

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**

**Curso de Psicologia**

**Renata Ponce de Leon Ieno**

**PARA ALÉM DO CONTORNO DA PELE: OS DESAFIOS DO  
PSICÓLOGO HOSPITALAR NO ATENDIMENTO AO PACIENTE  
QUEIMADO**

**São Paulo**

**2017**

**Renata Ponce de Leon Ieno**

**PARA ALÉM DO CONTORNO DA PELE: OS DESAFIOS DO  
PSICÓLOGO HOSPITALAR NO ATENDIMENTO AO PACIENTE  
QUEIMADO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Psicologia do  
Centro Universitário São Camilo,  
orientado pela Profa. Paula Penatti  
Maluf, como requisito para obtenção do  
título de Bacharel em Psicologia.

**São Paulo**

**2017**



**Renata Ponce de Leon Ieno**

**PARA ALÉM DO CONTORNO DA PELE: OS DESAFIOS DO  
PSICÓLOGO HOSPITALAR NO ATENDIMENTO AO PACIENTE  
QUEIMADO**

São Paulo, 31 de Maio de 2017.

---

Professora Orientadora Paula Penatti Maluf

---

Professor Examinador Ari Alves de Oliveira Júnior

Dedico a todos aqueles que sofreram de alguma maneira pela queimadura.

Pacientes e familiares, toda minha solidariedade e respeito.

Obrigada pai, mãe e Gui por nunca deixarem de acreditar em mim.

*Colocando o corpo como depositário das fantasias inconscientes, até onde o corpo aguenta? O que suporta um corpo, tanto naquilo que ele suporta no sentido do sofrimento, como no seu funcionamento como esteio da linguagem? (RIBEIRO, 2010, p.61).*

leno, Renata Ponce de Leon. **Para além do contorno da pele: Os desafios do psicólogo hospitalar no atendimento ao paciente queimado**.2017. 76 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo,2017.

As ocorrências de queimaduras apresentam altos índices no Brasil, sendo evidente a necessidade de conhecimentos técnico-científicos, bem como profissionais de saúde especializados neste setor. A importância do psicólogo é iminente, haja vista que as experiências de dor física e emocional do paciente queimado são disruptivas e dilacerantes. Destarte, os abalos sofridos devidos a estas experiências traumáticas podem comprometer significativamente o psiquismo dos indivíduos acometidos por tais infortúnios.

O presente estudo constitui-se como uma revisão bibliográfica acerca das vivências traumáticas em pacientes queimados. Tem como objetivo abordar aspectos clínicos, impactos psíquicos referentes às percepções e sentimentos de tais construções emocionais, salientando a necessidade da atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Tratamento de Queimados. O profissional desta área realiza assim uma escuta diferenciada, fornecendo acolhimento, suporte e conforto na travessia da hospitalização compreendendo o adoecimento nas esferas do simbólico. Tendo em vista ser este um momento de fragilidade emocional, fornece elementos que viabilizam o processo terapêutico, já que estes sujeitos enfrentam situações dolorosas, procedimentos invasivos, e experienciam distanciamento de seu contexto social, profissional e familiar.

O trabalho realizado pelo serviço de psicologia em Unidade de Queimados visa diminuir e amenizar as possíveis sequelas psicológicas e a dor contida nestas vivências, fazendo com que o sujeito possa recorrer a recursos internos de enfrentamento durante seu processo, ressignificando-o, a julgar pela diversidade experiencial. Com o apoio psicológico é possível que o paciente tenha diminuição e alívio em seu sofrimento além de ser apresentado a outras formas de pensar e sentir a vivência traumática com possibilidades de dar novos significados a esta experiência.

Conclui-se a partir do argumento de que a intervenção do psicólogo neste setor contribui para a viabilização da saúde mental do paciente assistido, além de promover adaptabilidade a uma nova realidade. Perspectiva-se aqui a imprescindível ampliação de serviços além da compreensão de um trabalho interdisciplinar e integrado devido a significativa demanda nas unidades de queimados no país. A psicologia hospitalar, portanto, vem a acrescentar e contribuir de forma essencial a partir dos diferentes prismas com os quais compreende o sujeito, considerando o ser humano em suas múltiplas dimensões, biopsicossocial.

Descritores: Adaptação psicológica, psicologia hospitalar, psicólogos, queimaduras - psicologia, unidades de queimados.

leno, Renata Ponce de Leon. **Beyond the contour of the skin: The challenges of the hospital psychologist in the care of the burned patient.**2017. 76 p. Dissertation (Graduation in Psychology) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo,2017.

The incidence of burn injuries is high in Brazil and the need of technical and scientific knowledge, as well as specialized health professionals for this segment, is evident. The psychologist's relevance is imminent given that the experiences of physical and emotional pain in patients with burn injuries are disruptive and pungent. Thus, the shocks resulting from these traumatic events might cause significant impairment to the psyche of subjects who experienced these adversities.

This study is a literature review of traumatic experiences in subjects with burn injuries. The study aims to address clinical aspects and psychological impacts in perceptions and emotions arising from these emotional constructions, reinforcing the relevance of the role of a hospital psychologist in Burn Treatment Units. Professionals who work in this field conduct differentiated listening and provide comfort and support during the hospitalization period, under the perspective of the illness from the scope of a symbolic psychology. As that is a moment of emotional fragility, the professional provides elements that make the therapeutic process feasible because these subjects have coped with painful situations, invasive procedures, and suffer from social, professional, and family withdraw.

The activity developed by the psychology service in the Burn Treatment Unit aims to reduce and mitigate possible psychological sequela and pain implicated in these experiences. It allows the subject to seek for internal resources of emotional adjustment during his/her therapeutic process, reconstructing its meaning based on experiential diversity. With psychological support, the patient might have his/her suffering decreased and obtain relief in addition to finding other ways of thinking and feeling the traumatic experience, which may lead to possible new meanings from that experience.

To sum up, we consider that the intervention of the psychologist in this field helps the assisted patient regain his/her mental health, in addition to promoting patients' adaptability to a new reality. We also put in perspective the crucial necessity of the expansion of the services to an understanding that goes beyond the interdisciplinary and integrated work due to its significant need in the Burn Treatment Units in Brazil. Hospital psychology, therefore, adds elements and makes essential contributions using different aspects to understand the subjects and takes into consideration human beings in their multiple dimensions, namely, the biopsychosocial approach.

**Keywords:**

Psychological adaptation, hospital psychology, psychologists, burns - psychology, burn units.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVO</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>14</b>
<b>3.METODOLOGIA</b> .....	<b>15</b>
<b>4.QUEIMADURAS</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1 ASPECTOS CLÍNICOS</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2 AGENTES CAUSADORES</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3 CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS</b> .....	<b>20</b>
<b>4.4 PROTOCOLOS DE TRATAMENTO</b> .....	<b>24</b>
<b>5. DINÂMICA EMOCIONAL DO PACIENTE QUEIMADO</b> .....	<b>28</b>
<b>5.1 PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO</b> .....	<b>28</b>
<b>5.2 PÚBLICO INFANTIL</b> .....	<b>32</b>
<b>5.3 MARCAS CORPÓREAS</b> .....	<b>34</b>
<b>5.4 IMAGEM CORPORAL</b> .....	<b>35</b>
<b>5.5 AUTOESTIMA</b> .....	<b>37</b>
<b>5.6 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS DURANTE A INTERNAÇÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>6. PSICOLOGIA HOSPITALAR EM UNIDADE DE QUEIMADOS</b> .....	<b>44</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>64</b>





## 1. INTRODUÇÃO

A escolha da temática do presente estudo fora elencada em função da escassez de pesquisas voltadas ao suporte psicológico prestado ao paciente queimado. Surge da necessidade de aprimoramento teórico no âmbito da saúde mental, ressaltando a necessidade e carência de materiais que visem o cuidado e promoção de saúde destes indivíduos. Objetiva a colaboração no domínio técnico-científico, social e profissional através do trabalho clínico do psicólogo, de forma que possa promover maior acolhimento e apoio ao sofrimento do indivíduo hospitalizado em Unidades de Queimados. Os tratamentos oferecidos para estes sujeitos representam profundos desafios aos profissionais e para além disto, aponta para a imprescindível necessidade de interação entre a equipe para adaptação as demandas e aos devidos cuidados prestados aos sujeitos. No Brasil perseveram índices alarmantes e parco suporte especializado com limitado número de Centros de Tratamento de Queimadura, bem como insuficiência de profissionais capacitados voltados a esta necessidade. Em território nacional os dados ressaltam a imprescindível carência do apoio técnico devido as altas taxas de ocorrência no país. Em grande parcela dos casos os acidentes acontecem em ambiente domiciliar, através da manipulação inadequada de álcool e líquidos superaquecidos pelo público infantil. Os idosos também demonstram um grupo de alto risco devido a possíveis comprometimentos motores, na capacidade reativa e limitações físicas próprias da idade. De acordo com Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes nas Crianças, em 2004 ocorreram cerca de noventa e seis mil óbitos de indivíduos menores de vinte anos de idade em todo o mundo em decorrência de acidentes relacionados a incêndio. Tais infortúnios causam impactos severos, pois representam longos períodos de reabilitação e retorno as atividades além de abalos psicossociais.

Conforme apontamento da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde (2012), os casos de queimaduras representam um agravo significativo à saúde pública. Em 2010, ocorreram mil duzentos e oitenta e três internações em UTI e destes, duzentos e trinta e três

vieram a óbito. Em 2011, foram registradas mil quatrocentos e trinta e sete internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de Queimados, sendo duzentos e cinquenta óbitos, quase dezoito por cento das internações. O Brasil disponibiliza apenas quarenta e cinco unidades hospitalares habilitadas na assistência às vítimas de queimaduras, apontando, portanto, a necessidade de serviços voltados para este setor.

A Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina aponta que os Estados com maior número de vítimas são por ordem, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná tendo como agente principal das causas das queimaduras, cerca de trinta e sete por cento os líquidos superaquecidos, em sua maior parte em domicílio, e a faixa etária mais acometida são crianças de até doze anos de idade, representando um índice de trinta e três por cento das ocorrências. Gomes (2001) refere que dois terços dos acidentes com queimaduras ocorrem em domicílio, atingindo em maior índice, adolescentes (líquidos combustíveis) e crianças (líquidos superaquecidos). A população infantil acima de três anos representa vinte por cento das queimaduras no país, ocasionadas por chama direta em decorrência da combustão do álcool.

O tratamento prestado ao paciente queimado vai além do cuidado físico, ultrapassa as barreiras tangíveis dos aspectos externos. Envolve questões emocionais relacionadas a dor, perda da autoestima, enfrentamento de alterações biopsicossociais, readaptação social, elaboração do luto do antigo corpo e traumas relacionados ao sofrimento experienciado. Dentre os impactos observados nestes pacientes, além do choque do acidente, enfrentam procedimentos invasivos e dolorosos durante a hospitalização os quais são envoltos por extrema dor e fragilidade emocional. As lesões por queimaduras são consideradas altamente agressivas, pois causam impactos de ordem física e psicológica. Em relação aos distúrbios físicos, tem-se alterações metabólicas, perda de volume de líquidos, risco para infecção, dor, e quanto aos abalos psicológicos, observa-se a separação da família, deformidades corporais, e dependência de cuidados (SANTOS et al., 2009, apud PEREIRA; DUTRA; LONIEN,2010, p.11).

Neste contexto, se faz imprescindível a atuação do psicólogo hospitalar em Unidade de Queimados, sendo necessário, portanto, um acolhimento e suporte psíquico para que o paciente consiga ultrapassar este momento com maior qualidade e conforto possíveis, reduzindo o potencial de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e uma maneira mais adaptativa para ressignificar a experiência da queimadura. Ao psicólogo também é indispensável dar suporte aos familiares do indivíduo internado, já que suportam o ente querido situado em um processo doloroso, podendo apresentar profundo desequilíbrio emocional e aproximação da perda. Além disto, a equipe de saúde beneficiar-se-á deste serviço, pois deparam-se com situações de sofrimento intenso que vão de encontro com a própria fragilidade e o lado humano de cada profissional.

Este trabalho é uma contribuição na tentativa de preencher esta lacuna, salientando-se a escuta psicológica do sofrimento de pacientes vítimas de queimadura de forma a auxiliar em sua recuperação física e emocional. O psicólogo pode fornecer um espaço de acolhimento favorecendo a elaboração das demandas de sofrimento, e por conseguinte, validar esta experiência traumática lhe conferindo significados mais producentes.

Nos capítulos a seguir são apresentados questões e apontamentos pertinentes a temática, visando o estudo e entendimento dos desafios ao psicólogo hospitalar. No primeiro capítulo, são examinados os aspectos físicos da queimadura, graus, tipos, causas e classificações, além de procedimentos e tratamentos prestados ao paciente queimado. Desta forma, busca-se uma aproximação a questão do sofrimento físico envolvido nos casos de queimadura, que nos é relevante na medida em que qualifica o sofrimento psíquico também. O segundo capítulo aborda os aspectos psicológicos nos pacientes com queimaduras, os comprometimentos emocionais, as possíveis patologias psíquicas que podem ser desenvolvidas durante a hospitalização e devido à experiência traumática. O terceiro capítulo descreve o trabalho do psicólogo hospitalar, suas funções, dinâmica profissional dentro do Hospital e sugestões de protocolos especializados em centros de tratamento específicos para o público adulto e pediátrico. Por fim, relata-se a necessidade do conhecimento dos procedimentos diários de tratamento e psicotrópicos administrados, para

que o psicólogo possa realizar o devido manejo clínico adequado às demandas do paciente queimado. Ademais, ressaltar a fundamental relevância deste profissional em Centros de Tratamento de Queimadura.

## **2. OBJETIVO GERAL**

- Demonstrar a relevância da atuação e manejo psicológico em Unidades de Queimados.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Compreender o processo de queimadura, no que tange tanto aos aspectos físicos quanto aos emocionais.
- Investigar os impactos da queimadura no paciente, familiares e equipe de Saúde.
- Dissertar sobre o trabalho do psicólogo hospitalar em Unidades de Queimados.

### 3. METODOLOGIA

A construção do presente trabalho culminou em uma pesquisa qualitativa, descritiva, localizada na área da Saúde cujo relatório produziu este trabalho de conclusão do curso de Psicologia do Centro Universitário São Camilo. Foi realizado um trabalho minucioso, através de levantamento bibliográfico em bases de dados, livros e materiais científicos relacionados ao tema, em diferentes bibliotecas. Segundo Echer (2001), as referências de base serão eficazes na escolha do tema a ser abordado, delimitando questões pontuais, na abertura de ideias, sustentação teórica, apoio de decisões no estudo, conhecimento de autores frente ao tema, atualização de conteúdo e esclarecimento de problemáticas apontadas e trabalhadas no trabalho.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2002, p.42).

Para a realização deste material foi realizada revisão bibliográfica em meio a buscas nas bases de dados SciELO, Bireme, BVS e LILACS, com critérios de referências na língua portuguesa e inglesa, a partir do entrelaçamento dos descritores obtidos via DeCS, "adaptação psicológica", "psicologia hospitalar", "psicólogos", "queimaduras - psicologia", "unidades de queimados", no período de 1960 a 2017. Além disto, utilizou-se revistas científicas e livros a respeito do tema.

Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados os conteúdos voltados aos impactos e comprometimentos psicológicos em pacientes queimados. Contudo, devido à escassez de materiais relacionados ao tema, foram incluídos estudos de outras áreas da saúde, como enfermagem, medicina, entre outros, para que assim, a pesquisa fosse sustentada em diferentes

referenciais teóricos, enriquecendo o olhar para a compreensão biopsicossocial destes pacientes.

