas o tratamento é bom, tem comida, e ele come bem aqui e bebe bem também, tem asseio, o banheiro é bom de tomar banho também, aqui eu fico feliz de estar perto dele, mas só que eu fico pensando lá na minha casa, porque o meu pai tem câncer, ele fica de sonda e a comida passa tudo por sonda, mas eu preciso de ficar aqui, mas todo dia de manhã eu vou em casa, dou banho no meu pai, faço a comida, arrumo a casa e lavo as roupas, à tarde eu volto para o hospital, aí eu fico mais sossegada porque já passou o curativo, e fica tudo muito diferente, agora eu só quero saber se ele fizer cirurgia, como eu vou cuidar dele em casa? Eu não sei cuidar dessa gente queimada.

Entrevista não gravada.



**APÊNDICE I – Síntese da entrevista – M = 7**

*Esmeralda, 22 anos, solteira, mulata, doméstica, natural de São Sebastião do Paraíso, e procedente de Santo Antonio da Alegria.*

A criança queimou-se às 17:10 h, na casa da babá, com café quente. Eu ia chegando e ouvi uns gritos, Aí chegaram na porta não sei quem, alguém chegou na porta e pediu para eu correr. Eu não acreditava que era meu filho que tinha se queimado, e nem podia acreditar no que tinha acontecido com ele. Eu achava que era uma praga, remorso porque ele ficava com outra pessoa, e essa pessoa judiava dele, ele ficava com os braços tudo roxo. Aí eu mudei no domingo. Ela ia se vingar de mim e após três dias ele se queimou. Mas eu tive boas referências dessa que está cuidando agora. Fui para o hospital, fizeram lavagem nos machucados e passaram a sulfa e ele ficou em observação no hospital de Santo Antônio. Aí no outro dia, deram banho novamente e os médicos arrumaram vaga aqui em Ribeirão. Na sexta-feira fez o curativo lá em baixo, e aí no sábado ele internou aqui. A gente queria ir embora, mas eu pensei bem e graças a Deus aqui eu tenho tudo. Não é todo mundo que tem essa sorte, e também ele tem que tratar de qualquer jeito. O hospital é cansativo, às vezes a gente fica muito magoada, mas guarda dentro da gente, porque a gente tem medo. Na hora do banho eu queria ficar mas eu não tenho coragem, só da senhora colher sangue eu desmaiei. Imagina então no banho com ele gritando. Ele vai ficar com cicatriz, mas vou pedir a Deus para dar certo e quando ele estiver cem por cento sarado, nós vamos embora.

Entrevista não gravada.

**APÊNDICE J – Síntese da entrevista – M = 8**

*Marina, 26 anos, solteira, do lar, natural de Araguari-MG, procedente de Jardinópolis.*

Todo mundo achava que eu bebia. Na hora que eu vi ela pegando fogo eu não tinha forças para correr, porque quando ela riscou o isqueiro e pôs na roupa, a minha outra filha veio me chamar gritando e eu não conseguia sair do lugar. Liguei para minha mãe e ela que chamou a ambulância e eu fiquei muito triste e meus olhos fechavam, parecia que eu ia dormir, porque só Deus sabe o que eu passei com minha outra filha quando ela fez cirurgia do coração. Mas não é igual. Na hora que o médico falou que ela ia operar eu achei que ela ia morrer, mas eu não chorei, mas eu senti umas coisas muito estranhas, e ela me contou que também sentiu, porque eu achei que ia tirar pele de outras pessoas e colocar nela. Não sei como os médicos e as enfermeiras agüentam cuidar de queimados. Eu me sinto muito mal e muito ruim, por isso que eu saio lá fora e demoro, porque eu conversando eu distraio minha cabeça, eu espero sair logo daqui. Quando eu vejo ela gritando, eu vejo fogo pegando na roupa dela, e quando eu rasguei a roupa e coloquei água, mas mesmo assim tentei ficar na hora do banho e eu não dei conta. Quando eu vejo o jeito que vocês falam eu tenho vontade de ir embora e não voltar nunca mais, mas eu engulo o choro e sei que preciso do tratamento. Quando ela tinha três anos de idade, ela fugiu de casa e já tomou vários remédios. O meu marido acha que eu tenho culpa. Para minha mãe foi um descuido, mesmo porque todos acham que eu continuo bebendo. Quando meu marido veio visitar, ele brigou comigo e já fazia dias que ela estava queimada, ele é caminhoneiro e fica muito tempo fora de casa e ele pouco importa com a gente.

Entrevista não gravada.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)