

# Diagnósticos de enfermagem presentes em familiares de pacientes vítimas de queimaduras

NURSING DIAGNOSES OF BURN VICTIMS' FAMILY MEMBERS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRESENTES EN FAMILIARES DE PACIENTES VÍCTIMAS DE QUEMADURAS

Lídia Aparecida Rossi<sup>1</sup>, Clarínia Maria das Neves Martins de Almeida Santos<sup>2</sup>, Enéas Ferreira<sup>3</sup>, Maria Célia Barcelos Dalri<sup>4</sup>, Viviane Dias da Silva Carlucci<sup>5</sup>

1 Enfermeira. Professora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (DEGE, EERP-USP) rizzardo@eerp.usp.br.

2 Enfermeira Encarregada junto à Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP).

3 Enfermeiro Chefe junto à UQ, HCFMRP-USP.

4 Enfermeira. Professora Doutora junto ao DEGE, EERP-USP.

5 Aluna de Graduação EERP-USP. Bolsista Iniciação Científica junto ao CNPq.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar os diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes vítimas de queimaduras. Dezesete membros da família de pacientes vítimas de queimaduras foram avaliados por meio de observação e entrevista. Os diagnósticos de enfermagem foram estabelecidos com base na Taxionomia II da NANDA. Foram identificados 18 diferentes diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos: ansiedade, medo e sentimentos de pesar antecipado se caracterizaram pela manifestação de desespero ante a possibilidade da perda de um ente querido. Alguns diagnósticos, possivelmente, já estavam presentes antes do acidente ocorrer, como, por exemplo: desempenho de papéis ineficazes, manutenção do lar prejudicada, paternidade e maternidade prejudicadas.

## DESCRIPTORIOS

Diagnósticos de enfermagem.  
Família.  
Queimaduras.

## ABSTRACT

This study is aimed at investigating the nursing diagnoses of family members of burn victims. Seventeen family members were evaluated through observation and interviews. Nursing diagnoses were established on the basis of NANDA Taxonomy II. Eighteen different nursing diagnoses were identified. The diagnoses: anxiety, fear and anticipatory grieving were characterized through the manifestation of despair in the face of the possibility of losing a loved one. Some diagnoses possibly had already been present before the occurrence of the accident, such as, for example: inefficient role performance, impaired home maintenance, altered parenting.

## KEY WORDS

Nursing diagnoses.  
Family.  
Burns.

## RESUMEN

El objetivo en este estudio fue investigar los diagnósticos de enfermería de familiares de pacientes víctimas de quemaduras. Fueron evaluados diecisiete miembros de la familia de pacientes víctimas de quemaduras por medio de observación y entrevista. Los diagnósticos de enfermería fueron establecidos con base en la Taxonomía II de la NANDA. Fueron identificados 18 diferentes diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos: ansiedad, miedo y sentimientos de pesar anticipado se caracterizaron por la manifestación de desesperación ante la posibilidad de la pérdida de un ser querido. Algunos diagnósticos, posiblemente, ya estaban presentes antes de que ocurra el accidente, como por ejemplo: desempeño de papeles ineficaces, mantención del hogar perjudicado, paternidad y maternidad perjudicadas.

## DESCRIPTORES

Diagnósticos de enfermería.  
Familia.  
Queimaduras.

## INTRODUÇÃO

O envolvimento dos membros da família de pacientes que sofreram queimaduras na assistência de enfermagem é muito importante, pois durante o período de internação podem aprender sobre como cuidar de seu parente e, posteriormente, após a alta hospitalar, podem atuar como *cuidadores* em casa, propiciando uma diminuição do período de internação hospitalar e facilitando o processo de reabilitação<sup>(1)</sup>. Entretanto, observamos que os familiares sofrem junto com os pacientes. Esse sofrimento acompanha cada fase do tratamento e da recuperação de pacientes que sofreram queimaduras. Algumas vezes, os familiares apresentam diagnósticos de enfermagem semelhantes aos apresentados pelos pacientes como, por exemplo, ansiedade e medo frente à realização de procedimentos cirúrgicos, à possibilidade de mudança na aparência do paciente e, outras vezes, problemas que são relativos ao próprio núcleo familiar, mas que podem afetar o paciente que está internado.

Na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), onde este estudo foi realizado, são realizadas reuniões semanais com os familiares de pessoas que sofreram queimaduras, com o objetivo de preparar essas pessoas para assistir o seu parente após a alta hospitalar. Assim, durante essas reuniões, as necessidades dos familiares são discutidas.

