

# INTERVENÇÕES DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO ÂMBITO DE VÍTIMAS DE QUEIMADURAS - UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

*Hospital Psychologist Interventions in the Context of Burns Victims - A Narrative Literature Review*

**Bianca da Silva Muniz**

Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil  
biancadasilvamuniz@gmail.com

**Thamyres Ribeiro Pereira**

Universidade Católica Dom Bosco - UCDB  
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil  
thamyresribeiro218@gmail.com

**Maria Elisa de Lacerda Faria**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil  
melisalacerda@gmail.com

**Sylvio Takayoshi Barbosa Tutya**

Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil  
sylviotutya@hotmail.com.br

**RESUMO:** No presente trabalho, apresentamos a definição da Psicologia Hospitalar e a possibilidade de inserção profissional diante do tema “psicologia Hospitalar e vítimas de queimaduras”. Tivemos como objetivo identificar as situações vivenciadas por pacientes queimados, e identificar os sentimentos e consequências decorrentes das situações relatadas. Refletimos, também, sobre a formação acadêmica diante desse problema de saúde pública; a realidade social vivenciada; e a inserção de psicólogos no ramo da saúde. Abordamos, contudo, a respeito das práticas profissionais dos psicólogos em políticas públicas (dentro do hospital) e as questões não só sociais como também, culturais e históricas envolvidas nesse processo. Vimos que a saúde, quando pensada pela Psicologia, edifica uma série de regulamentos e modulações que estabelecem o modo como o ser humano deve se relacionar consigo mesmo e com o mundo. Em suma, finalmente, o trabalho apresenta uma visão a respeito da implementação de sistemas de saúde em pacientes vítimas de queimaduras, com foco na dimensão física, psicológica e social.

**Palavras-chave:** Psicologia hospitalar; Psicologia da saúde; Inserção profissional.

**ABSTRACT:** In the present work, we present the definition of Hospital Psychology and the possibility of professional insertion on the theme "Hospital Psychology and burn victims". Our objective was to identify the situations experienced by burn patients, and to identify the feelings and consequences arising from the reported situations. We also reflect on academic

training in view of this public health problem; the social reality experienced; and the insertion of psychologists in the health field. We approach, however, about the professional practices of psychologists in public policies (within the hospital) and not only social but also cultural and historical issues involved in this process. We saw that health, when considered by Psychology, builds a series of regulations and modulations that establish the way human beings should relate to themselves and to the world. In short, finally, the work presents a vision regarding the implementation of health systems in burn victims, focusing on the physical, psychological and social dimensions.

**Keywords:** Hospital Psychology; Health psychology; Professional insertion.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a Revista Brasileira de Queimaduras (2012), as queimaduras fazem cerca de um milhão de vítimas por ano no Brasil, e a assistência de profissionais especializados é pequena, inclusive a do psicólogo.

Procuramos propor uma contextualização da ocorrência das queimaduras, e esclarecer as

causas e definições da mesma. Observando como a principal causa de queimadura os agentes físicos, sendo um deles o fogo. A queimadura acarreta em várias alterações metabólicas e fisiopatológicas que podem comprometer por um grande tempo a vida do paciente.

A atuação do psicólogo tem grande importância no conceito hospitalar. E o setor de queimados necessita desse atendimento e intervenção. Oferecendo apoio essencial para o enfrentamento com a dor física, emocional, existencial, luto e transtornos mentais e psicológicos que podem vir a acontecer.

Então este profissional deve ajudar o paciente no processo de reconhecimento a si mesmo, a realidade, a conseguir se reorganizar interna e cognitivamente.

Empenhamos em esclarecer a atuação do psicólogo no setor de queimados, e também como é a estrutura deste setor no hospital. Indagamos algumas intervenções terapêuticas para minimizar o sofrimento deste paciente.

## 2. MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa de natureza básica e caráter exploratório. Trata-se de uma revisão narrativa da bibliográfica onde não foram aplicadas estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações estão sujeitas à subjetividade. Foi dado prioridade aos artigos e livros que falavam sobre a questão de atuação e intervenção do psicólogo no contexto hospitalar.

A maioria dos artigos encontrados sobre atuação e intervenção do psicólogo no contexto hospitalar continha conteúdo sobre a importância do acompanhamento do profissional de psicologia, tanto para o paciente e para a família, que precisa de adequações para a compreensão do seu novo mundo, e nos livros obtendo conteúdos sobre as definições e conceituações da atuação do psicólogo no contexto hospitalar com pacientes em situação de queimados.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O que se vê então, em pesquisas mais recentes, é que o índice epidemiológico de acidentes com queimaduras está diretamente ligado ao transtorno psiquiátrico e a vulnerabilidade social. Ou seja, há um possível aumento na tendência de ocorrência para uma parcela específica da população. O que incita ainda mais uma reflexão não só em cima de um contexto mental como social e ambiental.