Os dados encontrados foram relatados e relacionados com uma articulação teórica através das informações levantadas durante toda a execução da pesquisa.

## 4. QUEIMADURAS

### 4.1 ASPECTOS CLÍNICOS

As queimaduras apresentam índices anuais elevados em todo o mundo, com altas taxas de ocorrência de óbito, além de ferimentos e comprometimentos graves às vítimas acometidas. De acordo com Peck (2011, p.1),

Globalmente em 2004, a incidência de queimaduras graves foi suficiente para exigir atenção médica de quase 11 milhões de pessoas e ficou em quarto lugar em todas as lesões, superior à ocorrência de tuberculose e por HIV. Felizmente, embora queimaduras e incêndios respondam por mais de 300.000 mortes por ano em todo o mundo, a grande maioria das queimaduras não são fatais\* (tradução nossa).

No Brasil os marcadores revelam números de grande escala relacionados ao problema em questão, apontam para a necessidade do olhar direcionado a questões pertinentes à saúde pública, preparo da equipe de saúde através do suporte especializado aos indivíduos lesionados, bem como Centros de Tratamentos específicos com estruturas e equipamentos adequados. Gomes (2001) citado por Pereira; Dutra e Lonien (2010, p.11) afirmam que no país é estimado anualmente um milhão de acidentes por queimaduras, sendo que cem mil pacientes procuram atendimento hospitalar e, destes, em média dois mil e quinhentos irão a óbito de forma direta ou indireta em decorrência de seus ferimentos.

---

\*Globally in 2004, the incidence of burns severe enough to require medical attention was nearly 11 million people and ranked fourth in all injuries, higher than the combined incidence of tuberculosis and HIV infections. Fortunately, although burns and fires account for over 300,000 deaths each year throughout the world, the vast majority of burns are not fatal.

Desta forma defendemos a importância do estudo e compreensão da temática, através da continuidade de pesquisas e levantamentos de dados para possíveis projetos, planos de remediação e prevenção de acidentes. Conforme apontamentos estatísticos, as lesões por fogo são as de maior ocorrência, principalmente em países em desenvolvimento. Danilla (2008) refere que os acidentes relacionados ao fogo foram responsáveis por trezentas e vinte e duas mil mortes no mundo em 2002, em maior concentração nos países em vias de desenvolvimento.

A mensuração destes dados é passível de ser observada através dos dados coletados abaixo conforme a *WHO Global Burden Disease Database*, em 2002:

NÚMERO DE MORTES E TAXAS DE MORTALIDADE ESTIMADAS SEGUNDO REGIÃO DA OMS E NÍVEL ECONÔMICO, 2002

Região	AFR	AMR	ML	EUR	ASE	PO	Terra				
Nível Econômico	Baixo/ Médio	Alto	Baixo/ Médio	Alto	Baixo/ Médio	Alto	Baixo/ Médio				
Mortes por queimaduras x 1.000	39,2	3,9	4,5	0,0	31,9	2,8	35,4	184,0	2,3	17,5	321,8
Taxa de mortalidade por 100.000	5,8	1,2	0,8	0,6	6,4	0,7	7,4	11,6	1,1	1,2	5,2
% da mortalidade global devida a acidentes relacionados ao fogo	12,2%	1,2%	1,4%	0,0%	9,9%	0,9%	11,0%	57,2%	0,7%	5,4%	100%

Regiões da OMS: África (AFR), Américas (AMR), Mediterrâneo Leste (ML), Europa (EUR), Ásia Sudeste (ASE), Pacífico Oeste (PO).

Fonte: WHO Global Burden of Disease Database, 2002.

Fonte:(DANILLA,2008).

Além disto, os acidentes ocorrem frequentemente em ambiente domiciliar, por manejo inadequado de crianças e adolescentes com materiais inflamáveis como álcool, bem como líquido superaquecidos. Segundo Gomes (2001) as queimaduras em crianças acima de três anos de idade são advindas de chama direta, representando em média 20% das queimaduras no país. Hettiaratch e Dziewulsky (2004) citado por DEALEY (2008, p.200) afirmam que os fatores que

contribuem para o aumento da ocorrência de acidentes são condições de saúde, como epilepsia, doenças psiquiátricas, etilismo e condições precárias com moradias com instalações inadequadas e superlotadas.

O Brasil é o único país no mundo que utiliza álcool diariamente como produto de limpeza e para acender churrasqueiras; sendo assim, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em conjunto com a Sociedade Brasileira de Queimados baixou uma portaria de proibição do álcool líquido visando à redução dos índices de queimaduras com este produto (LIMA JR; BAPTISTA, 2008, apud AGUIAR; MEJIA, s.d, p.3).

## 4.2 AGENTES CAUSADORES

As queimaduras são lesões teciduais causadas por diversas fontes externas. Podem gerar comprometimentos significativos no equilíbrio funcional do indivíduo, danificam o tecido cutâneo e desregulam a homeostase do organismo. Tais lesões podem causar desajustes ao metabolismo e funcionamento do corpo humano, impactando diretamente na saúde física e por conseguinte o emocional do paciente acometido. A queimadura compromete a integridade funcional da pele, responsável pela homeostase hidroeletrolítica, controle da temperatura interna, flexibilidade e lubrificação da superfície corporal. (VALE, 2005, p.11).

Queimaduras podem resultar em estresse traumático, dor, choque, sepsis e funcionamento alterado do sistema hipotalâmico pituitário, adreno-cortical ou sistema imunológico (tradução nossa) (SOUSA;SONAVANE; KURVEY,2013,p.24).\* Para Gomes (1995), a queimadura é definida como lesão dos tecidos orgânicos em consequência a um trauma térmico. É descrita como

---

\*Burns may result in traumatic stress, pain, shock, sepsis and altered functioning of the hypothalamic pituitary adreno cortical system or the immune system.

uma lesão que resulta em perda ou estrago do tecido cutâneo (THELAN; DAVIE; URDEN, 1996 apud MARTINS, 2013, p.1).

Existem diversas formas de acidentes causados por queimaduras, dentre elas: domésticos, quando ocorrem nas dependências ou proximidades do lar; violência e agressão causadas por outros indivíduos; acidentes de trabalho, quando possuem relação com a atividade profissional da vítima; acidentes automobilísticos, envolvendo automóveis ou outros veículos; e tentativas de autoextermínio, como o suicídio (ROSSI et.al,1998). As causas dos acidentes são determinadas de acordo com a fonte causadora da lesão, o que irá depender da característica do material responsável. DEALEY (2008) propõe que as queimaduras sejam divididas em quatro categorias, conforme a causa:

-Térmicas: líquidos e superfícies superaquecidos, exposição solar e chamas, tendo como principal causa de óbitos as lesões por inalação de fumaça em incêndios;

- Químicas: substâncias ácidas, alcalinas ou outros corrosivos. Geralmente são lesões industriais, com a presença de comprometimentos aos órgãos vitais se estes produtos químicos forem absorvidos pela corrente sanguínea;

- Elétricas: causadas por passagem de corrente elétrica pelo corpo. Os danos internos podem ser maiores do que a aparência da pele. Tais queimaduras também podem estar associadas a lesões térmicas;

- Radioativas: as queimaduras por radiação devem-se a uma superexposição à radiação ionizante industrial, ou surgem após tratamento com radioterapia.

### **4.3 CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS**

Para que se possa fazer uma devida avaliação da condição do paciente, é necessário que se faça medições referentes ao grau da lesão. Por esta razão, existem instrumentos utilizados que auxiliarão inicialmente no suporte médico a

ser prestado ao indivíduo, e por conseguinte encaminhá-lo ao adequado tratamento. A classificação das queimaduras fornece parâmetros da gravidade da lesão, faz parte da avaliação inicial do estado geral do indivíduo acometido, facilitando, portanto, o planejamento da assistência da equipe de saúde (MENEZES; SILVA,1988). As lesões por queimaduras podem ser classificadas de acordo com a extensão da superfície corpórea acometida, realizando-se um cálculo percentual da área total lesada e em seguida a profundidade destes ferimentos, subdivididos em primeiro, segundo e terceiro graus de acordo com critérios técnicos de classificação. De acordo Menezes e Silva (1988) as queimaduras de 1<sup>o</sup> grau denominadas superficiais atingem apenas a epiderme, não comprometendo a camada dérmica.

Queimaduras epidérmicas (primeiro grau) atingem apenas a epiderme. Apresentam aspecto hiperemiado, podendo ser dolorosas. [...] não provocam alterações hemodinâmicas e, portanto, não são levadas em conta no cálculo da área queimada (NETTO; BARROS,2004, p.475).

Em queimaduras de segundo grau, observa-se o comprometimento da epiderme e derme do paciente, com formação de bolhas, podendo subdividir-se em superficiais e profundas. As consideradas de segundo grau superficial, atingem a epiderme e a parte superior da derme, apresentando presença de dor e pouca evolução na formação de cicatrizes; já as de segundo grau profundo, acometem a epiderme e quase toda a derme, com baixa presença de dor, menor coloração em relação as mais superficiais e maior tendência na formação cicatricial (PRESTES, 2008). As lesões de terceiro grau acometem as duas camadas dérmicas, podendo comprometer estruturas musculares e ósseas. É a mais grave das lesões pois a pele perde elasticidade e se torna rígida, não restando tecido cutâneo para regeneração, podendo causar, portanto, deformações. Necessita de enxertos para reparação (PRESTES; LOPES JR.,2008). Alguns profissionais da área denominam as regiões carbonizadas como queimaduras de quarto grau. Um exemplo seria a queimadura elétrica, que destrói até mesmo o tecido ósseo. É considerada uma feridade entrada, carbonizada e deprimida (AZULAY, 2006, apud ROCHA; ROCHA; SOUZA,

2010). De acordo com MacLennan (1998) citado por Lima; Limaverde; Lima Filho (2006) as queimaduras de 40% da área corporal total, com o comprometimento de todas as camadas da pele, são mais vulneráveis a agentes bacterianos, podendo apresentar quadros infecciosos por esta razão.

A avaliação do percentual atingido por uma queimadura é importante pois concomitantemente ao grau da lesão, determina-se a gravidade em que o paciente se encontra, possibilitando melhor suporte e atendimento, além da escolha de procedimentos adequados. Os pacientes acometidos podem ser classificados de acordo com a extensão de suas queimaduras como pequeno, médio e grande queimado. Segundo Menezes e Silva (1988), o indivíduo considerado pequeno queimado apresenta lesões inferiores a 10% da área corporal com queimaduras de primeiro e segundo grau; já o médio queimado, 10% a 25% com queimaduras de primeiro e segundo grau ou de terceiro grau com até 10% da área corporal atingida. O grande queimado, apresenta lesões de primeiro e segundo grau, mais de 25% da superfície corpórea ou de terceiro grau, com mais de 10% de comprometimento. São queimaduras em áreas nobres como, olhos, orelhas, face, pescoço, mão, pé, região inguinal, grandes articulações (ombro, axila, cotovelo, punho, articulação coxofemoral, joelho e tornozelo) e órgãos genitais, bem como lesões que atinjam estruturas profundas como ossos, músculos, nervos e vasos. Estão associados a lesão inalatória, politrauma, insuficiência renal, cardíaca e hepática, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio e quadros infecciosos graves.

Segundo a Revista científica intitulada *Journal of Burn Care Rehabilitation*, os pontos principais na reabilitação do paciente queimado devem ser:

1- Cuidado especial para as queimaduras da região da face, pescoço, pelas aderências que podem causar na cicatrização das queimaduras de terceiro e quarto graus, 2- queimaduras na região dos genitais que podem causar alterações na uretra, pênis e vagina, por destruição de tecidos nobres, 3- Queimaduras de mãos e pés, que podem deixar sequelas de posições viciosas que, posteriormente, impeçam na recuperação, na obtenção de atitudes adequadas para o trabalho e para deambulação (KNOPLICH, 2007 apud ROCHA;ROCHA;SOUZA,2010,p.5).

Serra (2006) afirma que as queimaduras em crianças menores de dois anos de idade apresentam diferenças e peculiaridades em sua fisiologia se comparadas aos adultos. A sua superfície corporal é maior em relação ao peso, o que significa maior perda de água e calor, e, por conseguinte, maior necessidade de líquido. Isto faz com que pacientes pediátricos com este tipo de lesão apresentem quadros mais delicados em relação aos adultos, potencializando a gravidade do caso (SERRA, 2006, p.49).

Existem diversos instrumentos para que se possa avaliar o grau de comprometimento de uma lesão por queimadura, cujos marcadores possibilitam o cálculo da área corpórea acometida. Atualmente são utilizadas duas formas de mensuração da extensão das queimaduras, a Regra dos Nove, e a tabela Lund-Browder. No primeiro caso, frequentemente usada nas salas de emergência para avaliar pacientes adultos (em crianças pode ocorrer a incidência de erros) a soma é associada a cada região do corpo, na qual cada membro superior representa 9% da superfície corpórea, cada membro inferior 18%, tronco 36% e genitália 1% (CANETTI; SOUZA; ALVAREZ, 2006). Já a tabela Lund-Browder, de maior precisão, relaciona a idade do paciente e suas proporções corporais a uma tabela com valores pré-estabelecidos (GOMES, 2006).

As queimaduras são compostas por combinações de profundidades. Exceto nos casos superficiais, para a determinação de qual etapa encontra-se a lesão, é necessário por volta de três a quatro dias de observação. Para classificação das áreas utiliza-se três denominações, zona de coagulação, representando a área mais grave que sofreu comprometimentos irreversíveis; a zona de estase, região que apresenta inflamações, mas que possui danificações reversíveis, com menor comprometimento celular. E, por fim, a zona de hiperemia, caracterizada por inflamação, mas com perspectiva de recuperação, mesmo sem a realização de cuidados especiais (IRION, 1955).

#### 4.4 PROTOCOLOS DE TRATAMENTO

Existem diversos procedimentos no tratamento das lesões, os quais irão depender do local, extensão e profundidade, grau da queimadura, tipo de paciente e recursos disponíveis. Estes cuidados prestados ao paciente podem causar desconforto e dor intensa em sua execução, inclusive durante os cuidados diários de higiene e troca de curativos. A escolha destes dependerá do agente antimicrobiano tópico que será utilizado, podendo variar entre curativo de exposição e de oclusão. Em relação aos curativos biológicos, segundo Macieira (2006) temos os tecidos naturais: aloenxertos cutâneos, xenoenxertos cutâneos, membranas amnióticas; substitutos de pele: bilaminado sintético, compostos com base em colágeno; análogos dérmicos com base em colágeno e tecido derivado de cultura.

O trabalho de analgesia é de suma relevância no controle da dor em pacientes queimados, tendo em vista os procedimentos iniciais, desde o momento em que a vítima é socorrida, até os procedimentos realizados na rotina de cuidado do paciente. A inserção do anestesiológico nessa equipe multidisciplinar é útil e de fundamental importância em diversas etapas do tratamento. Desde a fase inicial ("choque do queimado") até as cirurgias reparadoras das sequelas decorrentes (CANTINHO, 2008, p.172). Conforme Lotufo, Novaes e Lima Jr. (2008), a dor é caracterizada como uma experiência desagradável de natureza sensorio-emocional associada a lesão real ou potencial, captada pelos sentidos somáticos (mecanismos nervosos). Segundo Cantinho (2008) a dor pode ser de fundo (espontânea ou constante), de intensidade baixa, é contínua e sentida mesmo em repouso. A dor incidental (processual ou evocada), de intensidade alta em relação a dor durante os procedimentos, e tende a diminuir após o cuidado da queimadura. Já para Lotufo, Novaes e Lima Jr. (2008) pode ser classificada das seguintes formas: rápida, sentida 0,1 segundo após o estímulo doloroso ser aplicado, e lenta, após 1 segundo, sendo que o indivíduo passa a sentir a dor quando o aquecimento da superfície corporal é acima de 45°.