Temos observado nessas reuniões que as atitudes positivas de familiares frente à situação da pessoa vítima de queimaduras são importantes para a recuperação do paciente. Quando expressam sentimentos de aceitação e apoio, os familiares podem ajudar o paciente na reintegração social. Entretanto, observamos também que os familiares assim como os pacientes, vivenciam um período de sofrimento durante o período de internação.

Uma vez que os familiares têm papel relevante no tratamento da pessoa vítima de queimaduras, os problemas que eles podem apresentar decorrentes ou não da internação de um de seus membros em uma unidade de queimados são o foco de atenção deste estudo. A compreensão dos problemas apresentados por membros de uma família ou pelo sistema familiar como um todo possibilita a formulação de estratégias de assistência visando à prevenção da ocorrência de outras situações e à implementação de intervenções com o objetivo de facilitar a participação da família na assistência à pessoa que apresenta queimaduras.

Embora os familiares sejam, freqüentemente, os principais fornecedores de apoio social, eles também podem se sentir sufocados pelas necessidades emocionais da pessoa

queimada<sup>(2)</sup>. O sucesso do tratamento em todas as suas fases pode ser influenciado de forma crucial pela habilidade com que a equipe minimiza a angústia psicológica dos familiares e promove meios para alcançar isso como, por exemplo, por meio de reuniões de grupos apoio<sup>(3)</sup>.

Quanto aos temas: queimaduras, família e processo de cuidar, poucos estudos têm sido realizados. Estudos que focalizam esses aspectos em seu conjunto podem contribuir para resultados mais efetivos no que tange à reabilitação de pessoas vítimas de queimaduras<sup>(4)</sup>. Diante dessa situação, tem sido considerado como prioridade para a pesquisa em enfermagem na área de queimaduras a realização de estudos sobre intervenções que seriam meios efetivos para preparar enfermeiros, pacientes e familiares para o cuidado após a hospitalização<sup>(5)</sup>.

Apesar de serem em número reduzido, há pesquisas que têm descrito o processo de adaptação e os problemas vivenciados por familiares de pessoas que sobreviveram a uma queimadura. Nesse sentido, pesquisadores utilizaram uma adaptação de uma escala específica, a *Burn Specific Health Scale* (BSHS), proposta para avaliar qualidade de vida e o impacto que a morbidade e outras seqüelas têm sobre vítimas de queimaduras e seus familiares<sup>(6)</sup>. Esses pesquisadores constataram que, ao contrário dos pacientes, os familiares expressaram maior preocupação com o apoio após a hospitalização, no que se refere aos seguintes aspectos: cuidados físicos, imagem corporal, cuidados psicológicos, aspectos sociais e preocupações com a saúde de forma geral<sup>(6)</sup>. Outros pesquisadores realizaram uma investigação qualitativa sobre as preocupações e necessidade de familiares de pessoas vítimas de queimaduras<sup>(7)</sup> e concluíram que os familiares manifestaram preocupação com as necessidades físicas e psicológicas dos pacientes.

Classificou-se as fases de adaptação que os membros de uma família vivenciam quando enfrentam uma situação catastrófica em três períodos seqüenciais: 1. primeiro impacto, 2. recuo e confusão e 3. reconstrução emocional<sup>(8)</sup>. Posteriormente, outros pesquisadores propuseram um modelo de adaptação para familiares de pessoas que sobreviveram a queimaduras que compreende dois estágios: fase aguda, que se caracteriza por manifestações de choque e luto e, em seguida, a fase de convalescença<sup>(9)</sup>. Aspectos que envolvem a adaptação da família de uma pessoa que sofreu uma queimadura têm sido discutidos por outros autores<sup>(8,10)</sup>. Há também relatos na literatura sobre um modelo de adaptação que descreve a seqüência de eventos cognitivos e emocionais vivenciados por familiares de sobreviventes de queimaduras e as interven-

Algumas vezes, os familiares apresentam diagnósticos de enfermagem semelhantes aos apresentados pelos pacientes como, por exemplo, ansiedade e medo frente à realização de procedimentos cirúrgicos.

ções que podem auxiliar os familiares a resolver os problemas relacionados a esses eventos<sup>(11)</sup>.

A relação entre os problemas relatados por pais de crianças que sofreram queimaduras e o estado emocional dos próprios pais foram também investigados por outros pesquisadores que concluíram que os pais que consideravam que suas crianças tinham problemas, eram estressados e algumas mães apresentavam-se deprimidas e relatavam sentimentos de culpa<sup>(12)</sup>.