Os traumas queimaduras são definidas como lesões na pele, causadas por fogo, produtos químicos, alguns tipos de animais e vegetais, calor, e radiação. Proporcionando dores fortes, infecções, sequelas e em alguns casos a morte.

Pode ser considerado como principal causador das queimaduras o fogo, embora a eletricidade seja a que cause maior número de mutilação, acarretando perda funcional e anatômica das partes do corpo afetadas.

Os efeitos da queimadura se manifestam de várias maneiras, como: a não existência da eliminação de toxinas, pois não há suor;

formando substâncias tóxicas; dor intensa; perda de líquidos corporais; destruição de tecidos e infecção. Porém a consequência mais preocupante é a quantidade do corpo atingido que se classifica de acordo com a extensão de superfície corpórea queimada, assim chamando de área total queimada (ATSQ). De acordo com a regra dos nove de Wallace, classificasse a área de queimadura como: braço e a cabeça 9% cada, perna 18% cada, o tronco 36% e o pescoço 1%. Uma extensão de queimadura baixa tem em seu total 15% de superfície atingida e é chamada de portadores de queimadura, a média varia entre 15 e menos que 40% e o classificam como grande queimado, e a alta são mais de 40% do corpo atingido pode vir a provocar a morte.

De acordo com “Queimados: alterações metabólicas, fisiopatologia, classificação e interseções com o tempo de jejum”:

Atenção especial deve ser dada às mulheres e obesos quanto ao cálculo da área total queimada que pode induzir a erros flagrantes para a reposição, com estimativas bem menores que o necessário. (LIMA; LIMA VERDE; LIMA FILHO; capítulo 91).

Alguns causadores de queimadura podem ser classificados da seguinte maneira: físicos (Temperatura: vapor, objetos aquecidos, água quente, chama e etc. Eletricidade: corrente elétrica, raio e etc. Radiação: sol, aparelhos de raio x, raios ultra violetas, nucleares e etc.); químicos (Produtos químicos: ácidos, bases,

álcool, gasolina e etc.); e biológicos (Animais: lagarta-de-fogo, água-viva, medusa e etc. E vegetais: o látex de certas plantas, urtiga e etc.).

Avalia-se a profundidade da queimadura da seguinte maneira: 1º grau, da pele ou superficial a queimadura que atinge somente a epiderme ou a pele causando vermelhidão; 2º grau, da derme, ou superficial aquela que atinge toda a epiderme e parte da derme; 3º grau, da derme ou gordura, ou profunda aquela que atinge toda a epiderme, a derme e outros tecidos mais profundos, podendo chegar até os ossos, surgindo a cor preta devido a carbonização dos tecidos.

O percentual de área atingida pela queimadura, a profundidade, sexo e faixa etária são fortes indicativos de gravidade da lesão e sua possível relação com a morte.

### **3.1 Queimados: alterações metabólicas e fisiopatologia**

O metabolismo é um conjunto de transformações e reações químicas que se realizam os processos de síntese e degradação das células. Quando alguém sofre queimaduras de qualquer grau ou tipos acontecem alterações metabólicas e fisiopatológicas.

As alterações metabólicas e fisiopatológicas do queimado que possui maior porcentagem atingida são imediatas. Acontece diminuição do metabolismo, há queda da frequência cardíaca. Após reanimações cardíacas e respiratórias vai se

normalizando com o passar do tempo. O estado de hipermetabolismo acarreta na formação de hormônios protéicos, diminuição da imunidade, e consequente retardo na cura da ferida. Quanto maior a demanda de oxigênio deve dar importância a suplementação para uma melhor cicatrização. Após o trauma da queimadura é causado grandes edemas.

O início desta demanda necessita de tratamento rápido e agressivo, com fechamento das feridas e enxertia de pele, bem como pela alimentação enteral, visando melhorar a imunidade e o processo de cura. Pode ser utilizada para a alimentação do paciente a sonda naso-gástrica e a sonda enteral mesmo que de forma precoce são de extrema importância para a recuperação do paciente. Está também ligada ao estresse do paciente a alta taxa de glicemia e de hormônios proteicos que causam impedimento nas funções imunológicas e na cicatrização. O paciente também pode sofrer infecção por herpes, o que aumenta as chances de mortalidade. Muitos pacientes queimados necessitam de transfusão sanguínea, principalmente os casos que necessitam de enxerto.