Na queimadura de primeiro grau, a dor é mais comumente descrita como um desconforto de intensidade leve a moderada. Na queimadura de segundo grau, epiderme e quantidades variáveis de derme são destruídas. A dor é referida como de extrema intensidade. [...] Resulta da lesão de receptores nociceptivos altamente sensíveis ao dano tissular. Com a destruição completa da epiderme, há exposição extensa e intensa das terminações nervosas; pequenos contatos com essa área da pele destruída são suficientes para desencadear grande estímulo de dor. As áreas de queimadura de terceiro grau são tipicamente indolores após o trauma inicial, pois há destruição completa da pele, incluindo os nociceptores (CANTINHO, 2008, p. 171).

Tendo em vista o objetivo da presente pesquisa, qual seja o trabalho do psicólogo na assistência ao paciente queimado, acreditamos ser de suma importância mergulhar a fundo na questão da dor. Seja ela advinda do acidente em si, ou em decorrência dos procedimentos de recuperação da queimadura.

Entre os procedimentos enfrentados pelos pacientes com queimaduras, encontramos a balneoterapia, que consiste na imersão do paciente em banheira para a realização da higienização das lesões; o desbridamento (excisão), técnica para remoção do tecido necrosado; escarotomia e fasciotomia, que são incisões realizadas para a melhora da movimentação respiratória e diminuição da pressão interna, evitando danos maiores. Para procedimentos como a balneoterapia há em alguns casos a necessidade da administração de fármacos como Midazolam com o intuito de controle da dor, manuseio do paciente, hipnose, amnésia, e a Cetamina com a mesma finalidade (exceto amnésia) além de sua função analgésica (LIMA JR,2008).

A balneoterapia é um excelente recurso técnico como tratamento de pacientes queimados, por ocasião da troca de curativos, ou limpeza da área cruenta para enxertia. Pode-se destacar três finalidades principais:

- Higiênica - evitar a infecção, por meio da remoção de impurezas e da manutenção da área cruenta limpa;
- Terapêutica - facilitar a cicatrização, graças à melhoria das condições de circulação sanguínea;

- Preventiva - prevenir sequelas de retração cicatricial, através dos exercícios ativos realizados pelo paciente, livre de ataduras e imerso em solução (CRUZ; MULLER, 1976, p.88).

O desbridamento remove tecidos mortos, desvitalizados ou contaminados, assim como qualquer corpo estranho que esteja na ferida, ajudando a reduzir o número de microorganismos, toxinas e outras substâncias que inibem a cicatrização (WOLCOTT; KENNEDY; DOWD, 2009, apud SANTOS; OLIVEIRA; SILVA, 2013, p.185). Marchesan e Farina (2003) afirmam que a dermoabrasão auxilia neste processo utilizando aparelhos com brocas de média espessura em locais de difícil acesso para remover o tecido necrosado e alisar a pele, deixando a área homogênea para a inserção dos enxertos. A enxertia de pele consiste no transplante de um fragmento de pele (separação deste tecido do seu local de origem, para colocação e reintegração em outra parte do organismo) com o intuito de fechamento e proteção de feridas extensas, realizado em casos mais graves. Podem ser coletadas do próprio paciente acometido (autoenxertos), por indivíduos da mesma espécie (aloenxertos ou homoenxertos) ou de outras espécies (xenoenxertos ou heteroenxertos) como por exemplo a utilização da pele de tilápia (MENEZES; SILVA, 1988). Além disto, o paciente terá que fazer uso de malhas compressivas para evitar a formação de cicatrizes hipertróficas, podendo ser retiradas apenas para o banho (IRION, 1955).

De acordo com Lima Jr, Piccolo e Novaes (2008) em casos mais severos de queimadura pode ocorrer a inelasticidade da pele, fazendo com que haja uma compressão que pode comprometer a respiração do indivíduo além de déficits neurológicos e vasculares graves se não forem solucionados com urgência. Para que isto não ocorra, é necessária a realização de técnicas como a escarotomia, que consiste em incisões na pele para que se possa liberar a movimentação torácica e a fasciotomia, em casos mais graves. Outrossim, nos casos mais severos, Irion (1955) afirma que cirurgias de amputação podem ser realizadas em decorrência do esmagamento de ossos bem como a coagulação de grandes vasos sanguíneos.

Devido a severidade destes procedimentos dolorosos, os impactos das lesões bem como a multiplicidade de ocorrências em território nacional, faz-se imprescindível o conhecimento e compreensão da abrangência traumática da queimadura, além da relevância do domínio técnico por cada profissional da equipe no cuidado ao paciente queimado. É uma temática pouco abordada e carece de apoio e implementação de serviços especializados neste setor. Sabe-se que para além dos comprometimentos físicos, o indivíduo é permeado por profundo abalo emocional, experiencia momentos de difícil enfrentamento, desfiguração e dor. Neste sentido, é necessária a compreensão dos sentimentos vividos por estes sujeitos, para que assim possamos conhecer e entender as alterações psicológicas, bem como os possíveis transtornos que possam surgir no decorrer da internação.

## **5. DINÂMICA EMOCIONAL DO PACIENTE QUEIMADO**

### **5.1 PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO**

Os acidentes por queimaduras causam impactos severos nos indivíduos acometidos, provocam desequilíbrio físico, psíquico, social e desestabilizam a vida cotidiana destes sujeitos. Tais experiências traumáticas podem trazer importantes prejuízos psíquicos e comprometimentos emocionais tanto no paciente como em seus familiares durante o período de internação. Ao chegar ao hospital após um acidente com queimaduras, os pacientes constantemente apresentam profunda ansiedade e medo acerca da morte. Ferreira (1994) menciona que estes se deparam com uma nova situação na qual se veem monitorados por aparelhos que visam a observação de suas funções corporais, desta forma, podem manifestar, vulnerabilidade e percepção da gravidade de seu caso. Raymundo (2006) acrescenta ainda, que os sujeitos acometidos por queimaduras muitas vezes requerem internações prolongadas, com a presença de limitações funcionais, dores e comprometimentos em decorrência das lesões, distanciamento social e dependência de cuidados tanto especializados como da família.

Desta maneira, o paciente acometido pela queimadura além do trauma do acidente deve enfrentar o processo de internação que o distancia de seu lar, familiares, amigos, trabalho, e todas as esferas de convívio social humano. As visitas são restritas, com o intuito de proteção contra os riscos de contaminação, entretanto, o indivíduo é permeado pelo distanciamento de seus vínculos, com grandes possibilidades de sentirem-se ansiosos e abandonados (FERREIRA, 1994). Nestas situações, vivenciam um afastamento integral de sua rotina tendo que passar por um período em um local o qual não estão habituados, com aparelhos invasivos, profissionais que entram e saem do leito, causando estranhamento e desconforto por todo o processo. As queimaduras, portanto, repercutem no indivíduo uma abrupta ruptura social devido ao período de hospitalização, bem como os impactos causados pelas marcas no corpo. Nos casos de longa permanência hospitalar, o paciente pode sentir-se desorientado

e confuso em relação a seu referencial de identidade por estar desambientado e afastado de sua rotina. Ferreira (1994), refere que a aclimação do ambiente é aconselhada para que se realize assim uma personalização do leito com objetos pessoais significativos deste sujeito, tais como fotografias, livros, objetos, de maneira que tragam algum bem-estar e proximidade de certa forma com seu ambiente de costume. Para Firmino (1995), este momento doloroso faz com que alguns pacientes regridam emocionalmente. O mesmo autor, em 2006, afirma que o indivíduo internado poderá apresentar diversas manifestações de reações frente ao trauma, onde nos primeiros dias, se utiliza de mecanismos de defesa, como a negação, frequentemente encontrada nestas situações. Em contrapartida, para Ferreira (1994), os sentimentos de culpa e raiva predominam, podendo manifestar-se através de quadros depressivos, ou de instabilidade de humor com a presença de comportamentos explosivos.

Indivíduos que acabam de passar por uma situação traumática, de intenso risco de morte e que, além disso, tiveram a pele rompida, lacerada, sofrem sérias alterações psíquicas: é o indivíduo como um todo que sofre. O aparecimento da angústia de morte, a sensação de aniquilamento, do não - existir concretamente, matizarão o estado psicológico do paciente, podendo desencadear atitudes de desespero e abandono (COUTINHO, 2008, p.290).

Neste contexto, há uma alteração na vida e nos pilares de sustentação do sujeito, pois o acidente o coloca fora de seu contexto. Faz com que o paciente perca momentaneamente sua capacidade de se autoperceber, e provoca estados de angústia pela ameaça enfrentada (QUINTAS, 2008). Para Castro et al. (2013) sob a perspectiva de fragilidade vivenciada pela situação de queimadura, o sofrimento é potencializado pelas alterações que ocorrem diante do acidente, como impactos corporais, bem como pela separação dos familiares ocasionada pelo processo de hospitalização.

Na situação de injúria, o paciente, em seu mal-estar, pode se encontrar deformado, sangrando, sem mobilidade.... No confronto com esse novo/mesmo corpo, há uma estranheza, revela-se a angústia de não mais se re (conhecer) em sua corporeidade e de não sobreviver ao trauma sofrido (QUINTAS, 2008, p. 282).

Tendo o próprio hospital como ambiente provocador de angústia, todo tipo de mobilização é dificultosa, o paciente pode ter seus mecanismos de enfrentamento abalados devido a experiência traumática sofrida, além das possíveis complicações clínicas, comprometimentos na imagem como deformidades, e odores desagradáveis oriundos das feridas (QUINTAS, 2008). É de fundamental importância que a equipe de saúde mantenha os pacientes informados a respeito de seu quadro clínico, bem como dos procedimentos a serem realizados para que tenham ciência das etapas de todo o processo. Conforme Rossi et al. (2000) a ansiedade pode surgir antes dos procedimentos, podendo causar uma acentuação na dor, além de provocar insônia, e por conseguinte, a diminuição da tolerância a dor.

Conforme Pinto, Montinho e Gonçalves (2010), a queimadura pode impactar na maneira de ser de cada indivíduo, apresentando reações diversas, as quais variam de acordo com cada paciente, sendo em sua maioria manifestações negativas, com alterações no humor, na imagem corporal e nos comportamentos. As relações afetivas destes sujeitos também sofrem modificações, primeiramente com uma maior aproximação, seguida de reorganização. Estes irão eleger predominantemente a família como apoio e sustentação emocional. Sendo assim, na rotina de internação de um paciente são observadas algumas alterações em seu funcionamento como, medo da morte e do desfiguramento, dependência da equipe e familiares, dor, raiva, depressão, frustração, regressão, impactos na identidade, perda do papel social, diminuição dos estímulos táteis e proprioceptivos, comprometimentos na percepção do corpo x espaço e na imagem corporal, manifestações de baixa autoestima, insônia, labilidade emocional, baixa capacidade de concentração e funções mnêmicas (RAYMUNDO, 2006).

O processo de restabelecimento da queimadura pode ter longos períodos de internação conforme a gravidade e complexidade do quadro clínico, com alterações significativas na vida do indivíduo. Adcock, Boeve e Patterson (1998) citados por Carvalho (2006) e Patterson (1993) citado por Carlucci et al. (2007)

afirmam que o paciente vivencia três fases distintas que dialogam com sua recuperação física e psicológica:

- A primeira fase, denominada estágio crítico, ressuscitação ou de estabilização, corresponde às primeiras setenta e duas horas após a ocorrência do acidente e é caracterizada pela instabilidade do paciente. Neste momento o sujeito acometido preocupa-se com sua sobrevivência, pode apresentar diminuição do nível de consciência, agitação psicomotora, comprometimentos na memória, impactos no ciclo de sono/vigília, dificuldades na apreensão de informações, ansiedade exacerbada e possibilidade de delírios, o que torna necessária a presença de pessoas próximas, amigos e familiares.

- Em seguida, na fase Aguda ou Subaguda, o indivíduo enfrenta a reabilitação, período dificultoso pois iniciam os procedimentos de curativo e enfrentamento das lesões. Observa-se comumente a presença de tristeza, depressão, solidão, ansiedade generalizada e estresse, podendo ocorrer dificuldades no sono, pesadelos, regressão do comportamento, manifestações de raiva e dependência. Nesta fase constantemente surgem importantes expectativas em relação aos resultados. Tais procedimentos ocorrem em um momento de maior consciência dos impactos físicos e psicológicos do trauma.

- A fase Crônica com início entre o período pré e pós alta hospitalar tem ênfase na reabilitação do paciente, recuperação da funcionalidade corpórea, aparência estética e retorno a sociedade. A qualidade de vida é retomada e a autoestima é fundamentalmente apoiada no suporte prestado pela família. Pode ter como comprometimentos emocionais a ansiedade e a depressão.

O enfrentamento destes processos pode depender do suporte familiar e social, das reações emocionais diante da lesão, além de mecanismos de enfrentamento para lidar com a perda do antigo corpo e compreensão de uma nova imagem (CANHÃO, 1996, apud PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2010, p.83). Para o autor Silva (2006) no início do período de internação os indivíduos estão confusos, geralmente com dificuldades de aceitação do ocorrido, podendo apresentar ansiedade, insônia e medo da morte, além disto, a família também

compartilha desta situação de abalo emocional, pois além do medo da perda do ente querido, vislumbra um período difícil, com procedimentos dolorosos e possíveis deformações corporais.

## 5.2 PÚBLICO INFANTIL

A população pediátrica demonstra percentuais relevantes no número de ocorrências de acidentes por queimadura no Brasil. Conforme Dalaneze (2007) citado por Aragão et. al (2012) tais lesões estão entre os principais tipos de acidentes infantis, sendo a quarta causa de morte, depois do trânsito, afogamento e quedas (DALANEZE, 2007 apud ARAGÃO et. al, 2012,p.380).

O público infantil merece aqui destaque especial, para que se possam atender todas as necessidades afetivas da criança. A maneira que o paciente pediátrico enfrentará este difícil período tem importante relação com a forma que recebe suporte e apoio emocional. Os impactos da queimadura em crianças são considerados mais graves pois têm relação com o desenvolvimento físico e cognitivo, como a capacidade de aprendizado e o crescimento corporal. Nestes casos o indivíduo pode chegar a situações de desnutrição e regredir a estágios anteriores do desenvolvimento (PEREIRA, 2010, apud DASSIE; ALVES, 2011, p. 11). O distanciamento dos vínculos que ocorre em detrimento ao período de internação pode acarretar em profundo desequilíbrio emocional. Estes pacientes recebem o apoio de familiares (e equipe de saúde), entretanto devido as normas hospitalares não podem estar em contato direto com pessoas amadas, podendo suscitar sentimentos de abandono e medo no enfrentamento das situações dolorosas.

Conforme a *American Academy of Pediatrics* citado por Azevêdo (2010, p.2), os estudos na área da psicologia pediátrica destacam que certas reações da criança no período de hospitalização como sofrimento físico e psicológico, perda da identidade, regressão a estágios anteriores do desenvolvimento, sensação de abandono e culpa, podem propiciar o surgimento de quadros de

ansiedade decorrentes da separação da família e da entrada no ambiente hospitalar. Crianças com idade inferior a cinco anos não possuem completo desenvolvimento cognitivo, percepção de avaliação e noção de comprometimento das sequelas por queimaduras, porém, neste período os danos psicológicos podem ser mais impactantes causados pela dor e pela separação dos pais, uma vez que ainda não possuem muitos recursos internos para lidar com a angústia (ELORAH, 2008). Segundo Baptista (2003 apud AZEVÊDO, 2010, p.99) crianças internadas com um tempo superior a cinco dias apresentam possível tendência a desenvolver transtornos psicológicos, sendo alguns fatores considerados relevantes como, idade, experiências relacionadas ao processo de hospitalização, diagnóstico, prognóstico clínico e a forma de estabelecimento de vínculo familiar. Desta forma, o paciente pediátrico pode desenvolver neuroses irreversíveis, devido ao processo de internação, bem como em relação aos tratamentos diários, procedimentos dolorosos e o afastamento dos pais (VASCONCELOS, 1980).