No que se refere à temática: diagnóstico de enfermagem presentes em familiares de pessoas com problemas de saúde em geral, poucos estudos têm sido realizados. Encontramos estudos que enfocaram diagnósticos de enfermagem específicos, como por exemplo, o diagnóstico de: *alteração nos processos familiares* em famílias com problemas de alcoolismo<sup>(13)</sup>. Não encontramos estudos que abordassem os diagnósticos de enfermagem de famílias de pessoas que sofreram queimaduras.

Assim, diante dos aspectos aqui apresentados, este estudo teve como objetivo investigar os diagnósticos de enfermagem presentes em familiares de pacientes que sofreram queimaduras na primeira fase da queimadura segundo a Taxionomia II de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association<sup>(14)</sup>. Partimos do pressuposto que, possivelmente, alguns diagnósticos de enfermagem poderiam atingir o sistema familiar como um todo, que outros seriam diagnósticos apresentados por alguns membros da família e, que nas duas situações, haveria diagnósticos que já estariam presentes antes da ocorrência do trauma e que, em alguns casos, poderiam ter contribuído para a ocorrência da queimadura e que, em outros, poderiam ter uma associação direta com o trauma. Essas situações são discutidas neste estudo.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### *Modelo de abordagem da família*

Neste estudo, consideramos a família a partir da perspectiva do paciente e das pessoas próximas. Entendemos que a definição de família deve considerar o contexto cultural, em que o sistema familiar está inserido. Utilizamos no processo de atendimento aos familiares e de avaliação dos sistemas familiares os conceitos que fundamentam o *Calgary Family Models*<sup>(15)</sup>. Essa abordagem implica a necessidade de conhecer as perspectivas dos familiares e é orientada pela abordagem sistêmica. Nesse Modelo, são consideradas as seguintes categorias no processo de avaliação das famílias: relacionadas com a estrutura, desenvolvimento e função da família<sup>(15)</sup>. Quanto à categoria *estrutura*, apresentam-se três subcategorias, a saber, interna, externa e relacionada ao contexto<sup>(15)</sup>. A estrutura in-

terna se refere à avaliação dos seguintes aspectos: composição familiar, gênero, posição dos filhos na família, subsistemas com os quais a família se relaciona e limites do sistema (participantes do sistema familiar). A estrutura externa inclui duas subcategorias: extensão da família e abrangência. O contexto estrutural envolve questões relacionadas aos aspectos étnicos, raça, classe social, religião e ambiente<sup>(15)</sup>. Na categoria *desenvolvimento*, são considerados: o estágio em que o sistema familiar se encontra, as tarefas de seus membros (relativas aos aspectos econômicos, educação, saúde e socialização) e os vínculos entre os membros da família<sup>(15)</sup>. Quanto à avaliação da *função* da família, são incluídos os aspectos relacionados às atividades do dia a dia e interações emocionais. Essas atividades são divididas pelas autoras em instrumentais, que correspondem às atividades do dia a dia e expressivas que correspondem à comunicação de aspectos emocionais, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influências, crenças e interações<sup>(15)</sup>. O instrumento de coleta de dados, utilizado neste estudo para avaliar os participantes, foi fundamentado nesse modelo empregando-se essas categorias.

### *Delineamento do estudo*

Este estudo foi realizado na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP), após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. Essa Unidade possui oito leitos atendendo a pacientes adultos e crianças que sofreram queimaduras. Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com o delineamento de um estudo de caso em série. A unidade de análise em um estudo dessa natureza pode ser a família, os subsistemas familiares ou os membros individuais de uma família. Neste estudo, focalizamos os membros da família de pacientes que sofreram queimaduras e buscamos obter informações sobre o sistema familiar como um todo, entretanto, considerando-se as características da família, em alguns casos, apenas um membro da família estava disponível para participar do estudo e, nesse caso, foi focalizado apenas o indivíduo.

O estudo de caso é um método muito utilizado em pesquisas qualitativas, desenvolvendo-se em uma situação natural, rica em dados descritivos e focalizando a realidade de uma forma complexa e contextualizada. Porém, também é utilizado em estudos quantitativos como por exemplo estudos de casos clínicos, de direito e de serviço social. O estudo de caso é desenvolvido em três etapas que se inter-relacionam a todo o momento, tornando-se difícil especificar as linhas que as separam. A primeira etapa, chamada *fase exploratória*, refere-se ao momento em que são explicitadas, reformuladas ou abandonadas questões relevantes para a investigação. Essas questões ou pontos críticos podem surgir durante o exame da literatura, podem ser fruto de

observações ou depoimentos de especialistas sobre o tema em estudo ou podem ser derivados da experiência pessoal do pesquisador<sup>(16)</sup>. A segunda etapa é a *delimitação do estudo*, na qual o pesquisador, após selecionar os aspectos mais relevantes para atingir os propósitos do estudo de caso, procede à coleta sistemática de informações, utilizando instrumentos e técnicas de coleta selecionadas de acordo com as características do estudo<sup>(16)</sup>. A *análise sistemática e a elaboração do relatório* constituem a terceira etapa do desenvolvimento do estudo de caso, caracterizada pelo agrupamento e análise dos dados coletados<sup>(16)</sup>.