Tendo como respostas que devem ser imediatas temos: início imediato de suporte alimentar, procurar estabilizar a hiperdinâmica, controlar a dor, aliviar o nível de ansiedade, controle da temperatura ambiente, e controle de liberação de hormônios para uma melhor cicatrização.

O dano pulmonar provocado pela queimadura resulta de trauma direto, do processo inflamatório

desencadeado, aumento do líquido pulmonar e pela inalação do ar superaquecido. A presença de inalação de fumaça contribui para aumento da mortalidade. Deve-se sempre pensar em intubação traqueal nestes casos, que podem ser complicadas pela situação de alteração ocorrida.

Com a inalação de fumaça deve-se pensar em danos nas vias aéreas e nos tratos respiratórios. Há grande variação de edemas na faringe, no tecido subcutâneo da face e pescoço pela inalação. Pacientes que sofreram queimaduras em ambientes fechados, pequenos, ou em explosões de automóveis tem que sempre existir uma atenção maior para problemas respiratórios.

### 3.2 Um breve histórico de incidências

As queimaduras constituem-se um problema grave de saúde pública no Brasil, segundo Gragnani & Ferreira (2009). Pois, além das sequelas físicas e psicológicas, mobilizam milhares de profissionais em todas as áreas; o que resulta em enormes gastos financeiros para o governo.

A queimadura é um trauma de grande complexidade, de difícil tratamento, multidisciplinar, com alta taxa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, afetando mais de um milhão de pacientes ao ano, e que poderia ser evitado por campanhas de prevenção e divulgação de informações à população. (GRAGNANI; FERREIRA, 2009, p. 92).

Segundo a Revista Brasileira de Queimaduras (2015), no Brasil a estimativa é que ocorram aproximadamente 1.000.000 de acidentes com queimaduras por ano, sendo a população masculina a principalmente acometida; a cozinha doméstica o principal local desses acidentes; e o agente térmico o seu principal causador.

Constatou-se ainda, que nem todas as regiões do País têm serviços para o atendimento ao queimado. Apenas dezoito estados dispõem desse tipo de serviços, presentes em instituições particulares ou públicas – neste último caso, constituem serviços estaduais ou federais. Da audiência pública sobre as políticas públicas para a prevenção às queimaduras e a reabilitação de queimados, realizada, no dia 9 de junho de 2009, na Comissão de Assuntos Sociais (CAS).<sup>1</sup>

Entendemos então que conhecer o perfil das vítimas e o histórico de incidências desse tipo de acidente é tão necessário; pois nos possibilita assim achar através de pesquisas medidas preventivas capazes de reduzir o impacto que esse tipo de acidente acarreta.

Segundo Gragnani & Ferreira (2009), a maioria das queimaduras normalmente ocorre num cenário de baixas condições socioeconômicas e em ambientes pouco seguros (envolvendo crianças sem supervisão de adultos, como resultado de violência interpessoal, e

tentativa de suicídio ou de homicídio). Ocorre com maior frequência em ambiente doméstico ou de trabalho. Outra característica é que os pacientes que sofrem queimaduras representam um grupo heterogêneo, desde indivíduos que necessitam apenas de acompanhamento ambulatorial àqueles que precisam de tratamento em unidade de terapia intensiva. Ou seja, a uma possível representação para esse tipo de acidente, a sazonalidade - onde existem dias, semanas ou períodos em que o número de acidentes são mínimos, até períodos em que todas as unidades de atendimento das queimaduras estão lotadas.

O fato de o Brasil ser um país com extensa desigualdade social e problemas socioeconômicos graves e arraigados faz com que os agentes causadores de queimaduras sejam ainda mais frequentes e persistentes, apesar de campanhas para a prevenção de acidentes.

Além da questão de acidentes domésticos, a utilização de substâncias químicas legalizadas também representa um grave problema de saúde pública, uma vez que está diretamente relacionada à violência doméstica, violência no trânsito, sobrecarga do sistema de saúde e homicídios. No presente estudo, as maiorias dos casos de tentativa de suicídio ocorreram em usuários de drogas ilícitas. E a tentativa de autoexterminio por meio de fogo é uma consequência de bebidas alcoólicas e drogas, e por isso considerado um importante fator de risco (REVISTA BRASILEIRA DE QUEIMADURAS Vol. 14 nº 1 - Jan/Fev/Mar de 2015).