Observar uma lesão na pele causada por uma queimadura repercute em certas funções psíquicas e a criança se sente atingida em sua subjetividade, no seu narcisismo, no seu eu corporal, podendo desorganizar-se psiquicamente por meio de comportamentos inapropriados: regressão maciça do ego (comportamentos de birra, dependência, linguagem infantilizada, perda de controle esfinteriano, necessidade de ser carregada ou ficar junto ao corpo da mãe), temor (de aniquilamento, de sentir dor, de perder o amor dos pais, a vida, o corpo perfeito) (ELORAH, 2008,p.303).

O fato de estar ferido e o período de enfrentamento da internação, causam momentos de crise para crianças bem como familiares. Durante os procedimentos invasivos, os pacientes podem experimentar sensações de medo, abandono, potencialização do medo da morte, além da fragilização da identidade deste sujeito que ainda está em formação (CHIATTONE, 2003; CREPALDI et al., 2006; SILVA, 2006, apud AZEVÊDO, 2013). Assim, o hospital representa um ambiente perigoso que provoca insegurança, já que a noção de doença e tratamento ocasiona insatisfação e potencializa a percepção de morte. Além disto, dentre as consequências psicológicas em crianças, Herndon et al.

(1986) citado por Garrido (2005, p.23) relatam que a queimadura pode alavancar uma imagem corporal distorcida, baixa autoestima, medos excessivos, agressividade e queixas de sumarizações neuróticas.

### **5.3 MARCAS CORPÓREAS**

A pele enquanto órgão vital é a via pela qual recebemos os primeiros contatos com o ambiente e relações afetivas. Possui relevância expressiva quando relacionada a um veículo de sentimentos, que traz ao indivíduo um caráter de identidade (COUTINHO, 2008). Segundo Garrido (2005) devido a importantes perdas de segmentos corporais, o paciente pode apresentar dificuldade para lidar com estas emoções, e portanto, projetar no outro seus medos. Além disto, independentemente de como se mostrem ou se manifestem fisicamente, estão sempre ali para lembrar um sofrimento intenso com repercussão no psíquico e na alma do sobrevivente (PICOLLO et al., 2008, p.604).

Alterações corporais por queimaduras mediante procedimentos cirúrgicos ou casos de desfiguramento necessitam de maior apoio, pois causam no indivíduo comprometimentos funcionais e danos severos na aparência da área atingida, fazendo com o que o sujeito apresente implicações e dificuldades em seus relacionamentos interpessoais (BERGAMASCO et al. apud CARLUCCI et al., 2007, p.12). De acordo com Pitanguy e Salgado (2010, p.358) a deformidade afeta o comportamento do indivíduo e do grupo, que, por sua vez, com seu comportamento interfere profundamente no senso subjetivo que o indivíduo tem da deformidade.

Em muitos casos, pacientes preocupam-se em maior escala com o desfiguramento por conta da lesão do que com sua sobrevivência, culminando em situações em que o indivíduo expressa a vontade de não permanecer mais vivo por ter de conviver com um corpo com marcas. Este não tem mais a percepção do corpo como representativo de si, por ser distante de sua imagem

corporal e de seu autoconceito. Situações como esta, são frequentemente vistas em casos nos quais ocorrem lesões no rosto e nas mãos (FERREIRA, 1994). A não aceitação do luto da "imagem do corpo imaculado" poderá levar à instalação de uma situação depressiva (MATOS, 2007 apud PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2010, p.83). Desta maneira, conforme Guanilo et al. (2012), o paciente ao ser exposto a queimaduras de maior visibilidade é comprometido em sua identidade e imagem corporal, portanto, lesões em locais com maior facilidade de serem cobertos, causam menor constrangimento e desconforto ao indivíduo acometido. Mesmo com a sobrevivência física e a ocorrência da reepitelização de toda a pele, as cicatrizes, contraturas e a distorção da própria imagem culminam com frequência na "morte social" (SERRA, 1995, p.64). Além disto, as lesões quando não possuem um bom processo cicatricial podem formar cicatrizes hipertróficas ou quelóides, com deformidades osteoarticulares e musculares muitas vezes, com dolorosas formas de reparação, como cirurgias invasivas, trazendo ao paciente queimado importantes impactos funcionais e psicossociais (RAYMUNDO, 2006).

De acordo com Pitanguy e Salgado (2010), após o acidente observa-se no paciente alterações como mudança abrupta da realidade, visão irreal da deformidade e fragmentação do ego, com questões relacionadas a própria existência como, "quem serei agora? "terei as mesmas oportunidades?". Por esta razão, os pacientes queimados e suas famílias podem necessitar de aconselhamento psicológico e de ajuda no ajustamento, para que seja suplantado o desfiguramento estético (SULLIVAN, SCHIMITZ, 1993, p.615).

#### **5.4 IMAGEM CORPORAL**

Dentre os aspectos emocionais no paciente queimado, os impactos causados à autoimagem possuem dimensões drásticas. Estes terão de lidar com as marcas no corpo (e na psique) de forma que possam fazer uma elaboração do luto de seu antigo corpo, ressignificando esta nova imagem que agora

encontra-se modificada. Comprometimentos corporais graves podem impactar na autoimagem bem como emergir sentimentos de profunda rejeição.

Conforme Garrido (2005) o paciente que dá extrema valorização a sua aparência física terá proporcional sentimento de perda pós-trauma. Esta imagem é formada pela relação entre a imagem idealizada ou aquela que se deseja ter, a imagem representada pelo externo, e a imagem objetiva, aquela vista e sentida pelo próprio sujeito (PITANGUY; SALGADO, 2010, p.357). Conforme Tavares (2003) o corpo dá suporte para o desenvolvimento da identidade do sujeito além de participar da constituição de sua subjetividade.

O estudo do processo de formação da autoimagem ou de auto percepção revela-se sob dois aspectos diferentes: o primeiro, relativo primordialmente ao campo do psicólogo, centraliza-se no modo como cada um se apreende e forma sua própria imagem; o segundo, intensamente estudado no domínio da antropologia filosófica, estuda o modo como histórica e culturalmente o homem se percebeu e se percebe enquanto espécie, discriminando-se ou não do conjunto dos seres que compõem o mundo (PENNA, 1988, p.3).

Em determinados contextos e situações os indivíduos podem ter seu sentimento de identidade do Self abalado por não conseguir lidar com mudanças externas e internas, desta forma, comprometem sua relação e representação no mundo (PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2010). As mudanças nesta imagem estão relacionadas com o significado atribuído por este sujeito, e a forma de enfrentamento diverge para cada paciente (SAPOUNTZI-KREPIA et al., 2001 apud SILVA; SILVA, 2004, p.208).

As queimaduras por causarem marcas e desfiguramento na pele, contribuem para a ruptura na percepção de que o sujeito tem sobre si, fazendo com que tenha um estranhamento sobre sua própria imagem. De acordo com uma pesquisa etnográfica realizada por Costa et al. em 2010, as sequelas oriundas das queimaduras trazem comprometimentos em sua autoimagem, onde a partir da experiência traumática, passam a ter de lidar com as marcas corporais carregadas de sentimento de tristeza e vergonha. Conforme Guanilo et al. (2012) quando as queimaduras acometem grande parte da superfície

corpórea a imagem corporal e a identidade do sujeito poderá ser afetada. Sendo assim as regiões menos expostas e passíveis de serem cobertas, causam menor constrangimento ao indivíduo. As cicatrizes localizadas em áreas mais expostas podem causar desconforto em pacientes queimados, porém cicatrizes em outras regiões, como tórax, abdome e coxas, também poderiam ser relevantes para a autoimagem e a autoestima do paciente (LAWRENCE; FAUERBACH; HEINBERG 2004 apud GUANILO et al. 2012, p.123).

Em algumas situações, o paciente queimado tem de se submeter a uma amputação e se vê às voltas com um indesejado acréscimo de sofrimento. Uma situação extremamente dolorosa, que lhe acicata ainda mais a mente perturbada, onde sua imagem corporal já se vê ameaçada por fantasias de deformação e mesmo de derretimento (algumas vezes com risco de despersonalização) mobilizadas, também, pelo complexo de castração, que invade pelas fendas doridas de sua pele corrompida (FIRMINO, 2006, p.247).

## 5.5 AUTOESTIMA

A autoestima surge da motivação de nos vermos de maneira positiva, está diretamente relacionada com a capacidade de amar-se e do valor que atribuímos a nós mesmos. As deformações provocadas por queimaduras causam danos corpóreos que alteram a percepção da identidade e autoimagem, fazendo com que os indivíduos acometidos avaliem sua aparência de forma negativa e, por conseguinte suas crenças e comportamentos são abalados. Para Andrade e Angerami (2004, p.38) o conceito de autoestima tem sido considerado relevante indicador de saúde mental. Sua formação possui dois componentes envolvidos, o cognitivo, que se refere aos pensamentos sobre um objeto, e outro afetivo, que determina uma atitude positiva ou negativa do sujeito em relação ao objeto (ROSENBERG et al.,1995 apud FELICISSIMO et al., 2013, p.118).

Segundo Branden (1995) citado por Silva e Silva (2004, p.207) a autoestima reflete o julgamento de nossa capacidade de lidar de maneira positiva

e confiante com os desafios da vida, além disto, é considerada uma experiência de caráter íntimo que engloba o que penso e sinto sobre mim. O desenvolvimento deste aspecto nos auxilia na capacidade de sermos felizes, portanto, quanto maior for este sentimento, mais qualidade teremos em nossas relações. A capacidade de amar-se leva o indivíduo a sentimentos de confiança, valorização pessoal, força de enfrentamento e capacidade de adequação as adversidades. Já a baixa autoestima produz no sujeito sentimentos de inferioridade, fragilidade, incapacidade, impotência, e, por conseguinte, a persistência destes podem impactar na vida do sujeito bem como desencadear processos patológicos (MASLOW, 1970, p.45, apud SILVA; SILVA, 2002, p.77). Alterações na aparência são fatores relevantes na diminuição da autoestima do paciente. A proporção da lesão não é tida como determinante do sentimento de menos valia, pois uma queimadura de pequena extensão pode fazer com que um paciente tenha importantes impactos psíquicos em vista de outros, com queimaduras maiores e mais expostas (FERREIRA, 1994).

[...] É a soma da autoconfiança com o autorespeito. Ela reflete o julgamento implícito da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida (entender e dominar os problemas) e o direito de ser feliz (respeitar e defender os próprios interesses e necessidades) (BRANDEN,1995, p.1).

Pode ser considerada como alta, média e baixa. A primeira classificação está relacionada com o sentimento de confiança, adequação a vida, capacidade de superar obstáculos e validação de seu valor pessoal; no segundo caso, o indivíduo varia com pensamentos que vão da sensação de estarem corretos e incorretos. Já a baixa autoestima diz respeito a sujeitos que possuem maior vulnerabilidade as críticas, sentimentos de menos valia, insegurança e conformismo (GOMES; SILVA, 2013). Tais critérios irão depender da individualidade de cada sujeito, a forma como entendem a vida e a sua história pregressa. Segundo pesquisa realizada por Caetano, Cabana e Lima (2017), a forma de enfrentamento de pacientes queimados revela sentimentos de perda, insegurança e dúvidas sobre si próprio em decorrência dos impactos causados pelas lesões corporais. Este posicionamento pessoal pode estar relacionado às

perdas durante o período de internação até a reinserção do indivíduo na sociedade. A visibilidade da cicatriz tem sido significativamente relacionada à redução da satisfação com a aparência, percepção aumentada de outras reações negativas à aparência e estigmatização percebida (SOUSA; SONAVANE; KURVEY, 2013, p.25, tradução nossa).<sup>1</sup>

## 5.6 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS DURANTE A INTERNAÇÃO

Os transtornos psiquiátricos comprometem uma significativa parcela da vida de um indivíduo, provocando sintomas com profundo sofrimento emocional e importantes rupturas nas esferas biopsicossocial do sujeito acometido. Durante o período de internação o paciente queimado pode desenvolver algumas complicações psicopatológicas devido ao trauma vivido. Os impactos psicológicos causados por acidentes de queimadura poderão variar de acordo com o estado emocional prévio do paciente, aspectos constituintes da personalidade, mecanismos de enfrentamento, além da dimensão da lesão (PARTRIDGE & ROBINSON, 1995; TARRIER & COLS., 2005, apud MEDEIROS; KRISTENSEN; ALMEIDA, 2009, p.4). De acordo com Ferreira (1994), a circunstância em que ocorre o ferimento, consequências e pessoas lesadas no acidente, são fatores que somados colaboram para o estado emocional pós-traumático do sujeito.

Muitos autores referem que há um trauma emocional associado a ser queimado e/ou desfigurado, porém, a natureza precisa do que as vítimas de queimadura experienciam permanece especulativa. A presença de transtornos psiquiátricos prévios pode estar relacionada ao desenvolvimento de

---

<sup>1</sup>Scar visibility has been significantly related to reduced satisfaction with one's appearance, increased perception of others negative reactions to one's appearance and perceived stigmatization.

comprometimentos psicológicos e déficit de ajustamento nos três meses após a lesão por queimadura (QUESTAD et al., 1988; DAVYDOW; KATON; ZATZICK, 2009, apud MEDEIROS et. al, 2012).

Guimarães, Silva e Arrais (2012) afirmam que dentre as comorbidades em indivíduos que sofreram queimaduras possuem maior destaque:

- Síndrome da internação ou Hospitalismo, onde observa-se sentimentos de abandono e desinteresse pela vida, quadros depressivos e desejo de morte. Algumas manifestações são frequentemente observadas em pacientes pediátricos e geriátricos sem a presença de suporte emocional.

- Crises histéricas entendidas como importantes dificuldades na aceitação do acidente são caracterizadas por repetidos momentos de descontrole emocional com a presença de choro intenso e inconformismo.

- Estados de euforia, que apresentam exaltação de humor, eloquência, agitação psicomotora e pensamentos incoerentes ao estado clínico.

- Corpo Fantasmático, imagem corporal comprometida com aspectos de fragilidade e vulnerabilidade na identidade do sujeito.

- Presença dificultosa de reconhecimento no processo de recuperação e medo constante da morte.

- Comportamentos agressivos com a manifestação de reações infantis, fixação em fases anteriores do desenvolvimento e solicitações frequentes à equipe/familiares.

- Negação do acidente, consiste no mecanismo de defesa que surge com a dificuldade de aceitação da experiência traumática.

- Agressividade/revolta, surgimento de comportamentos disruptivos com projeções de sentimentos mórbidos direcionados a equipe bem como aos familiares e culpabilização externa pela dor sentida.