Para condução dos estudos de caso utilizamos um instrumento de coleta de dados que compreendia as seguintes categorias de informações: 1. dados relativos à estrutura interna (identificação dos pacientes e do membro da família avaliado, data do acidente e da entrevista, dados sobre o acidente, agente causador, circunstâncias do acidente, áreas atingidas, extensão e profundidade da queimadura, composição da família - expressa no genograma); 2. dados relativos à estrutura externa (que se refere à abrangência da família); 3. dados relativos ao contexto no qual a família está inserida; 4. dados relativos ao desenvolvimento da família (estágios, tarefas, vínculos) e 5. dados relativos ao funcionamento da família (atividades, desempenho de papéis, tomadas de decisão, solução de problemas, crenças, sentimentos)<sup>(15)</sup>. Este instrumento foi validado quanto ao seu conteúdo e também submetido a um pré-teste, mediante a sua aplicação em cinco familiares.

Foram avaliados membros da família de pacientes que sofreram queimaduras, que foram admitidos na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, no período de janeiro 2002 a julho de 2003 e que demonstraram interesse na participação do estudo, com anuência por escrito do termo de consentimento pós-informado. Participaram do estudo os familiares adultos (maiores de 21 anos, independente do gênero) que compareceram à Unidade durante a primeira fase da queimadura (primeiras 72 horas após o trauma). Também foram coletados dados sempre que os familiares comparecerem à Unidade e nas reuniões semanais que são realizadas nesse local durante a primeira fase da queimadura.

Após a coleta de dados, foram realizadas a análise e síntese dos dados pela primeira autora do estudo, utilizando-se um modelo de processo raciocínio diagnóstico<sup>(17)</sup>. Os dados categorizados, de acordo com as categorias propostas no modelo utilizado<sup>(15)</sup>, foram agrupados, de modo a estabelecer padrões comportamentais dos familiares relativos a um determinado aspecto. Esses agrupamentos foram comparados com conceitos, modelos ou teorias. Com base nessa comparação, foi formulada uma hipótese diagnóstica. Em seguida foram estabelecidos os diagnós-

tics de enfermagem com base na Taxonomia II da NANDA<sup>(14)</sup> e na interpretação dessa Taxonomia realizada por Carpenito<sup>(18)</sup> quando os dados da Taxonomia II<sup>(14)</sup> não possibilitavam essa identificação. Foi solicitado a três enfermeiros, com experiência na área de tratamento a pessoas vítimas de queimaduras que, a partir dos dados coletados, estabelecessem os diagnósticos de enfermagem utilizando o mesmo processo de raciocínio diagnóstico<sup>(17)</sup>. No processo de análise, foram ainda listados os diagnósticos que afetavam todo o sistema familiar e os considerados individuais (de cada membro da família).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 17 membros de famílias de pessoas que sofreram queimaduras. Sempre que possível os dados coletados foram confirmados com outros membros da família. Em quatro casos, essa confirmação não foi possível, pois os outros parentes não compareciam ao hospital. Em um dos casos avaliados, a mãe se mostrou bastante reticente ao fornecer informações e demonstrou receio de que estivessemos investigando as circunstâncias do acidente. Nesse caso, houve suspeita de maus tratos por parte da mãe e, posteriormente, o caso foi encaminhado ao Conselho Tutelar. Essa mãe já possuía uma outra filha sob a guarda do Conselho Tutelar. Essa e a maior parte das famílias se caracterizaram por viverem em condições de pobreza, com baixa renda e condições de moradia precárias. Apenas três das famílias avaliadas apresentavam melhores condições de vida, com renda acima de mil reais, quando comparadas com as outras cuja renda familiar variou de um a dois salários mínimos. Observou-se pelos relatos dos familiares que, na maior parte das vezes, havia um membro da família que tomava as decisões.