<sup>1</sup> Audiência pública conjunta da Comissão de Assuntos Sociais (23ª Reunião Extraordinária) e da Subcomissão Permanente de Promoção, Acompanhamento e Defesa da Saúde (6ª Reunião Extraordinária, da 3ª Sessão Legislativa Ordinária, da 53ª Legislatura).

Diante dos índices apresentados, conclui-se então que pessoas com abuso de álcool e drogas; e pacientes com transtornos psiquiátricos são as mais expostas às situações de risco. Este alto número de incidência ocorre por pacientes com transtornos psiquiátricos, terem sua competência reduzida por apresentarem distúrbios mentais e serem conseqüentemente mais descuidados. Ou seja, esses indivíduos são os mais vulneráveis a esse tipo de acidente. Desse modo, é fundamental e necessário políticas públicas de educação em saúde, bem como sua intensificação.

Medidas como o Programa Saúde nas Escolas, que visa à formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, poderiam auxiliar na consolidação de conceitos referentes à prevenção de acidentes e consumo de substâncias químicas, uma vez que a conscientização realizada em sala de aula pode ser transmitida por meio dos alunos para suas casas e famílias. (REVISTA BRASILEIRA DE QUEIMADURAS Vol. 14 nº 1 - Jan/Fev/Mar de 2015).

Em suma, além das propostas de intervenção, devemos antes de tudo nos voltar para um trabalho frente a vítima, ou seja, lidar com o usuário que vai procurar ajuda e favorecer a construção de sua autonomia através do vínculo. Isso irá ajudá-lo a ser determinante em sua própria vida, a entender que sua existência é maior e mais importante que a doença e a

reorganizar sua vida através dessa nova forma de viver.

### 3.3 Atendimento ao paciente queimado

Tratamento com pacientes queimados causa lesões corporais, tanto locais quanto sistêmicas. Nesse contexto, o enfermeiro e a equipe de saúde se deparam com diversas situações que necessitem de intervenções de caráter imediato e com técnicas adequadas. Todo paciente que sofre esse tipo de trauma tende a ter suas necessidades básicas prejudicadas, como, por exemplo, oxigenação, hidratação e nutrição, entre outros.

Segunda a revista de queimados (2012) alguns pacientes inalam fumaça ou substâncias tóxicas, o que pode levar a lesões ou até mesmo ao óbito, dependendo do tempo de exposição e do agente agressor. São muito comuns pacientes vítimas de queimaduras apresentarem comprometimento respiratório, que vai desde pneumonia a embolia pulmonar. Mesmo após o atendimento inicial, no qual o paciente começa a receber o tratamento adequado, a equipe de enfermagem deve estar em alerta para sinais de hipoxemia, taquicardia, sudorese e cianose.

Ainda para Smeltzer & Bare (2002), os efeitos locais de uma queimadura são muito evidentes, mas devemos lembrar que os efeitos sistêmicos comprometem um maior risco de vida ao paciente, portanto a realização do ABC do trauma é feito no local o mais rápido possível, verificando as vias aéreas, respiração e circulação.

O enfermeiro deve estar atento durante a avaliação do sistema circulatório, detectando algumas alterações que podem acontecer de forma súbita ou gradual. Logo após devem ser monitorizados o pulso apical e a pressão arterial.

### **Técnicas anestésicas**

A princípio todas as técnicas anestésicas podem ser indicadas no paciente queimado. Entretanto, a anestesia geral é mais amplamente utilizada, pelas características próprias do queimado. Na balneoterapia que consiste em banhos diários com duchas de água corrente, realizados em mesas apropriadas de aço inox ou fibra de vidro com sistema de drenagem descendente com objetivo de promover a limpeza da lesão através da aplicação de água corrente e/ou desbridamento mecânico do tecido desvitalizado. Evitando assim a desinfecção da área queimada (através da aplicação de antissépticos), contribuindo para a prevenção da infecção no doente queimado, por redução ou eliminação de agentes patogênicos na ferida; com a finalidade de evitar a resistência microbiana.

### **Balneoterapia sob anestesia**

São utilizadas drogas anestésicas, sendo imprescindível o acompanhamento médico. O objetivo é promover hipnose, amnésia e analgesia para que a balneoterapia tenha um resultado eficaz. As drogas utilizadas são: midazolam e cetamina. As vantagens do procedimento de balneoterapia sob anestesia é o alívio da dor, melhor realização do curativo, permite uma

melhor avaliação da superfície corporal queimada (SCQ), intervenção cirúrgica como escarotomia ou fasciotomia, procedimentos invasivos ou desconfortáveis, manobras fisioterápicas, primeiro curativo após a queimadura e o primeiro após enxerto de pele.