Dentre os transtornos psicológicos em pacientes vítimas de queimaduras, há menções frequentes na literatura a depressão e transtorno de estresse pós-traumático (BRYANT, 1996). Medeiros, Kristensen, Almeida (2009, p.3) apontam que pode ser observado na obra de diversos autores o argumento de

que, além do transtorno de estresse pós-traumático e depressão, outros sintomas observados em pacientes queimados são delírio, ansiedade e comprometimentos no comportamento do indivíduo. Martins (2013, p.5) encontra também em pesquisas de autores diversos que os comprometimentos psicopatológicos mais comuns nos pacientes queimados são delírio e reações psicóticas transitórias, ansiedade, especialmente reação aguda de estresse e Transtorno de Estresse Pós-Traumático, quadros depressivos e diversos comportamentos disfuncionais. A ansiedade e a depressão são sintomas que surgem comumente em concomitância, prevalecem de vinte e cinco a sessenta e cinco por cento após o período de um ano ou maior extensão (LAPORTE; LEONARDI, 2010).

Em pacientes vítimas de queimaduras, a prevalência do TEPT varia entre nove a trinta e cinco por cento quando os pacientes são avaliados entre dois a quatro meses após a queimadura (YU; DIMSDALE, 1999, apud MEDEIROS; KRISTENSEN; ALMEIDA, 2010, p.3). Segundo Quintas (2008), a compreensão dos quadros de TEPT são de suma relevância pois apresentam importantes manifestações bio-psicológicas ao paciente. Sintomas como insônia, pesadelos, taquicardia, rememoração do incidente, medo e culpa podem ser encontrados no indivíduo traumatizado. As lesões oriundas de queimaduras são definidas como originárias de um acidente traumático severo, classificado como um evento estressor na etiologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (MEDEIROS; KRISTENSEN; ALMEIDA, 2009).

Para Figueira e Mendlowicz (2003) o TEPT relaciona-se com o evento o qual o sujeito vivenciou, testemunhou; ou quando confrontado com eventos que envolveram ameaça de morte ou de grave ferimento físico; ameaça à integridade física ou à de outros; reação de intenso medo e impotência ao evento ocorrido.

No estresse pós-traumático, o evento desencadeador dos sintomas é revivido de forma persistente por meio de: memórias desagradáveis, recorrentes e intrusivas na forma de imagens, pensamentos ou sensações; sonhos desagradáveis e recorrentes sobre o evento; agir ou sentir-se como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente; desconforto psicológico intenso quando exposto a estímulos que simbolizem o ocorrido (p. ex., aniversário do evento, ver pessoas parecidas

com o agressor, ver armas);reatividade fisiológica, com sintomas autonômicos, ao ter contato com esses estímulos (RAMOS, 2007, p.340).

De acordo com um relato de caso descrito por Andreasen et al. (1972) citado por Carlucci et al. (2007, p.22), observou-se em pacientes que sofreram queimaduras, na fase aguda, a presença de choque emocional manifesto por sintomas como labilidade emocional, estado de alarme, insônia e pesadelos com o fato ocorrido. Pensamentos e imagens intrusas sobre o acidente da queimadura, as predições catastróficas sobre o futuro, distúrbios do sono, pesadelos, flashbacks é uma propensão dos pacientes queimados também presente na literatura (TERRIE, 1995 apud GARRIDO, 2005, p.24).

Os pacientes queimados apresentam comumente ansiedade relacionada ao tratamento e resultados, sendo assim, aumenta-se a percepção da dor destes indivíduos, formando-se um ciclo dor-ansiedade. Tal ciclo é descrito por Scherer (1995), caracterizado por irritabilidade, queixa, inquietudes, choro e solidão. Segundo Latarjet (2002) citado por Martins (2013, p.11) a dor pode ter influência na alteração do estado emocional do paciente, com aumento de sintomas depressivos e ansiosos, desejo de morte, alteração no comportamento como agressividade, apatia, além de propiciar o surgimento de quadros psicopatológicos.

De acordo com Patterson et. al (1993) citado por Carlucci et al. (2007, p.27) é necessário considerar que dentre os internados na unidade de queimados, há uma grande parcela com incidência de transtornos psiquiátricos prévios, e que estes, tendem a permanecer mais tempo hospitalizados e desenvolvem mais complicações psiquiátricas e psicológicas após a queimadura, podendo passar por modos disfuncionais de adaptação e adequação como, regressão, falta de controle da agressividade e depressão. Os mesmos autores referem que estes indivíduos apresentam depressão, impulsividade e comportamentos desadaptativos regressivos (PATTERSON et al., 1993 apud CARLUCCI et al., 2007).

Queimaduras em zonas visíveis, como face e mãos, estão na base de maior dificuldade de adaptação de sintomatologia ansiosa e depressiva. WIECHMAN et al 2001, apud MARTINS 2013, p.11). Para os autores Sadock e Sadock (2004) pacientes com humor deprimido referem sentimentos de culpa, perda de energia e interesse, comprometimentos na concentração, pensamentos de autoextermínio, modificações cognitivas e ritmos biológicos.

Desta forma, a observação destes comprometimentos psicológicos deve ser realizada com atenção e cautela, pois o paciente queimado encontra-se fragilizado tanto física quanto emocionalmente e por esta razão necessita de apoio e acolhimento neste momento. Compete ao psicólogo oferecer espaço para que este possa falar sobre suas angústias, além de compreender o sofrimento em sua esfera simbólica através de uma escuta diferenciada dos demais membros da equipe. É desta específica inserção profissional do psicólogo que trataremos na sequência, no terceiro capítulo da presente pesquisa.

## 6. PSICOLOGIA HOSPITALAR EM UNIDADE DE QUEIMADOS

Os conhecimentos produzidos no atendimento ao paciente queimado foram se aperfeiçoando com o decorrer do tempo, modificando-se substancialmente. Os procedimentos antes utilizados no cuidado a estas lesões eram totalmente empíricos, sendo paulatinamente substituídos pelo desenvolvimento de investigações científicas até que se chegasse a conclusão de que estes indivíduos necessitavam de atendimentos interdisciplinares em centros especializados para atender as demandas específicas e fornecimento de suporte adequado. Existem poucas referências a respeito do início dos tratamentos a queimaduras, com escassas menções sobre a utilização de infusões e plantas medicinais pelos indígenas (BENAIM; LIMA JR.; SERRA, 2008).

Os mesmos autores referem que as primeiras publicações na América Latina datam do século XIX. Em 1940 houve grandes evoluções no tratamento de queimaduras como a criação da Sociedade Latino-Americana de Cirurgia Plástica em São Paulo. Já na segunda metade do século XX começam a surgir inclinações nos hospitais voltadas para uma assistência mais eficaz e especializada ao paciente queimado.

Conforme Mariani (1995), os tratamentos especializados no Brasil iniciaram em 1948 no Hospital das Clínicas da FMUSP, com a criação de quarenta e três leitos, três salas para procedimentos de curativos, uma sala para balneoterapia e ambulatório anexo. Entretanto, para Silva (1995), os primeiros registros surgem em 1949, no Hospital Municipal Souza Aguiar no Rio de Janeiro, onde o Dr. Ivo Pitanguy coordenava um núcleo de pacientes queimados. No ano de 1961 ocorreu um importante acidente no Rio de Janeiro, onde uma cobertura plástica fora consumida, ocasionando quatrocentas mortes. Com este infortúnio, o hospital Municipal Antônio Pedro organizou-se para atender a grande demanda. Portanto, os hospitais que dispunham de serviço de Cirurgia Plástica, foram gradativamente criando setores específicos até chegar à criação de Centros de Tratamento de Queimados.

Neste cenário, outro importante marco foi a criação do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital do Andaraí em 1974, criado pelo Dr. Oscar Plaisant, considerado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional em queimados (SILVA, 1995). No mesmo ano, o incêndio do Edifício Joelma marcou a história do atendimento a indivíduos queimados devido ao grande número de vítimas e a deficiência concomitante de leitos bem como escasso suporte de saúde no atendimento a estes pacientes. Em 1988, dos quinhentos e setenta e dois Municípios de São Paulo, apenas sete possuíam uma Unidade para Queimados apresentando não somente carência de serviços especializados, como também de profissionais com capacitação para os atendimentos (MARIANI, 1995).

No Recife, em 1995 surge a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), uma associação civil sem fins lucrativos com o intuito de promover e contribuir com os estudos científicos, pesquisas e divulgação do conhecimento técnico e prática no cuidado a queimaduras. Além de promover conscientização dos aspectos preventivos de acidentes, com a cooperação internacional na divulgação de informações, bem como afiliação com outras organizações (LIMA JR.; BORGES; NOVAES, 2008). De acordo com Coutinho (2008), os Centros de Tratamento de Queimados (CTQ) são unidades especializadas no atendimento de pacientes grandes queimados com risco iminente de morte. É um local de muito sofrimento, com procedimentos invasivos que provocam dor, trazendo graves impactos e comprometimentos nos pacientes, familiares e equipe de saúde. Além da angústia física, o paciente sofre psicologicamente, necessitando de apoio, suporte, compreensão e paciência de todos que o cercam (SINDER, 2006).

Tendo em vista todo sofrimento destes pacientes e o número crescente de acidentes faz-se necessário o aprimoramento e conhecimento das alterações físico/psicológicas no tratamento e cuidado ao sujeito queimado. Salienta-se aqui a emergencial atenção aos impactos emocionais e desequilíbrio psíquico através da atuação do psicólogo hospitalar nestas unidades. Cujas intervenções vão em direção à diminuição e controle da dor, enfrentamento da vivência

traumática além da adesão aos tratamentos, que tomaremos como foco do presente capítulo.

Sabe-se que o trabalho de psicólogos vem sendo reconhecido em ambiente hospitalar, porém nas unidades de queimados tais profissionais ainda são escassos apesar da alta complexidade de suporte emocional demandado por estes pacientes (GUIMARAES; SILVA; ARRAIS, 2012). Segundo Dimenstein (2000) existe um número reduzido de pesquisas e produção científica acerca da atuação dos psicólogos em Unidades de Queimados, consequência decorrente do processo lento de inserção de profissionais da psicologia nas unidades especializadas.

A hospitalização pode ser vivida como um dos momentos mais delicados do adoecer, nos revelando a fragilidade da condição humana. Envolve questões existenciais relacionadas à forma como o indivíduo compreende e atribui significado as experiências vividas e a maneira pela qual pensa, sente e lê o mundo. A singularidade de cada um faz com que passe pelo processo do adoecimento de formas diferentes. Por conseguinte, o trabalho realizado pelo psicólogo vislumbra o entendimento do sujeito de forma única, apreendendo tais vivências a partir da ótica do simbólico. A atuação deste profissional no atendimento ao paciente queimado pode oferecer, portanto, subsídios no enfrentamento do trauma, acolhimento durante o processo de internação, fortalecendo no sujeito reconhecimento de si mesmo, sua realidade e melhores condições psíquicas.

Sabendo-se que a vida é o resultado de escolhas de cada indivíduo, o adoecer fornece uma oportunidade de adoção de novas atitudes e ações, que, influenciam as diversas áreas adaptativas da vida afetivo-relacional, cultural, produtiva e de autocuidado ou preservação (SIMON, 1983 apud CEREZETTI, 2010, p.20).

O sentido dado a experiência pode ser alterado se o indivíduo fizer reflexões, modificando percepções distorcidas em compreensão e aceitação da necessidade de seu tratamento (QUINTAS, 2008). De acordo com Passos e

Benevides (2006) citados por Lima Jr.; Novaes e Gomes (2008) acolher significa atuar na atenção e prestação de serviço de forma que se possa ouvir os pedidos dos pacientes, assumindo no trabalho efetuado uma postura capaz de abrigar e escutar genuinamente um indivíduo, implicando resolutividade e responsabilização por parte do profissional.

Gerrig e Zimbardo (2002) citados por Cerezetti (2010), descrevem a psicologia da saúde como o ramo da psicologia que visa a compreensão dos motivos pelos quais as pessoas adoecem, as formas de enfrentamento à doença e as estratégias para manterem-se saudáveis. Neste sentido, conforme Simonetti (2014), a psicologia hospitalar é o campo de compreensão e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, onde toda doença apresenta-se repleta de subjetividade, e com isso, o indivíduo comprometido pode obter benefícios da atuação do psicólogo hospitalar.

O aspecto psicológico é o nome que damos para as manifestações da subjetividade humana diante da doença, tais como sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer. Esses aspectos estão por toda a parte, como uma atmosfera a envolver a doença, transmutando-a em adoecimento, e, dependendo do caso, podem aparecer como causa da doença, como desencadeador do processo patogênico, como agravante do quadro clínico, como fato de manutenção do adoecimento, ou ainda como consequência desse adoecimento (SIMONETTI, 2014, p.16).

O psicólogo através do contato acolhedor, dialoga com o paciente mostrando-lhe a necessidade de se ajudar no combate e superação a situação dolorosa, ouve suas queixas, esclarece pensamentos destrutivos e prepara o indivíduo para enfrentar cada etapa do processo de recuperação (FIRMINO, 1995). Desta forma, a intervenção psicológica em Unidades de Tratamento de Queimados permite um olhar sobre o sujeito de maneira única, possibilitando que sua subjetividade seja expressa através das palavras, tornando possível a diminuição e alívio no sofrimento, além de viabilizar novas formas de pensar e sentir a vivência traumática (FIRMINO, 2006).

Em relação as atividades exercidas por este profissional, a resolução do Conselho Federal de Psicologia de 2001, Art. 5, item VII, pontua que o especialista em Psicologia Hospitalar exerce sua função nas instituições de saúde, onde participa de serviços de nível secundário ou terciário na atenção à saúde, participando de estudos científicos e pesquisas que visam o desenvolvimento e aperfeiçoamento nesta área fornecendo subsídios complementares na formação de outros profissionais da saúde. Cabe ao psicólogo atender pacientes, familiares e equipe multidisciplinar em suas demandas psíquicas e comprometimentos de ordem emocional. Com relação ao suporte oferecido aos pacientes, tais profissionais atuam com avaliações e acompanhamento de fatores psicológicos em internações, procedimentos médicos e cirúrgicos diante do processo de adoecer, visando promover a adequação biopsicossocial destes sujeitos. O apoio psicológico é fornecido em atendimentos psicoterapêuticos; grupos; suporte ambulatorial; ocorrências emergenciais; Unidades de Terapia Intensiva; enfermarias; atividades psicomotoras; interconsultas; avaliação e psicodiagnóstico. Além disto, faz mediações nas relações médico/paciente, paciente/família e paciente/paciente. Quanto ao trabalho desenvolvido junto à equipe de saúde, este participa de reuniões abordando informações pertinentes à sua área de atuação e possíveis dificuldades subjetivas dos membros da equipe (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2006).

O profissional do setor de psicologia deve contemplar em seus atendimentos a visão de um indivíduo integrado, com suas diversas esferas que se relacionam entre si através de uma ótica biopsicossocial. Por esta razão, o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar vem construindo apontamentos de suma relevância nos últimos anos para propor reflexões junto aos pacientes. A partir de uma visão de ser humano para além de sua dimensão físico/orgânica, para assim, situá-lo num contexto mais profundo e amplo de sentido e significados, abrangendo a atenção a dimensões psíquicas, emocionais, sociais e espirituais (PESSINI & BERTACHINI; 2004 apud MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006, p.328).

Segundo Quintas (2008), a escuta do psicólogo no contexto hospitalar é voltada para a prevenção, atentando para a demanda do indivíduo e sua relação situacional, com pensamentos e sentimentos. Auxilia, portanto, o paciente na compreensão de suas demandas, além de visualizar possibilidades de enfrentamento mais saudáveis do momento de hospitalização, com tentativas de redução das angústias e fantasias. Compartilhar a experiência dá contorno a ela, e assim, o paciente não mais tomado e atravessado pelo problema, poderá então "movimentar-se" em busca de soluções (QUINTAS, 2008, p.283).