Foram identificadas 18 diferentes categorias de diagnósticos de enfermagem: ansiedade, medo, enfrentamento familiar comprometido, sentimento de pesar antecipado, conflito no desempenho de papéis, desempenho de papéis (mãe e pai) ineficaz, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, enfrentamento defensivo, manutenção do lar prejudicada, nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, conhecimento deficiente (em relação ao estado de saúde atual e tratamento de seu filho e em relação ao seu papel de mãe), enfrentamento familiar incapacitado, paternidade e maternidade e prejudicadas, disposição para enfrentamento familiar aumentado, risco para violência direcionada a outros, risco para violência direcionada a si, risco para maternidade e paternidade prejudicada, risco para tensão aumentada devida ao papel de cuidador. Esses diagnósticos estão apresentados considerando os tipos: real e risco, nos Quadros 1 e 2 respectivamente.

**Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem do tipo real de familiares de pacientes queimados, fatores relacionados e características definidoras - Ribeirão Preto - 2003**

Categoria diagnóstica	Fatores relacionados	Características definidoras	Freq.
Ansiedade (Casos 1,2,5,10, 11,13,15)*	Ameaça no estado de saúde e de morte	Preocupações expressas devidas a mudanças em eventos da vida, desamparo aumentado, doloroso e persistente, apreensão e preocupação.	7
Medo (Casos 3,4,8,9,12,16)	Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante.	Relato de nervosismo, tensão aumentada; identificação do objeto do medo.	6
Enfrentamento familiar comprometido (Casos 2,4, 8,10,11,17)	Crise situacional, preocupação temporária de pessoa significativa que está tentando administrar conflitos emocionais e sofrimento pessoal e é incapaz de perceber ou agir eficazmente em relação às necessidades do paciente.	Descrição por parte de uma pessoa significativa de sentimentos de preocupação, pesar antecipado, culpa, ansiedade, frente ao trauma.	6
Sentimento de pesar antecipado (Casos 1, 2,4,6, 8, 9,10,11,14, 16,17)	(Percepção de uma perda potencial) Ameaça no estado de saúde	Expressão de sentimentos de culpa, tristeza, expressão de angústia com o que poderá acontecer .	11
Conflito no desempenho de papéis (Caso 10)	Políticas dos centros especializados Separação da criança devido à doença	Expressão de sentimentos de inadequação para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança durante a hospitalização (por parte da mãe); demonstração de sentimentos de raiva, ansiedade e frustração com relação aos efeitos da doença da criança (trauma) no processo familiar.	1
Desempenho de papéis (mãe e pai) ineficaz (Casos 1,4,6,7,10,11,13,15)	Falta de recursos, pobreza, baixo status socioeconômico, violência doméstica; abuso de substância (alcoolismo) sistema de apoio inadequado; estresse e conflito; pais separados; socialização do papel inadequada; falta de conhecimento sobre o papel de mãe e das habilidades necessárias; falta de oportunidades; nível de educação obtido.	Apoio externo inadequado para desempenho do papel; mudança nos padrões habituais de responsabilidade; ambivalência de papel; sobrecarga de papéis; enfrentamento inadequado, confiança inadequada e ansiedade, apoio externo inadequado para desempenho de papel.	8
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo (Caso 11)	Abuso de álcool, falta de habilidade para resolver problemas, habilidade para enfrentamento inadequado.	Baixa percepção do apoio paterno e materno; deterioração dos relacionamentos familiares; problemas econômicos; incapacidade da família de prover as necessidades de seus membros; abuso de álcool; vulnerabilidade.	1
Enfrentamento defensivo (Caso 9)	Fatores desconhecidos	Racionalização de suas falhas; atitude superior em relação aos outros; dificuldade em manter relacionamento; risco de ridicularização de outros.	1
Manutenção do lar prejudicada (Caso 1,7,13,11,15)	Falta de conhecimentos (falta de recursos financeiros) Função cognitiva prejudicada	Membros da família expressam dificuldade para manter sua casa de forma confortável e segura <sup>(19)</sup> .	5
Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais (Caso 11)	Incapacidade de ingerir alimentos por fatores econômicos	Relato e evidência de falta de comida, peso corporal mais que 20% abaixo do peso ideal.	1
Conhecimento deficiente (em relação ao estado de saúde atual e tratamento de seu filho e/ou em relação ao seu papel de mãe) (Casos 7,2)	Falta de interesse em aprender; limitação cognitiva	Verbalização do problema; comportamentos impróprios (apática).	2
Enfrentamento familiar Incapacitado (Caso 7,6)	Expectativas irreais da mãe sobre a criança; necessidades psicossociais da criança não preenchidas pelos pais <sup>(19)</sup> .	Negligência o cuidado; abandono e intolerância <sup>(19)</sup> .	2
Paternidade ou maternidade prejudicadas (Casos 6,7,11,13,15)	Falta de acesso a recursos; falta de recursos; desemprego; falta de modelo de pai; pobreza; conflito matrimonial; mudança na unidade familiar, interrupção do processo de vínculo secundário à prisão; falta de conhecimento; pouco apoio externo; expectativas irrealistas da mãe em relação à criança	Ambiente doméstico inseguro, competência social fraca; comportamento materno e paterno desfavoráveis; evidência de negligência com a criança; verbalização de desapontamento com a criança.	5
Disposição para enfrentamento familiar aumentado (Casos 3,5,12,14,16)	Necessidades suficientemente satisfeitas e tarefas adaptativas eficazmente encaminhadas para possibilitar que afluam metas de auto-realização	Membros da família se movem em direção a um estilo de vida de promoção e enriquecimento da saúde, dão apoio e monitoram processos maturacionais, valorizam e escolhem experiências que otimizam o bem estar.	5