### **Balneoterapia sob analgesia**

Caracterizada pelo banho diário do paciente seguido de procedimentos de limpeza, desbridamento dos tecidos desvitalizados, higienização e curativos sob analgesia. Utiliza como analgésico para adultos a morfina endovenosa, dose de 10 mg diluída em 9 ml de ABD, 20 a 30 minutos antes do banho. A lavagem em jatos de água corrente e uso de sabão neutro permite uma limpeza mecânica dos detritos e secreções assim como uma diminuição da população bacteriana. Terminado o banho, é realizado o curativo oclusivo aplicando pomada de sulfadiazina de prata 1% nas áreas não enxertadas, e óleo a base de ácidos graxos essenciais (AGE) em áreas pós-enxertos ou já cicatrizadas. A cada banho, é realizada a limpeza da banheira da sala de balneoterapia com água e sabão e a desinfecção com álcool a 70% sob fricção. Após a limpeza e desinfecção e antes do uso, a banheira é revestida com uma película de filme plástico protetor. O paciente queimado é portador de dor intensa e que necessita de forte tratamento com analgésicos e anestésicos para conforto durante e após intervenções cirúrgicas.

### **3.4 O papel do Psicólogo na Unidade de Queimados**

Segundo (Alfredo Simonetti 2004) Psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado ‘doença’ presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais. A psicologia Hospitalar não trata apenas das doenças como causas psíquicas, classicamente denominadas “psicossomáticas”, mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença.

Sobre a atuação do psicólogo, é possível notar mudanças no âmbito hospitalar em comparação às décadas passadas, isso vem acontecendo pelo avanço da Psicologia Hospitalar, onde os serviços oferecidos vêm acompanhados de práticas humanizado nos hospitais. Dentro de vários benefícios, o profissional de psicologia oferece a continuidade da adesão do paciente, onde apresenta resultado direto na qualidade e no avanço da recuperação das vítimas de queimaduras.

Indivíduos adultos, crianças e idosos, devem se beneficiar do atendimento psicológico no ambiente hospitalar. O psicólogo se torna essencial para apoiar o paciente e seus familiares, esclarecer a abrangência do acontecimento, informar e acompanhar o paciente e sua evolução acerca dos aspectos clínicos e emocionais, pois é de suma importância tanto o paciente quanto seus

familiares a compreensão da condição futura do paciente. O apoio do psicólogo hospitalar é essencial para que o paciente queimado venha a conseguir enfrentar a dor física e emocional. Ao enfrentamento do luto e as perdas vivenciadas o trabalho do profissional é assertivo pelo trabalho acolhedor, cuidadoso e sistemático, onde trabalhará para que o paciente fortaleça o reconhecimento de si mesmo, da realidade e em sua reorganização interna e cognitiva, nessa nova condição do que sobrou de si e de seu corpo após o acidente de queimadura.

O intermédio da psicologia auxilia a aceitação do paciente ao tratamento, proporciona nossas técnicas de manejo da dor, propicia também uma troca entre a equipe interdisciplinar, sendo assim, ajuda na compreensão da importância do tratamento ser mais harmonioso e humanizado das demandas do ambiente hospitalar. Um ponto importante no papel do psicólogo hospitalar reflete sobre os custos da hospitalização, através do acompanhamento aos pacientes, o número de dias internados é reduzido, a adesão do tratamento e a aceitação dos medicamentos são satisfatórias, refletindo também no enfrentamento contra a dor.

A preparação da família na primeira visita é importante, por isso é importante que os profissionais de saúde estejam aptos a explicar o que deve ser esperado, pois é natural os membros da família estarem assustados com a situação, sendo assim, permanecem quietos com sentimentos negativos, como a desesperança. A família acaba sendo importante para o tratamento



no processo de informações, contribuindo sobre a relação familiar e social do paciente. O fornecimento de orientações da equipe de saúde à família tem papel importante para a diminuição da ansiedade das pessoas próximas ao paciente.