Na psicologia hospitalar procura-se ainda fornecer apoio e subsídios ao paciente para que possa ultrapassar a fase em que se encontra, utilizando-se de seus recursos internos, a fim de promover maior resiliência durante o processo de hospitalização, bem como amenizar a dor correspondente a esta. É sabido que o adoecer traz consigo profunda fragmentação na vida do paciente, perdendo sua individualidade e autonomia. Neste contexto, portanto, possibilita dar voz a este sujeito, fazendo com que possa expressar pensamentos e sentimentos experienciados durante o período de internação, de forma a atribuir significado a esta vivência em sua vida. Segundo Campos (1995) tal profissional deve auxiliar o paciente a diminuir o sofrimento vivenciado, convidando-o a falar de si, seus medos e fantasias. Sebastiani (1984) citado por Campos (1995, p.80) argumenta que o médico deve ouvir o "discurso objetivo da doença" e, junto a ele, o psicólogo deve "auscultar o silêncio do sofrer e todas as derivações subjetivas que ele traz".

A conversa que o psicólogo proporciona ao paciente não é uma conversa comum. E sim, assimétrica, ou seja, um dos participantes fala mais do que o outro, e é exatamente o silêncio desse outro que dá peso, consequência e significado à palavra do primeiro. E é bom que seja assim, pois no hospital há muitas pessoas querendo dizer ao paciente o que ele tem de fazer, querendo dar conselhos, estimulando, mas não há ninguém, além do psicólogo, querendo escutar o que ele tem a dizer. Ocorre que é mesmo muito angustiante ouvir o que uma pessoa doente tem a dizer; são temores, dores, revoltas, fantasias, expectativas que mobilizam muitas emoções no ouvinte. E é aí que entra a especificidade do psicólogo: nenhum outro profissional foi treinado para escutar como ele (SIMONETTI, 2014, pág. 24).

Esta escuta deve ser cuidadosamente tecida nas situações de sofrimento intenso contido na experiência traumática da queimadura, trazendo momentos de profunda dor e desorganização psíquica. O paciente vivencia não somente o momento do choque em que ocorre a lesão, mas também todo o processo de abalo físico e emocional durante o período de internação. O traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações excessivo à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente essas excitações [...] (GOBBI, 2013, p.239). Segundo Quintas (2008) o trauma surge em resposta a um desequilíbrio psíquico, onde o indivíduo tem sua capacidade de enfrentamento reduzida em uma situação de ameaça. Para tanto, o profissional da psicologia acolhe e promove suporte emocional, visualizando este sujeito em sua subjetividade, além do entendimento do significado e o sentido atribuído ao evento traumático pelo paciente inserido em sua trama de vida.

O psicólogo deve atentar-se a chegada do paciente ao Centro de Tratamento de Queimaduras para que possa colher informações do paciente através da anamnese, bem como compreender junto à equipe de saúde o que fora observado no momento de internação (FIRMINO, 2006). O mesmo autor refere ainda que os primeiros contatos com pacientes gravemente queimados são dificultosos devido a seu quadro clínico, que muitas vezes encontram-se sedados, desorientados ou até mesmo impossibilitados para contactar. De acordo com Dalgarrondo (2008) a entrevista inicial é considerada imprescindível e crucial no diagnóstico e tratamento em saúde mental, devendo-se observar os aspectos globais do paciente, postura (ativa, passiva), atitudes (confusa, inibida, não-cooperante, entre outras) e aspectos físicos. Além disto, o mesmo autor refere que em pacientes organizados mentalmente, fora de um estado psicótico, devem ser feitas perguntas abertas permitindo que os pacientes se expressem livremente; nos pacientes desorganizados com nível intelectual reduzido e/ou estados psicóticos, os questionamentos necessitam ser mais estruturados com perguntas simples e dirigidas.

O apoio psicológico deve ser oferecido desde o início para que se possa atenuar respostas emocionais exacerbadas prejudiciais ao indivíduo, evitando o desenvolvimento de possíveis transtornos psiquiátricos e melhor adesão aos

tratamentos e colaboratividade no período de internação (QUINTAS, 2008). É necessário considerar alguns aspectos determinantes no paciente acometido por queimaduras, tais como a ansiedade e expectativa do sujeito em relação ao tratamento e seu prognóstico; avaliação de possíveis comprometimentos emocionais; a função e papel exercido por este indivíduo no seio familiar e seus significados para ele. Por fim, e não menos importante, a rede de apoio que recebe, bem como a aceitação advinda destes em relação a situação do ocorrido, com a presença de cicatrizes e sequelas, físicas e emocionais (MARTINS; BRAVO, 2006). As perguntas feitas pelo profissional modelam a queixa, visando à identificação de um caminho terapêutico (CAPRARA; FRANCO, 1999, apud LIMA JR.; NOVAES; GOMES, 2008, p.570).

De acordo com o manual de diretrizes clínicas da Unidade de tratamento de queimadura do Hospital João XXIII/FHEMIG coordenado pelo professor Ivo Pitanguy, com a colaboração das psicólogas Liza Maria de Oliveira Perpétuo e Raquel Mico Minini, em 2013, em relação a assistência psicológica, ocorrem atendimentos iniciais a partir do momento em que o indivíduo chega a Unidade de Queimados, com a realização de anamnese e avaliação das demandas deste paciente. Os atendimentos são realizados dentro ou fora do leito, conforme o estado físico de cada paciente, sendo que o número de sessões irá depender de cada sujeito. As modalidades de atendimento diferem, sendo prestadas a crianças através da ludoterapia, e em adultos e familiares, orientação e suporte terapêutico na preparação emocional em procedimentos cirúrgicos. Além disto, as autoras supracitadas referem a importância de auxiliar o processo do paciente para que este possa ser responsável por seus atos e escolhas, de forma a ser mais colaborativo e participativo em seu tratamento, bem como concluir e avaliar o indivíduo para possíveis encaminhamentos em serviços de saúde mental ou continuidade nos atendimentos.

Segundo Quintas (2008), um dos principais objetivos do trabalho realizado por psicólogos é oferecer escuta identificando as demandas do paciente. Também é necessária a interação com a equipe, estar sempre disponível, o que significa *estar* em plantão. Além disto, os atendimentos em ambiente hospitalar

ocorrem fora de uma estrutura tradicional, com *setting*, número de sessões e tempo pré-estabelecido, tendo como proposta trazer o paciente para a possibilidade de uma reflexão crítica, colaborando com sua auto-percepção e auto-regulação enquanto indivíduo adoecido e participante de seu tratamento. Portanto, a tarefa do psicólogo em UTQ é de ouvir sobre o que o paciente pensa e sente sobre seu estado durante o período de internação para que possa se perceber em situação de cuidado e mobilizar seus recursos internos de enfrentamento. Cabe ao psicólogo a partir da situação de internação, traçar o perfil psicológico do paciente além de observar se existe a presença de algum transtorno mental ou possível predisposição a desenvolvimento destes para que se tenha adequadas condutas, como encaminhamentos psiquiátricos. Também ressalta-se aqui a importância da atenção e cuidado direcionada a equipe de saúde. É indicada a avaliação do nível de dificuldade de lidar com estes pacientes e com as questões colocadas nesta relação (FIRMINO, 2006).

[...] nossa atenção se centraliza em compreender: Quem é o paciente? Em que circunstâncias ocorreram sua doença? Há uma reação entre sua história de vida e o seu adoecimento? E qual a dimensão dada ao seu sofrimento? Diante de tais questionamentos, importa, portanto, como este ser reage a uma nova condição e quais os seus recursos psíquicos disponíveis para o enfrentamento da situação (QUINTAS, 2008, p. 285).

Azevêdo (2010) refere um protocolo de avaliação psicológica em crianças queimadas estruturada em três etapas: Na primeira fase, Informações preliminares sobre a criança, caracterizada por uma abordagem inicial com a coleta de dados psicossociais como redes de apoio desta criança, nível socioeconômico e características da dinâmica familiar a que pertence (poderá ser realizada por meio de entrevistas individuais com os pais e criança);além disto, é neste momento que o profissional deve avaliar as funções psíquicas do paciente através do relato verbal e não-verbal, e questões relacionadas ao conhecimento deste indivíduo acerca da hospitalização. Posteriormente, na segunda etapa, denominada Observação de aspectos relevantes, envolve processos adaptativos relacionados as motivações de enfrentamento, a forma de vinculação com o acompanhante no hospital e a relação desta criança com a

equipe de saúde. O terceiro momento do protocolo, Aplicação dos instrumentos de avaliação, é a fase onde o psicólogo a partir dos dados colhidos anteriormente poderá escolher os melhores testes a serem aplicados, a partir das seguintes opções: Entrevista Lúdica, Desenho Figura Humana (DFH), Inventário de Depressão Infantil (CDI), Escala de Stress Infantil (ESI) e Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH).

Em casos cirúrgicos, o psicólogo primeiramente atua no pré-operatório através da psicoprofilaxia, podendo utilizar-se da aplicação de desenhos, dramatizações e esclarecimentos cognitivo-emocionais, visando acolher colocações de possíveis dúvidas e medos. No pós-operatório faz o acompanhamento psicológico durante sua recuperação (CAMPOS, 1995).

Os autores Guimarães, Silva e Arrais (2012) propõem a seguir um protocolo de atendimento a ser realizado em UTQs:

**Proposta de protocolo de atendimento da psicologia hospitalar a pacientes, equipe e familiares em tratamento na unidade de tratamento de queimados.**

Protocolo de Atendimento da Psicologia Hospitalar a Pacientes Adultos e Idosos Queimados			
Atividade	Definição	Objetivo	Público-alvo
Acolhimento Psicológico	É o primeiro atendimento da psicologia, deve oferecer apoio, auxiliar na segurança emocional e estabilidade psicológica do paciente frente à situação adversa	Acolher o paciente e avaliar seu atual estado psicológico e psíquico; compreender, se possível, seus relatos pessoais e a história de seu acidente (Avaliação resumida)	Paciente e familiares
Ronda Hospitalar	Contato com os pacientes nas enfermarias e outras áreas da UTQ	Acompanhamento e avaliação do estado geral de pacientes e de familiares. Momento de diálogo e troca de conhecimento com o paciente sobre sua hospitalização; avaliar a adesão ao tratamento, assim como escuta e possível acompanhamento à família. Atendimento psicoterápico	Paciente e familiares
Visita Interdisciplinar	Interação e troca de informação interdisciplinar sobre estado geral do paciente	Acompanhar a evolução e atualizar paciente e membros da equipe sobre necessidades, novas demandas, preparos e intervenções nos vários níveis disciplinares sobre tópicos que sejam pertinentes	Equipe interprofissional e paciente
Reunião Interdisciplinar	Discussão de casos clínicos com a equipe multidisciplinar	Discutir e avaliar conjuntamente com a equipe as melhores estratégias de atendimento e tratamento ao paciente, assim como as dificuldades encontradas e suas possíveis soluções	Equipe interprofissional
Grupo de atendimento aos pacientes	Atendimento psicológico em grupo	Falar sobre as questões gerais que afetam emocional e psicologicamente a todas as vítimas de queimaduras, como autoimagem, autoestima, dor e preconceito. Subsidiar a construção de uma autoimagem capaz de favorecer sua estima e cidadania	Pacientes
Atividade terapêutica	Atividades de relaxamento, integração corporal, oficinas, dinâmicas em grupo, etc	Realizar atividades de integração e socialização com o intuito de manter estabilidade emocional e prevenção psíquica	Pacientes
Atendimento aos membros da família do paciente	Atendimento individual a cada família	Oferecer suporte, apoio, esclarecimentos e encaminhamentos; avaliar como cada família enfrenta a hospitalização de um de seus membros	Familiares
Grupo de famílias	Atendimento em grupo aos familiares de pacientes internados em UTQ	Atender às demandas emocionais dos familiares e esclarecer demandas mais frequentes e comuns	Familiares
Acompanhamento antes e durante procedimentos invasivos	Comunicação, preparação psicológica e esclarecimentos de dúvidas e inquietações sobre os procedimentos visando adesão ao tratamento	Preparar, tranquilizar e fortalecer o paciente para o enfrentamento de possíveis reações e exigências a determinadas intervenções causadoras de ansiedade, dor, incômodo e modificações, tais como cirurgias, enxertos, desbridamento, escarotomias, fasciotomias, etc	Paciente e familiares
Manejo da dor	Reconhecimento das dores e sua dimensão psíquica e subjetiva	Avaliação do grau da dor, interações psicossomáticas e possíveis comprometimentos e comorbidades; Avaliação das necessidades de procedimentos psicoterapêuticos para diminuição e prevenção a dores	Paciente

Fonte: Guimarães, Silva e Arrais (2012, p.133).

No cenário da UTQ os pacientes muitas vezes aproximam-se da morte real ou simbólica e questões acerca da finitude, tanto do corpo idealizado, mas também de sua própria existência. Os impactos sentidos na desfiguração da pele podem ser sentidos com estranhamento ou desconhecimento de sua antiga percepção de si mesmo e ter de lidar com uma nova realidade, ressignificando-

a. A queimadura provoca no indivíduo um sentimento de desproteção, abandono e desamparo. Conforme Firmino (2006), no início o paciente pode apresentar respostas de negação para minimizar o impacto da realidade dolorosa, pois é lançado de encontro a fantasias de aniquilamento, rupturas e terminalidade. Em poucos dias, o sujeito ao entrar em contato com estas questões pode desenvolver um quadro depressivo, merecendo profundo cuidado e apoio neste período. Para Bromberg (1997) citado por Cerezetti (2010, p.55), a ansiedade diante da morte é um aspecto relevante na observação da vivência do paciente, pois está diretamente relacionada com perdas de vínculos. Traz neste sentido uma revivência de ansiedades anteriores, relacionadas a rupturas em sua vida.

Deve-se lembrar que aqueles que permanecem após uma perda sofrem substancialmente, mas os que estão próximos a morte vivem a perda absoluta da própria vida. Tais constatações comprometem e afetam, portanto, as relações, despertando sentimentos de ambivalência entre os envolvidos, apresentando extrema dificuldade no manejo e enfrentamento da situação caso não haja uma boa comunicação entre as partes. O trabalho do psicólogo hospitalar fortalece o paciente e auxilia em seu autoconhecimento, no enfrentamento da dor física e existencial, ao luto e perdas vivenciadas e em sua reorganização, em uma descida profunda em busca do que restou de si e de seu corpo após o evento traumático da queimadura (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998 apud GUIMARÃES; SILVA; ARRAIS, 2012, p.129).

Acolher, nomear as sensações desse corpo que sofreu queimaduras, transformando-o em um corpo falado, pois ele é sensível à palavra e às relações de troca mediadas pela fantasia, é, portanto, um caminho não só para a elaboração de uma vivência traumatizante, mas uma possibilidade: a de transformação, pela fala, de feridas horríveis em um saber (GOBBI, 2013, p.252).

Os pacientes sofrem influência não somente da natureza da própria lesão como também da concepção que o sujeito atribui as suas causas, bem como por decorrências secundárias que o comprometem, como restrição das atividades antes habituais, administração de fármacos, dietas alimentares, intervenções e procedimentos cirúrgicos, assim como o processo de hospitalização. Cada ser

humano elabora sua autoimagem acentuando ou modificando diferentes aspectos em função das vivências anteriores e atuais. As modificações pelas quais o paciente queimado irá passar no decorrer dos processos de internação, possivelmente produzirão impactos em sua vida, desta forma o acompanhamento psicoterápico durante a internação e pós-alta é de extrema relevância para auxiliar na continuação e sustentação da capacidade egóica do sujeito além do auxílio no enfrentamento de fantasias de estranhamento e perseguição, comumente encontrados quando ocorrem comprometimentos na imagem corporal do paciente (FIRMINO, 2006). De acordo com Gobbi (2013) a queimadura pode alterar substancialmente o esquema corporal do paciente, causando a destruição do saber relacionado a experimentação deste indivíduo no mundo, fazendo com que fique imerso em angústia.