\*Os números entre parênteses representam cada um dos casos em que foi identificado o diagnóstico indicado.

Observa-se no Quadro 1, que os diagnósticos: ansiedade, medo, sentimentos de pesar antecipado e enfrentamento familiar comprometido estão relacionados. Esses diagnósticos se caracterizam pela manifestação de desespero frente à possibilidade da perda de um ente querido. São diagnósticos de enfermagem que, possivelmente, apareceram após o trauma e têm uma relação direta com a ocorrência do acidente.

Constituem manifestações que ocorrem na fase inicial de adaptação, chamada por alguns autores de estágio de crise<sup>(11)</sup> ou fase aguda de choque e luto<sup>(9)</sup>. Embora este estágio seja nomeado de forma diferente, dependendo do autor, os problemas apresentados nessa fase pelos familiares são semelhantes e se caracterizam pela presença de ansiedade, medo, expressão de luto e culpa.

Sete dos familiares avaliados apresentaram dificuldade para expressar objetivamente os sentimentos que vivenciavam, se referindo a um sentimento de desespero por algo que poderia acontecer e, por essa razão, foi identificado o diagnóstico de ansiedade. Cinco relataram sentimento de medo, identificando claramente o objeto de preocupação como, por exemplo, o medo da morte ou da perda de algo como da visão ou da aparência anterior. Assim como no caso do diagnóstico de medo, o sentimento de pesar antecipado foi expresso por dez familiares em razão da possibilidade de uma perda em potencial da vida ou da aparência. Embora, em alguns casos, um membro da família se apresentasse mais ansioso ou pesaroso ou demonstrasse o medo com maior intensidade, observamos que esses sentimentos eram comuns a outros membros, conforme os relatos do membro da família avaliado ou de outros que compareciam a unidade de queimados. Os diagnósticos de medo, ansiedade e sentimentos de pesar antecipado são incluídos pela NANDA<sup>(14)</sup> no eixo relativo ao indivíduo e não da família, entretanto, os membros de uma família, em seu conjunto, também podem apresentar esses diagnósticos em razão dos sentimentos que nutrem uns pelos outros. A doença pode estar localizada nos tecidos de um único indivíduo, mas a experiência da doença incorporará todo o seu círculo social, sua família, seus amigos, as pessoas próximas, seu trabalho<sup>(16,20)</sup>. Os sentimentos de medo e de ansiedade, raramente, estarão restritos ao paciente ou a um único membro da família.

Logo após o trauma, os familiares de uma pessoa que sofre queimaduras poderão passar por um choque emocional, um processo de desorganização do comportamento consistente com esse choque. Nessa fase, são comuns as manifestações de ansiedade, medo, confusão e culpa<sup>(11)</sup>. Os membros da família passam por um momento de crise, no qual, as respostas emocionais vivenciadas como, por exemplo, preocupação, pesar antecipado, culpa, ansiedade frente ao trauma, podem levar alguns membros a ter dificuldades para lidar com os conflitos emocionais e com o sofrimento pessoal tornando-se incapazes de agir de forma eficaz em relação às necessidades do paciente. Essa situação compromete o enfrentamento familiar.