O contato do paciente com os familiares é muito significativo, pois os membros da família tem grande importância no processo de restabelecimento, pois o tratamento de queimaduras envolve muita dor, onde o paciente pode ficar por um longo período na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esse período faz com que exista o distanciamento dos familiares levando-os ao sofrimento e a necessidade de adaptação perante a nova necessidade. O psicólogo neste momento deve orientar a família a exercer comportamentos positivos quando estão juntos ao paciente, pois é natural os familiares associarem tristeza, baixa autoestima, e solidão os sentimentos do queimado.

Na Enfermária, o psicólogo tem uma rotina pré-estabelecida. Tem acesso aos prontuários do pacientes, isso faz com que o início de sua rotina seja o colhimento das novas internações, analisando os dados dos prontuários, causa do acidente, perguntando aos profissionais de saúde presentes se há algum caso que deva ser analisado especificamente e se há alguma alta prevista. Após o recolhimento dos dados do dia, o psicólogo deve visitar cada paciente fazendo as intervenções necessárias. No seu primeiro contato com o paciente internado, o psicólogo deve investigar a causa do acidente, se já foi internado antes, se existe alguma outra deficiência mental ou

física, qual a situação social do internado (onde mora, trabalha...), situação familiar (casado ou solteiro, com filhos), caso o paciente seja criança, averiguar o desenvolvimento físico e cognitivo. É importante também que o psicólogo averigue as situações do paciente dentro do hospital, se está dormindo bem, comendo e seus sentimentos perante a internação.

Após a alta da enfermária o paciente entra em um tratamento ambulatorial, o paciente volta ao hospital para acompanhamento da seqüela e curativos. No tratamento ambulatorial de psicologia, o paciente recebe ajuda para se reestruturar e reabilitar socialmente. O psicólogo ajuda o paciente a aceitar o novo corpo após o acidente, muitas vezes com seqüelas, mutilações ou limitações motoras. É frequente um período de angústia e depressão à medida que o paciente inicia o processo de reassumir sua vida fora do hospital. (GARRIDO 2005, apud Cooper, 1993).

### **A autoimagem e os danos psicológicos**

As lesões por queimaduras encontram-se entre os tipos de traumas, um dos mais dolorosos, justamente por ser um trauma de grande complexidade e de difícil tratamento; pois além dos danos físicos, há também as respostas emocionais. E apesar de o tratamento ter evoluído ao longo dos anos e conseqüentemente a expectativa de vida desses pacientes terem aumentado, ainda sim, não os poupam das experiências traumáticas e dolorosas.

Segundo Cristina (2010) às queimaduras graves muitas vezes resultam em agravos

duradouros ou permanentes à saúde, perda ou redução de capacidade funcional, sequelas físicas e estéticas e podem reverter em danos psicológicos. Configuram-se, pelos comprometimentos envolvidos, como uma condição crônica de saúde e exigem assistência específica para a reabilitação.

Os danos causados por uma queimaduras são então inúmeros – sequelas físicas e psicológicas, além da enorme dificuldade de se inserir novamente na sociedade. Os pacientes se veem diante de diversas dificuldades, que os preocupam e que exigem deles muita força e paciência. Sendo assim, se sentindo muito abalado e frágil acaba se tornando propício a transtornos psicológicos diversos.

Segundo (Medeiros; Kristensen e Almeida, apud Keane e cols 2006) muitos pacientes com queimaduras podem carregar marcas evidentes de seu acidente, as quais têm implicações psicológicas, sociais e econômicas. Descrevem ainda que, pacientes com fortes sintomas depressivos no momento em que deixam o hospital, tendem a apresentar maiores complicações, do que durante sua fase de reabilitação. Isso ocorre porque com a volta para casa, acabam sendo obrigados a encarar uma nova forma de vida; a sociedade e as dificuldades de adaptação que os casos mais graves exigem. Portanto, ressalta-se a importância do manejo psicológico dos pacientes quando ainda estão internados no hospital.

Ou seja, quando a perda ou as transformações físicas atingem uma porcentagem elevada no corpo, isso acarreta diretamente na imagem que a pessoa vai ter de si mesma e na condição de vida que essa pessoa passará a ter. Isso ocorre porque a autoimagem é a parte descritiva do conhecimento que o indivíduo tem de si próprio, ou seja, é a descrição que a pessoa faz de si mesma. E esse conhecimento tem acima de tudo, também uma parte valorativa, que é a autoestima; e a partir do momento que essa autoestima é abalada, faz com que a pessoa já não se reconheça como deveria.

Ainda hospitalizado, o paciente já se preocupa com as sequelas da queimadura, e seus familiares, parceiros importantes no processo de reabilitação, também demonstram preocupação, além de apresentarem sinais de ansiedade, depressão, culpa e medo. (CRISTINA, 2010 Abr/Jun; 15(2):209-16).