Quando e se, devido a um acidente ou doença, algo ocorre que destrói ou modifica qualquer parte do nosso corpo, nós necessitamos reorganizar completamente a nossa própria imagem e, enfim, a concepção que fazemos de nós mesmos (SCHACTER & SINGER, 1962, p. 379 apud MARINHO et. al, 2005).

Além da dor emocional vivida pelo paciente queimado, este tem de enfrentar momentos de grande sofrimento de ordem física durante sua internação, tendo no psicólogo suporte e auxílio nestas situações de crise. Conforme Serra e Bastos (2008) a angústia, ansiedade, medo, irritação e outras manifestações do emocional dos pacientes podem potencializar o grau de dor experienciada. O componente de dor é influenciado diretamente em relação ao estado psíquico em que se encontra o paciente, podendo apresentar isolamento, ansiedade, medo e depressão, causando por conseguinte, impactos negativos que repercutem em comportamentos desadaptativos como hostilidade, além de provocar no indivíduo sofrimento e preocupações acerca de perdas e sentimentos de medo da morte (TEIXEIRA; YENG, 2013). Para Gobbi (2013) o psicólogo fornece uma escuta diferenciada, particularizando a dor, o que implica questionar "como é sua dor?", "onde dói?", "quanto dói?", onde cada um possui sua dor e só pode ser relatada por quem a sente.

A dor do banho; a dor da angústia; a dor em si; a dor pela hospitalização prolongada; a dor da dependência; a dor do abandono pela rejeição ou o medo desta; a dor de autoagressão misturada à culpa e autopunição; a dor da vida de não habitar seu corpo; a dor do futuro, da volta ao meio social com marcas inscritas no corpo. A dor vem lembrar a todo instante as marcas do ato (COSTA, 1999, apud GARRIDO, 2005, p.23).

Angerami-Camon (2002) propõe modelos psicológicos de manejo no enfrentamento da dor aguda através de:

- Promoção de elementos na estrutura psicológica visando redução da tensão muscular, como exercícios de relaxamento progressivo, usados para aliviar a ansiedade e conseqüentemente a dor;

- Modificações de respostas cognitivas e afetivas disfuncionais, como preocupação demasiada consigo mesmo ou estado de saúde;

- Incentivo a atividades saudáveis que mobilizem a qualidade de vida do sujeito e seu bem-estar, como exercícios e práticas laborais;

- Manutenção destas alterações em seu ambiente natural, como por exemplo, inclusão de familiares no tratamento para que haja continuidade nos novos padrões comportamentais;

- Tratamento Cognitivo-Comportamental dando ênfase em características sensoriais, de fundo afetivo, cognitivo e comportamental para que assim possa alterar pensamentos, sentimentos de abandono e desamparo face a comportamentos desadaptativos, bem como fenômenos sensórios, disfuncionais modificando a experiência da dor;

- Técnicas de Hipnose, com procedimentos de indução a estados hipnóticos como forma de analgesia, com sugestão direta de amortecimento ou perda de sensação na parte do corpo acometida, além de desvio da atenção através de imaginação ativa;

- Terapia de Grupo estruturada para dor, envolvendo apoio mútuo entre os integrantes com a expressão emocional destes, além da aprendizagem de comportamentos mais adaptativos.

A participação dos familiares durante o processo de hospitalização colabora com o desenvolvimento de um ambiente acolhedor, facilitando a incorporação e enfrentamento da experiência traumática de forma a reduzir tensões e riscos de crise. Além disto, a escuta destes membros contribui com o fornecimento de dados referentes ao paciente, dinâmica familiar e relações vinculares. Os impactos sofridos também são sentidos pelos membros da família, com os quais o psicólogo poderá atuar frente as percepções e significados atribuídos. Assim sendo, poderá avaliar a necessidade de intervenções terapêuticas em comportamentos e contraproducentes, visando apoio e diminuição da angústia psicológica dos familiares, e conseqüentemente, melhor prognóstico destes pacientes.

Como descreve Cerezetti (2010) os familiares podem auxiliar na recuperação do paciente bem como dificultar o processo de restabelecimento. Deve-se, portanto, conhecer esta família, observar a dinâmica entre os membros e a forma de enfrentamento, além de compreender o significado deste adoecimento para eles, se os aproxima ou os distancia, deixando-os ansiosos. Por esta razão, a psicologia hospitalar não deve atender apenas o paciente hospitalizado, mas também deve incluir em seus cuidadosos membros da família, os quais também são impactados pelo processo do adoecer. A família do paciente sofre muitos impactos emocionais por ver seu ente querido ameaçado em relação à vida, com dores e lesões corporais, bem como pelo período de enfrentamento e distanciamento do vínculo afetivo. O psicólogo deverá convocar os membros familiares para entrevistas, no intuito de discutir questões emocionais relativas ao incidente com possíveis recomendações e encaminhamentos para atendimento psicoterápico. Além disto, deve-se averiguar quais entes podem ser fontes iatrogênicas ao paciente, para que se tome as devidas medidas e precauções, de forma que não comprometam a evolução do caso e não causem prejuízos ao tratamento do paciente. Para Bromberg (1997) citado por Cerezetti (2010) os familiares podem apresentar os

seguintes comprometimentos: sintomas físicos como estafa e desenvolvimento de doenças; alterações psicológicas como quadros depressivos e ansiogênicos; medo da perda do ente querido; sentimentos de culpa; isolamento e impactos nas relações. Em queimaduras pediátricas, o uso de recursos lúdicos será necessário para que o ambiente hospitalar se torne menos assustador e persecutório, auxiliando em uma boa aproximação além de estabelecimento de vínculo e transferências positivas com a criança. Desta forma as entrevistas devem ser realizadas cuidadosamente, para que em caso de abuso e agressão, a avaliação do pediatra e assistente social também sejam solicitadas (GOBBI, 2016). A mesma autora refere que a escutado profissional deve ser preferencialmente separada dos pais, desde que seja suportável para esta criança, porém a entrevista com os familiares é imprescindível. Caso não for viável o atendimento individual com a criança, cabe ao psicólogo observar as reações do indivíduo frente a estas figuras sobre o que é dito a seu respeito.

É fundamental que o profissional do serviço de psicologia conheça as etapas da hospitalização do paciente queimado, intervenções e procedimentos aos quais será submetido, para que possa compreender e acolher este indivíduo em sofrimento. Ressalta-se a importância da observação do psicólogo nestes contatos iniciais, para que tome nota de informações, investigue as manifestações de comportamentos e emoções do paciente, para que possa direcionar o atendimento de forma precisa. Simonetti (2014) aponta que em casos da presença de extremo desequilíbrio emocional, além do acompanhamento psicológico, encaminhá-lo ao serviço de psiquiatria viabilizando uma efetiva comunicação com a equipe médica. Desta forma, o profissional deve familiarizar-se dos fármacos utilizados para melhor compreensão das manifestações clínicas, psíquicas e comportamentais daquele sujeito. Em especial, os psicofármacos que atuam no Sistema Nervoso Central, com possíveis alterações nos processos mentais, conduta, percepção e consciência. O psicólogo precisa conhecer os efeitos psíquicos dos remédios que o paciente está tomando, sob pena de cometer o erro grosseiro de “psicologizar” os efeitos colaterais de alguma medicação (SIMONETTI, 2014, p.165).

Cabe aos psicólogos conhecer os procedimentos clínicos/cirúrgico de enfermagem, fisioterapia, nutrição, entre outros, que na maioria das vezes são medidas necessárias, mas que provocam desconforto e mais angústia, sendo mais uma "agressão" na percepção do paciente. Percepção aqui compreendida como modo de sentido, que depende do significado que o paciente dá a sua experiência (QUINTAS, 2008, p.284).

Compreende-se que a assistência prestada pela equipe de saúde ao paciente queimado é complexa, e necessita de um conhecimento específico em sua prática. Além disto, cabe orientar os profissionais do setor em relação a importância do trabalho em equipe, de forma que possa articular seus conhecimentos aos demais integrantes da equipe. Os profissionais devem interagir e concentrar esforços nos tratamentos, visando à cura, a reabilitação do paciente queimado, e o estabelecimento de protocolos específicos de terapêutica em queimaduras em cada área de atuação (ALMEIDA, GOMEZ, 2013, p.1). Como resultado teríamos a diminuição da angústia e apreensão no trabalho com pacientes e familiares, gerando desta forma maior integração nos cuidados (COUTINHO, 2008). Segundo Firmino (2006) são necessárias reuniões interdisciplinares semanais, denominadas Reuniões Operativas, onde são abordadas e discutidas questões relacionadas aos casos e ao relacionamento com o paciente. Tais profissionais defrontam-se com difíceis realidades dos pacientes e familiares, e para tanto, também necessitam de apoio psicológico. Em situações de casos de amputação, alguns integrantes de equipe de saúde podem ser impactados psiquicamente, desta maneira, o psicólogo deverá auxiliá-los como forma de melhor enfrentamento e diminuição do abalo emocional, para uma melhor qualidade na prestação do serviço, bem como a preservação da saúde mental dos profissionais (FIRMINO, 2006).

Após examinarmos todas as considerações acima, podemos afirmar que o atendimento ao paciente queimado apresenta inúmeros percalços, dada as infinitas nuances envolvidas no atendimento. Além disto, o trabalho interdisciplinar do psicólogo hospitalar mostra-se como permanente imprescindibilidade em qualquer clínica especializada do hospital

geral, não somente nas UTQs, almejando ultrapassar a multidisciplinaridade das especialidades em busca do entendimento biopsicossocial do sujeito, de fato. Ademais, o desafio do psicólogo como profissional cuja atuação peculiar proporciona um lugar distinto no cenário hospitalar demandando ser conquistado a cada dia.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da queimadura como vivência de desproteção tem como diretriz a pele, órgão que confere demarcação com o limite realístico entre o indivíduo e o ser no mundo. O corpo tem memórias carregadas de sentimentos e emoções que lhe conferem o sentido de proteção, atribuindo ao sujeito um contorno. Ao ser afetado, abala todo o alicerce sensório-emocional, desfragmentando assim, a percepção de si mesmo. Há uma desorientação importante com rupturas significativas no ferimento do eu-pele que tem uma função de identidade, relação e contato com o exterior.

O paciente queimado ao ser atravessado pela experiência traumática é permeado por fantasias de aniquilamento, destruição e finitude, muitas vezes inegável. Ao ver-se sem a pele que antes habitava, não se reconhece e encontra-se destituído desta proteção, do conforto que antes lhe era conferido. Ademais, o duro enfrentamento perante o olhar do outro traz questionamentos sobre as verdades que tem sobre si e as representações que tem na vida.

No confronto com a ruptura da pele, o indivíduo vê-se impotente, perde sua autonomia, depende de cuidados e fica à mercê de sua condição física (e emocional), de forma a evocar profundas frustrações e desequilíbrio em suas emoções.

Saber o quanto um trauma da queimadura pode desestabilizar não só física e funcionalmente como também o aparato psíquico do paciente, auxilia o trabalho do psicólogo hospitalar a fazer seu papel. Propiciar este contorno, desta pele a se refazer, da mesma forma que as feridas deixadas em sua realidade psíquica, fornecendo acolhimento, apoio, e sustentação neste doloroso período. Viabiliza ao sujeito, por conseguinte, um espaço para apoio emocional, propõe através da fala e da reflexão acerca de sua condição, novas formas de pensar, sentir e ser, de maneira a ressignificar e elaborar esta experiência traumática.

O psicólogo contribui, portanto, no auxílio ao indivíduo na busca de recursos internos de enfrentamento mais saudáveis de forma que possa atuar como protagonista de sua própria história. Conhecer, entender e adquirir uma aproximação de tais vivências no paciente queimado cria um espaço possível na compreensão do sofrimento atravessado, viabilizando ao indivíduo dar voz a sua dor.

As marcas deixadas pela experiência da queimadura lembram ao sujeito que o corpo é repositório de memórias, e que inevitavelmente estas farão parte de sua vida. Contudo, tem através da crise a possibilidade de rever valores e fortalecer-se, delineando uma nova linguagem, com outros significados, deixando de ser, para SER no mundo.

Compreender o ser humano em sofrimento na tarefa árdua e incessante da psicologia, traz consigo desafios que merecem empenho no conhecimento especializado. Outrossim, permite um manejo clínico mais adequado e assertivo no cuidado das feridas emocionais, permitindo que o sujeito dê continuidade na vida, remontando novos sentidos, independentemente dos percalços vividos. E por fim, e não menos importante, acudir o indivíduo em sofrimento para que não perca sua identidade, integridade e o amor por quem verdadeiramente é.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Dayane Ferreira de; MEJIA, Priscila Maia. **Assistência fisioterapêutica em queimados: uma revisão de literatura**. [data desconhecida]. 14 f. Pós-Graduação em Fisioterapia Dermatofuncional – Faculdade Cambury, Goiânia, [data desconhecida]. Disponível em: <[http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/19/71\\_AssistYncia\\_fisioterapYutica\\_em\\_queimados-\\_uma\\_revisYo\\_de\\_literatura.pdf](http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/19/71_AssistYncia_fisioterapYutica_em_queimados-_uma_revisYo_de_literatura.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2015.

ALMEIDA, Paulo Cezar Cavalcante de; GOMEZ, David de Souza. Organização de um centro de tratamento de queimaduras. In: FERREIRA, Marcus Castro; GOMEZ, David de Souza. **Tratado de cirurgia plástica: Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da USP**. São Paulo: Atheneu, 2013. cap. 1. p. 1-14.

ANDRADE, Denise de; ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 37-41, nov. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 jan. 2017.

ARAGAO, José Adervalet al. Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 379-382, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-51752012000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 maio 2017.

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos. Construção do protocolo de avaliação psicológica hospitalar para a criança queimada. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 99-109, abr. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712010000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 fev. 2016.

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos. Equipe de saúde e o brincar da criança com queimaduras. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 57-65, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2013000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 fev. 2017.

BENAIM, Fortunato; LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel; SERRA, Maria Cristina do Valle Freitas. História das queimaduras na América Latina. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 1. p. 3-19.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. 19 ed. São Paulo: Saraiva, 1995. 143 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 20 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRYANT, R.A. Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. **Burns**, New York, v. 22, n. 2, p.89-92, Mar. 1996.

CAETANO, Fábila Mayara Ferreira da Silva Caetano; CABANA, Maria Cristina Fonsêca de Lima; LIMA, Cláudia Fonsêca de Lima. Autoestima em crianças e adolescentes com queimaduras. **Humanae**, Recife, v. 11, mar. 2017. Disponível em: <<http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/539/177>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami et al. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002. 176 p.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1995. 112 p.

CANETTI, Marcelo Dominquez; SOUZA, Carlos Alberto Siqueira de. Abordagem Pré-Hospitalar do Queimado. In: MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras: Tratamento Clínico e Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. cap. 15. p. 91-99.

CANTINHO, Fernando Antônio de Freitas. Analgesia e Sedação na Balneoterapia. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel; NOVAES, Flavio Nadruz; PICCOLO, Nelson Sarto. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 20. p. 171-179.

CANTINHO, Fernando Antônio de Freitas. Analgesia e Sedação na Balneoterapia. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 20. p. 171-179.

CARLUCCI, Viviane Dias da Silva et al. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 21-28, mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2015.

CARVALHO, Fernanda Loureiro de. **O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização**. 2006. 118f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-01092006-161604/publico/MESTRADO\\_FERNANDA\\_LOUREIRO\\_DE\\_CARVALHO.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-01092006-161604/publico/MESTRADO_FERNANDA_LOUREIRO_DE_CARVALHO.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2017.