O familiar vivencia o sofrimento em razão da experiência vivenciada pelo paciente, que envolve não somente a dor física provocada pela queimadura ou o aspecto biomédico como um todo, mas também o medo pelas mudanças corporais, todo o sentimento de perda de um corpo, que se apresenta de forma diferente. Os sentimentos de culpa e a separação dos filhos pela hospitalização também contribuem para o desenvolvimento de problemas psicológicos nas mães de crianças que sofreram queimaduras, que estão em risco para desenvolver problemas emocionais após a queimadura, particularmente a ansiedade<sup>(20)</sup>. A experiência da doença ou de um trauma como a queimadura é vivenciada de forma coletiva e, por essa razão, os profissionais devem estar atentos, pois os familiares podem desenvolver doenças, ter a capacidade de atenção e de tomar decisões diminuídas e, conseqüentemente, podem ter dificuldades para compreender as informações que, para os profissionais, podem parecer bastante simples e óbvias<sup>(21)</sup>.

Embora o processo de adaptação dos familiares de pessoas que sofreram queimaduras envolva todos os seus membros, há manifestações que são individuais e podem ser apresentadas por uma ou mais pessoas que fazem parte de um sistema familiar. Em um dos casos, na qual o pai sofreu um acidente de trânsito que resultou em uma queimadura, a esposa relatou estar bastante abalada, que se sentia angustiada como se houvesse perdido alguma coisa. Esse casal tinha dois filhos uma criança de cinco meses e outra de cinco anos. A filha de cinco anos apresentou hipertermia após a internação do pai. Foi levada ao pediatra que não constatou problema algum de saúde e recomendou que ela fosse levada ao hospital para visitar seu pai. A mãe informou que se tratava de uma “febre emocional”, que a criança acordava todas as noites chamando pelo pai. Consideramos que o problema que caracteriza essa situação é o diagnóstico de sentimentos de pesar antecipado embora possa ter se manifestado de forma diferente na mãe e na filha.

**Quadro 2** - Diagnósticos de enfermagem do tipo risco de familiares de pacientes queimados e fatores de risco - Ribeirão Preto - 2003

<b>Categoria diagnóstica</b>	<b>Fatores de Risco</b>	<b>Freq.</b>
Risco para violência direcionada a outros (Caso 11)*	História de violência contra terceiros, história de abuso de álcool	1
Risco para violência direcionada a si (Caso 4)	Estado emocional (desespero, pânico, comportamento suicida e impulsividade)	1
Risco para maternidade e paternidade prejudicada (Caso 9)	Pobreza; não envolvimento do pai; falta de coesão da família; dificuldades financeiras; desemprego; falta de recursos; incapacidade de colocar as necessidades da criança frente as suas próprias; estratégias de enfrentamento mal-adaptadas.	1
Risco para tensão aumentada devida ao papel de cuidador (Caso 11,1)	Relato de ambiente físico inadequado; inexperiência quanto ao cuidado.	2

\*Os números entre parênteses representam cada um dos casos em que foi identificado o diagnóstico indicado.

Na análise dos fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem apresentados nos Quadros 1 e 2, nota-se que alguns, possivelmente, já estavam presentes nas famílias antes do acidente ocorrer e que, em alguns casos, podem ter contribuído para ocorrência do acidente: desempenho de papéis (mãe e pai) ineficaz, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, enfrentamento defensivo, manutenção do lar prejudicada, conhecimento deficiente (em relação ao seu papel de mãe), enfrentamento familiar incapacitado, paternidade ou maternidade prejudicadas, disposição para enfrentamento familiar aumentado, risco para violência direcionada a outros, risco para violência direcionada a si e risco para maternidade e paternidade prejudicada. Esses diagnósticos, exceto disposição para enfrentamento familiar aumentado, estão relacionados a problemas cognitivos e sócio-econômicos como, por exemplo, alcoolismo, desemprego, condições precárias de moradia, analfabetismo ou baixa escolaridade que predispõem a ocorrência desse e de outros tipos de acidentes ou atos violentos.

Dois famílias estudadas, segundo informações obtidas com seus membros, viviam em condições precárias, com dificuldades para manter um lar seguro e suprir as necessidades de seus membros. Para esses dois casos, foi identificado o diagnóstico enfrentamento familiar incapacitado. Para identificação desse diagnóstico consideramos as manifestações e fatores relacionados apresentados, que descreve situações que caracterizam maus tratos ou negligência<sup>(18)</sup>. Nesses dois casos, as mães forneceram informações fragmentadas e respostas monossilábicas e reticentes. As crianças pareciam ter uma ligação fraca com a mãe. Uma das mães já possuía um dos filhos sob a guarda do Conselho Tutelar, como já mencionamos, e o mesmo foi feito com a criança que se queimou quando teve alta hospitalar.