O valor do indivíduo perante a sociedade vincula-se ainda a sua capacidade de trabalhar, da qual depende também a realização pessoal, o que acaba sendo por vezes prejudicada em decorrência da queimadura.

Sobre os efeitos a longo-prazo dos ferimentos por queimaduras envolvem períodos de avaliação que variam de uns poucos meses a muitos anos após a hospitalização. Porém, segundo Medeiros; Kristensen e Almeida (2009) suas pesquisas mostram que são vários os tipos de transtornos psicológicos que acometem os pacientes que sofrem de queimaduras, sendo a

depressão e os transtornos de ansiedade as patologias mais citadas; e que a ansiedade e a depressão comumente ocorrem juntas; sendo O TEPT (Transtorno de estresse pós-traumático) o transtorno de ansiedade mais comum, ou seja, com prevalência significativa.

A entrada da Psicologia nesse contexto se torna então de suma importância, uma vez que os psicólogos podem desempenhar relevante papel na elaboração de políticas públicas eficientes voltadas para esse tipo de paciente. Vinculado a essa ideia é preciso uma constante aperfeiçoamento na qualificação de profissionais e um foco maior na conscientização social, com o objetivo de sensibilizarem-se a partir da ideia de singularidade e não de homogeneização.

Portanto, buscar no processo de desenvolvimento do tratamento a ampliação das capacidades, habilidades e recursos pessoais das vítimas de queimaduras. Com o intuito de diminuir o sofrimento não só físico, como psíquico; e facilitar na independência das pessoas em situação de vulnerabilidade, frente à diversidade de condições e às necessidades presentes no cotidiano. Em suma, faz-se importante, explicitar os valores que orientam a atuação profissional e as implicações políticas e sociais dos mesmos.

### **3.5 Equipe de saúde e o brincar da criança com queimaduras**

As instituições hospitalares causam um grande impacto na vida da criança que vivencia

uma fase de sofrimento físico e psicológico. Existe a necessidade de estruturar os ambientes hospitalares com recursos lúdicos para facilitar o acolhimento à criança, que, por muitas vezes, encontra-se assustada e agressiva, quando o ambiente não proporciona ambientes adequados para a expressão e convívios sociais, isso poderá representar um fator de risco para o desenvolvimento do mesmo. A assistência psicológica à criança hospitalizada deve ser realizada com o propósito de minimizar os efeitos nocivos provocados pelo adoecimento, buscando preservar os aspectos saudáveis do universo infantil por meio de recursos lúdicos.

Diante do trauma físico e psicológico ocasionado pela queimadura, a criança vivencia o período de hospitalização numa unidade fechada, com as limitações e regras da instituição, o que facilita o surgimento de sintomas de ansiedade relacionados à condição clínica e imagem corporal. Destaca-se que a ausência de atividades lúdicas na unidade de queimados pode propiciar o início de crises de pânico quando a criança é submetida ao tratamento da área queimada. Diante dessas repercussões psicológicas, os projetos lúdicos representam recursos facilitadores para a promoção da saúde, principalmente quando os profissionais das unidades de pediatria hospitalar priorizam a implantação dessa estratégia para auxiliar a recuperação da criança (Lindquist, 1993).

O brincar no hospital auxilia a criança na utilização de estratégias cognitivas e comportamentais com o objetivo de reduzir os

níveis de ansiedade, podendo auxiliar no emocional e no manejo das situações de estresse. Nota-se que as atividades lúdicas valorizam a dimensão humana, o estabelecimento da comunicação e a construção de habilidades sociais.

Os benefícios da função terapêutica no hospital são criatividade e recuperação da saúde e o desenvolvimento de aspectos criativos da criança e as repercussões positivas nos fatores fisiológicos e psicológicos.

A criança brinca por motivação intrínseca, porém aquela que sofre queimadura muitas vezes rejeita o brinquedo e a atividade de brincar, faz-se importante rever esta relação criança-brinquedo dentro da reabilitação da vítima de queimadura, não apenas como recurso terapêutico, mas também com elo de interação da criança consigo, com o outro e com o meio. Ao falar deste desenvolvimento integral da criança, o terapeuta ocupacional deve incluir, portanto, atividades que proporcionem experiências socioafetivas, intelectuais, sensoriais e motoras, porque considerar apenas o tratamento médico em detrimento do aspecto emocional da criança é o mesmo que retardar a sua cura.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi compreendido que pacientes vítimas de queimadura não possuem somente a dor física e que existem inúmeros fatores agindo sobre um indivíduo. A dor psíquica reflete sobre todo o corpo, percebendo assim a relação entre a

subjetividade e a dor que o paciente sente durante a tragédia, hospitalização e nos momentos que antecedem o final do seu tratamento. Existe um misto de emoção, pois é levando em conta a história do paciente, suas interpretações pessoais sobre o momento, e outros fatores que podem ser considerados culturais e sociais.