CEREZETTI, Christina Ribeiro Neder. **Avanços da psicologia hospitalar: Por onde caminhamos?** São Paulo: Paulus, 2010. 96 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Altera e regulamenta a Resolução CFP nº014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Resolução CFP nº 02/01 de 10 de março de 2001. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001\\_2.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2017.

COSTA, Maria Cristina Silva et al. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. **CogitareEnferm.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 209-16, jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17849/11644>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

COUTINHO, Guaraciara Barros. Suporte psicológico à equipe. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel; NOVAES, Flavio Nadruz; PICCOLO, Nelson Sarto. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 30. p. 289-293.

CRUZ, Arlete Oguisso da; MULLER, Lourdes. Balneoterapia do paciente queimado: sistematização do atendimento de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 87-90, 1976. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671976000200087&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671976000200087&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 jan. 2015.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

DANILLA, Stefan. Epidemiologia das queimaduras na América Latina. In: LIMA JUNIOR, Edmar Maciel; NOVAES, Flavio Nadruz; PICCOLO, Nelson Sartro. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 3. p. 27-45.

DANILLA, Stefan. Epidemiologia das queimaduras na America Latina. In: LIMA JUNIOR, Edmar Maciel; NOVAES, Flavio Nadruz; PICCOLO, Nelson Sartro. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 3. p. 27-45.

DASSIE, Letícia Toschi Dias; ALVES, Egle de Oliveira N. Moreira. Centro de tratamento de queimados: perfil epidemiológico de crianças internadas em um hospital escola. **RevBras Queimaduras**, Porto Alegre, RS, v. 10, n. 1, p. 10-4, 2011. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/details/57/pt-BR/centro-de-tratamento-de-queimados-perfil-epidemiologico-de-criancas-internadas-em-um-hospital-escola>>. Acesso em:12 abr. 2017.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. São Paulo: Atheneu, 2008. 240 p.

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 5, n. 1, p. 95-121, jun. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2000000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2000000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 maio 2017.

ECHER, Isabel Cristina. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre,RS, v. 22,n.2, p.5-20, jul. 2001.

ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena; et al. Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. **RevBras Queimaduras**, Porto Alegre, RS, v. 11, n. 3, p. 120-4, 2012. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/details/116/pt-BR/visibilidade-das-cicatrizes-de-queimaduras-percebida-pelos-pacientes-durante-o-primeiro-ano-de-reabilitacao>>. Acesso em:14 mar.2017.

ELORAH, Rita. A criança queimada: abordagens e aspectos psicológicos. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 32. p. 301-306.

FELICISSIMO, FlavianeBevilaquaet al. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. teor.prat.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 116-129, abr. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 abr. 2017.

FERREIRA, Nancy da Costa. Considerações psicológicas sobre o paciente queimado. **Rev. méd. Aeronaut. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1-2, p.34-37, jan.-dez. 1994. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=172267&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 12-16, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462003000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 maio 2017.

FIRMINO, José. Contribuições da psicologia ao paciente queimado. In: GOMES, Dino R.; SERRA, M. Cristina; PELLON, Marco A. **Queimaduras: Tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. cap. 24. p. 231-237.

FIRMINO, José. Suporte psicológico ao paciente queimado. In: MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras: Tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. p. 243-249.

FORJUOH, Samuel;GIELEN, Andrea. Burns.IN: PEDEN, Margie, et. al. (Ed.) **World report on child injury prevention**. Geneve, CH: WHO Press, 2008. cap. 4, p-79-98. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf)>. Acesso em:07 fev. 2017.

GARRIDO, Mariana Morena Ramos. **Atuação do psicólogo e o processo subjetivo da dor em um paciente queimado**. 2005. 42 f. Monografia (Graduação em Psicologia). Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3054/2/20059854.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 159 p.

GOBBI, Celeste Imaculada Conceição. Atuação da psicologia: uma possibilidade: a superação do horror da queimadura pela fala. In: FERREIRA, Marcus Castro; GOMEZ, David de Souza. **Tratado de cirurgia plástica**: Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Atheneu, 2013. p.239-252.

GOBBI, Celeste Imaculada Conceição. Avaliação de Sujeitos que Sofreram Queimaduras: Contribuições Psicanalíticas ao Estudo da Violência e ao Protocolo Médico. In: SANTOS, Niraldo de Oliveira; LUCIA, Mara Cristina Souza de. **Psicologia Hospitalar**: Neuropsicologia e Interlocuções. Rio de Janeiro: Roca, 2016. cap. 3. p. 23-37.

GOMES, Dino Roberto. Fisiopatologia. In: MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras**: Tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. cap. 4. p. 19-24.

GOMES, Dino Roberto. SERRA, Maria Cristina do Valle Freitas. Conhecendo o paciente queimado. In: GOMES, Dino Roberto.; SERRA, Maria Cristina do Valle Freitas.; GUIMARÃES JR, Luiz Macieira. **Condutas atuais em queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 5-6.

GOMES, Dino Roberto; SERRA, Maria Cristina V. Freitas; PELLON, Marco Aurelio. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 305 p.

GOMES, Nathália Silva; SILVA, Sueli Riul da. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 509-516, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000200029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 jan. 2017.

GUIMARÃES, Marcelo Alves; SILVA, Flávia Bússolo da; ARRAIS, Alessandra. A atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados. **RevBras Queimaduras**, Brasília, v. 11, n. 3, p.128-134, jul. 2012. Disponível em: <[http://www.rbqueimaduras.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=118](http://www.rbqueimaduras.org.br/detalhe_artigo.asp?id=118)>. Acesso em: 15 set. 2015.

IRION, Glenn L. **Feridas**: Novas Abordagens, Manejo Clínico e Atlas em Cores. Rio de Janeiro: Lab, 1955. 354 p.

LAPORTE, Gustavo Andrezza; LEONARDI, Dilma Francisco. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. **RevBras**

**Queimaduras**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 105-14, 2010. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/details/44/pt-BR/transtorno-de-estresse-pos-traumatico-em-pacientes-com-sequelas-de-queimaduras>>. Acesso em:15 maio 2017.

LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel. Balneoterapia. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 45. p. 389-396.

LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel; BORGES, Marcelo; NOVAES, Flávio Nadruz. História da Sociedade Brasileira de Queimaduras. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 2. p. 21-25.

LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel; NOVAES, Flavio Nadruz; GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Humanização na atenção e gestão. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 64. p. 565-574.

LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel; PICCOLO, Nelson Sarto; NOVAES, Flavio Nadruz. Escarotomia, fasciotomia e abertura do túnel do carpo. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 46. p. 397-403.

LIMA, Oziel de Souza; LIMAVERDE, Fernando Santiago; LIMA FILHO, Oziel de Souza. Queimados: alterações metabólicas, fisiopatologia, classificação e intersecções com o tempo de jejum. In: CAVALCANTI, Ismar Lima; CANTINHO, Fernando Antônio de Freitas; ASSAD, Alexandra. **Medicina perioperatória**. Rio de Janeiro: Saerj, 2006. cap. 91. p. 803-815.

LOTUFO, Claudiney Cheli; NOVAES, Flavio Nadruz; LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel. A dor e o paciente queimado. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 19. p. 165-170.

MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras: Tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. 320 p.

MARCHESAN, W.G.; FARINA, JR.J.A. Tratamento de ferida queimada. In: JORGE, Sílvia A.; DANTAS, Sônia Regina P.E. **Abordagem multidisciplinar no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu. 2003. p. 163-208.

MARIANI, Urio. Sinopse Histórica do tratamento de queimados: São Paulo. In: GOMES, Dino Roberto; SERRA, Maria Cristina V. Freitas; PELLON, Marco Aurelio. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. cap. 1. p. 1-7.

MARINHO, Roberta Fernandes et al. Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em pacientes renais crônicos. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 3, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092005000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092005000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 abr. 2017.

MARTINS, Maria Cristina Pereira. **Avaliação psicológica em queimados: desenvolvimento de um protocolo de triagem psicológica para pacientes internados na Unidade de Queimados do Hospital de S. José – CHLC-E.P.E.** 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, PT, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10537/1/ulfpie046414\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10537/1/ulfpie046414_tm.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2015.

MARTINS, Silvia Regina Amorim Parga. O serviço social e o paciente queimado. In: MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras: Tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. cap. 38. p. 251-256.

MEDEIROS, Leticia Galery et al. Transtornos psiquiátricos em pacientes vítimas de queimaduras. **Psicol. teor. práct.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 56-65, maio.-ago. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n2/v14n2a05.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MEDEIROS, Leticia Galery; KRISTENSEN, Christian Haag; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em vítimas de queimaduras. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 148-58, abr. 2010. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/425/407>>. Acesso em: 16 maio 2017.

MEDEIROS, Leticia 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, p. 177-189, jun. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942009000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 maio 2017.

MENEZES, Eni-leci Monteiro de; SILVA, Maria José da. **A Enfermagem no Tratamento dos Queimados**. São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda, 1988. 125 p.

MINAS GERAIS. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Protocolos clínicos da Rede FHEMIG: 39 - Atendimento ao Queimado**. Minas Gerais: FHEMIG, ago-2013. 44 p. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos>>. Acesso em: 14 maio 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha orienta equipes de saúde no atendimento às vítimas de queimadura**. Portal Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/08/cartilha-orienta-equipes-de-saude-no-atendimento-as-vitimas-de-queimadura>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VERAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio-ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 maio 2017.

NETTO, Fernando Antonio C. Spencer; BARROS, Alexandre C. Alencar. Paciente traumatizado e queimado. In: LIMA, Filipe; MEIRA, Marconi. **Condutas em trauma**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 51. p. 474-482.

PECK, Michael. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. **Burns**, Netherlands, v. 37, n. 7, p. 1087-100, Nov. 2011. Disponível em: <[http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(11\)00191-4/pdf](http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(11)00191-4/pdf)>. Acesso em: 03 set. 2015.

PENNA, Antonio Gomes. A dimensão histórico-cultural do processo de produção da auto-imagem do homem. **Arq. Bras. Psic.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 3-10, jan.-mar. 1988. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/20283>>. Acesso em: 17 maio 2017.

PEREIRA, Elieth Maria Costa Pereira; DUTRA, Francisca Conceição; LONIEN, Sandra C. Heim. O paciente queimado e a cicatrização: uma revisão literária. **ACTA Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Londrina, v. 3, n. 1, jul-set. 2010, p.10-27. Disponível em: <[https://www.inesul.edu.br/revista\\_saude/arquivos/arq-idvol\\_5\\_1337869756.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_5_1337869756.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

PICCOLO, Maria Thereza Sarto et al. Cicatrização e Cicatrizes. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 67. p. 591-605.

PINTO, José Manuel; MONTINHO, Luís Miguel Silva; GONCALVES, Pedro Ricardo Coelho. O indivíduo e a queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 1, p. 81-92, jul. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jan. 2016.

PITANGUY, Ivo. Aspectos fisiológicos e psicossociais da cirurgia plástica. In: MELLO FILHO, Juliode. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992. cap. 25. p. 264-265.

PRESTES, Manoel Alberto. Tratamento Ambulatorial das Queimaduras. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 5. p. 53-56.

PRESTES, Manoel Alberto; LOPES JÚNIOR, Sérgio Luiz Câmara. Gravidade da Lesão e Indicadores para Internação Hospitalar. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 4. p. 49-52.

QUINTAS, Josélia. Suporte Psicológico ao Paciente. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel; NOVAES, Flavio Nadruz; PICCOLO, Nelson Sarto. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 29. p. 281-288.

RAMOS, Renato Teodoro. Transtorno de Ansiedade Generalizada, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de adaptação. In: LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria básica**. São Paulo: Artmed, 2007. cap. 224. p. 338-345.

RAYMUNDO, Noycla Duque. Terapia ocupacional. In: MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras: Tratamento Clínico e Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. cap. 35. p. 225-233.

RIBEIRO, Maria Mazzarello Cotta. As marcas corporais: o corpo como depositário das fantasias inconscientes. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 60, p. 61-65, set. 2010. Disponível

em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952010000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 maio 2017.

ROCHA, Marília Sampaio; ROCHA, Emília Sampaio; ROCHA, João Paulo Campos de. Fisioterapia em queimados: uma pesquisa bibliográfica acerca dos principais recursos fisioterapêuticos e seus benefícios. **Revista Tema**, Campina Grande, PB, v. 9, n. 13-14, jul. 2009-jun. 2010. Disponível em: <<http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/viewFile/37/55>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

ROSSI, Lídia Aparecida et al. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-26, jul. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 set. 2015.

ROSSI, Lídia Aparecida et al. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev panam. salud publica**, Washington, v. 4, n. 6, Dec. 1998. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891998001200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 fev. 2016.  
SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. **Manual de psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 448 p.

SANTOS, Isabel Cristina Ramos Vieira; OLIVEIRA, Regina Célia de; SILVA, Mailton Alves da. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 184-192, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 maio 2017.

SCHERER, Z A. P.; LUÍS, M. A. V. Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura. **Acta Paul.Enf.**, São Paulo, v.11, n.2, p.64-72, 1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=242110&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

SERRA, Maria Cristina do Valle Freitas. A criança queimada. In: GOMES, Dino Roberto; SERRA, Maria Cristina V. Freitas; PELLON, Marco Aurelio. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 41-65.

SERRA, Maria Cristina do Valle Freitas. A criança queimada. In: MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras: Tratamento Clínico e Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. p. 49-57.

SERRA, Maria Cristina do Valle Freitas; BASTOS, Marina Pimenta Borges. Alívio da dor na criança queimada. In: LIMA JÚNIOR, Edmar Maciel et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 22. p. 191-215.

SILVA, Aderbal Falcão. Sinopse histórica do tratamento de queimados: Rio de Janeiro. In: GOMES, Dino Roberto; SERRA, Maria Cristina V. Freitas; PELLON, Marco Aurelio. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 1-7.

SILVA, Berenice Pedro da. Os cuidados da enfermagem com o paciente queimado. In: MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras: Tratamento Clínico e Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. p. 207-209.

SILVA, Milena Froes da; SILVA, Maria Júlia Paes da. A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 206-16, 2004. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/113.pdf>>. Acesso em: 14mar. 2017.

SILVA, Milena Froes da; SILVA, Maria Júlia Paes da. Auto-estima de pacientes ambulatoriais com queimaduras. **Rev. Baiana Enf.**, Salvador, v. 17, n. 3, p.75-84, set.-dez. 2002. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/3863/2829>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. 200 p.

SINDER, Ramil. Evolução histórica do tratamento das queimaduras. In: MACIEIRA, Luiz. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. cap. 2. p. 3-9.

SOUSA, Avinash de; SONAVANE, Sushma; KURVEY, Aruna. Psychological issues in Adult Burn Patients. **DelhiPsy J.**, New Delhi, v. 16, n. 1, Apr. 2013, p. 24-33. Disponível em: <<http://medind.nic.in/daa/t13/i1/daat13i1p24.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SULLIVAN, Susan B. O; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, 1993. 1152 p.

TAVARES, Maria da Consolação G. Cunha F. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003. 145 p.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; YENG, LinTchia. Dor no doente queimado. In: FERREIRA, Marcus Castro; GOMEZ, David de Souza. **Tratado de cirurgia plástica**: Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Atheneu, 2013.cap.5.p.47-98.

VALE, Everton. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, 2005, p. 9-19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>>. Acesso em:13 jun. 2016

VASCONCELOS, Antonio Mário. **Queimaduras**: Novos conceitos e problema social. São Paulo: Medisa, 1980. 203 p.