É fundamental para o tratamento da vítima de queimadura uma equipe interdisciplinar que proporcione um tratamento adequado, onde sinais de transtornos psicológicos sejam identificados brevemente pelos profissionais de saúde. Pessoas que sofrem queimaduras ficam vulneráveis e abaladas pela situação, envolvendo também dificuldades psicológicas após a internação, pois o retorno à vida normal não cabe mais a estes pacientes, podendo a vir desenvolver algum tipo de transtorno psicológico. Neste caso, é de extrema importância o acompanhamento do profissional de psicologia, tanto para o paciente e para a família, que precisa de adequações para a compreensão do seu novo mundo.

O paciente queimado tem maior qualidade de vida a partir de estrutura física de hospitais, equipes de saúde, apoio da família e compreensão social. Sendo assim, o psicólogo que introduzir suas técnicas e compreender o sofrimento da pessoa vítima de queimadura, possibilitará estímulos e confiança tanto para a recuperação física e mental do paciente.

Foi assimilado que a afetividade é fundamental para o psiquismo, e que existem subjetivações em torno do sujeito. Deve-se ter

maior compreensão em torno desse sujeito principalmente socialmente. Segundo Silvia Lane, O ser humano é um todo – fisiologia e psicologia são manifestações de uma mesma totalidade. Assim como as funções fisiológicas estão integradas, também as psicológicas interagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRISTINA, M. S; APARECIDA, L. R.; APARECIDA, R. S. D; FERREIRA, L.T. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. *Cogitare Enferm.* 2010 Abr/Jun; 15(2): 209-16

DOS SANTOS, Débora et al. As representações sociais dos familiares frente aos sentimentos dos pacientes queimados hospitalizados. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 16, p. 104-108, 2007.

FIRMINO, J. Contribuições da psicologia ao paciente queimado. In: GOMES, D.O.; SERRA, M.C.; PELLOW, M.A. *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

GARRIDO, M.M.R. (2005). A atuação do psicólogo e o processo subjetivo da dor em um paciente queimado. *Monografia de Graduação de Psicologia*. Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

GRAGNANI, Alfredo; FERREIRA, Lydia Masako. Pesquisa em queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2009;8(3):91-6

Lane, S. T. M. (1999). Os fundamentos teóricos e conclusões. In S. T. M. Lane & Y. Araújo (Eds.), *Arqueologia das emoções* (pp. 11-33, 119-120). Petrópolis, RJ: Vozes.

LIMA, Oziel de Souza. et al, *Queimados: alterações metabólicas, fisiopatologia, classificação e interseções com o tempo de jejum*. Cap 91.

Lindquist, I. (1993). *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. São Paulo: Scritta.

MEDEIROS, Letícia Galery; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; RIGOLI, Marcelo Montagner e KRISTENSEN, Christian Haag. Transtornos psiquiátricos em pacientes vítimas de queimaduras. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2012, vol.14, n.2, pp. 56-65. ISSN 1516-3687.

MEDEIROS, Letícia Galery; KRISTENSEN, Christian Haag; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura. *Aletheia*, Canoas, n. 29, jun. 2009.

Oliveira TS, Moreira KFA, Gonçalves TA. Assistência de enfermagem a pacientes queimados. *Rev.Bras Queimaduras*. 2012; 11(1): 31-37

Ricci FPFM, Gonçalves AC, Zampar AC, Gomes AD, Guirro ECO, Fonseca MCR, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com queimaduras em membros superiores atendidos em uma unidade de queimados terciária. *Ver Bras Queimaduras*. 2015; 14(1): 10-13.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual de psicologia hospitalar*. Casa do Psicólogo, 2004.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Souza Lima, O., Limaverde, F. S., & de Souza Lima Filho, O. *Queimados: alterações metabólicas, fisiopatologia, classificação e interseções com o tempo de jejum*.

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. *Campus Universitário*, Trindade, 88040-500, Florianópolis, SC, Brasil.