O diagnóstico de nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais foi observado em três membros de uma mesma família que compareceram ao hospital. Nesse caso, a mãe do paciente relatou que nem sempre possuem alimentos pois têm dificuldades financeiras. A mãe do paciente relata que a queimadura ocorreu em função de uma tentativa de auto-extermínio, em razão de uma discussão com a esposa, que culminou em separação. Esse filho e também sua família vivem com poucos recursos, em condição de pobreza. Segundo a mãe, o filho que sofreu queimaduras é etilista e sempre fica nervoso quando não tem leite para dar ao seu filho. A mãe, após a recuperação da crise inicial, expressou preocupação diante da possibilidade de ter que cuidar de seu filho após a alta hospitalar, tendo em vista a separação da esposa e seu retorno para casa (da mãe). Com base nessas informações, identificamos o diagnóstico risco para tensão aumentada devida ao papel de cuidador.

Em um estudo sobre os fatores familiares associados à queimadura não intencional em crianças, pesquisadores afir-

mam que a incidência de acidentes por queimaduras é maior em populações de baixa renda, com baixo apoio social<sup>(22)</sup> e que vivem em situações de estresse<sup>(23)</sup>. É importante considerar que, possivelmente, a pobreza não está diretamente relacionada ao acidente, mas a outros problemas que, freqüentemente, são associados a ela e que se constituem em fatores risco<sup>(24)</sup>, como à falta de atividades de lazer, residências precárias com falta de segurança, espaços diminutos para as crianças dentro das casas, baixo nível de escolaridade.

O diagnóstico de enfermagem manutenção do lar prejudicada foi identificado em quatro famílias cujos entrevistados expressaram dificuldade para manter a sua casa de forma confortável (e segura), por dificuldades financeiras e por falta de conhecimentos suficientes. Duas mães que apresentavam esse diagnóstico demonstravam ter dificuldades cognitivas. É preciso considerar que a manutenção de um lar não envolve somente o conforto, mas também a sua segurança. Em um outro estudo realizado nessa mesma Unidade de Queimados com familiares e pacientes observou-se que, quanto à identificação de situações de risco para queimaduras, 44,0% dos entrevistados não identificaram situações de risco no ambiente de trabalho ou doméstico. Ao serem solicitados para que apontassem os tipos de riscos oferecidos nesses ambientes, os produtos inflamáveis, que vitimaram a maior parte dos acidentes, foram mais focalizados, entretanto, outros riscos que estão presentes no nosso cotidiano não foram identificados por essas pessoas<sup>(25)</sup>. Pesquisadores têm reportado que muitos pais super estimam os conhecimentos da criança sobre segurança e sua capacidade para fazer determinadas atividades<sup>(23)</sup>. Em razão dessa situação, materiais inflamáveis muitas vezes permanecem expostos em locais que as crianças têm acesso.

Os diagnósticos desempenho de papéis (mãe é pai) ineficaz e paternidade e maternidade prejudicadas estão, muitas vezes, relacionados a situações como, por exemplo, apoio externo inadequado, enfrentamento inadequado, confiança inadequada e ansiedade, não envolvimento do pai, falta de coesão da família, dificuldades financeiras, pobreza, desemprego; incapacidade de colocar as necessidades da criança frente às suas próprias, estratégias de enfrentamento mal adaptadas, falta de acesso a recursos, falta de recursos, desemprego, falta de modelo de pai, conflito matrimonial, mudança na unidade familiar, interrupção do processo de vínculo secundário à prisão, falta de conhecimento, baixo nível de escolaridade, expectativas irrealistas da mãe em relação à criança<sup>(14)</sup>. Grande parte dessas situações foi vivenciada por oito dos 17 familiares estudados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram avaliados 17 membros de famílias de pessoas que sofreram queimaduras e identificados 18 diferentes diagnós-

ticos de enfermagem: ansiedade, medo, enfrentamento familiar comprometido, sentimento de pesar antecipado, conflito no desempenho de papéis, desempenho de papéis (mãe e pai) ineficaz, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, enfrentamento defensivo, manutenção do lar prejudicada, nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, conhecimento deficiente (em relação ao estado de saúde atual e tratamento de seu filho e em relação ao seu papel de mãe), enfrentamento familiar incapacitado, paternidade e maternidade e prejudicadas, disposição para enfrentamento familiar aumentado, risco para violência direcionada a outros, risco para violência direcionada a si, risco para maternidade e paternidade prejudicada, risco para tensão aumentada devida ao papel de cuidador.

Considerando-se as características e fatores relacionados, alguns diagnósticos, possivelmente, já estavam presentes nos membros das famílias estudadas antes do acidente ocorrer e podem ter contribuído para ocorrência do acidente. São problemas cognitivos e sócio-econômicos que predispoem a ocorrência desse e de outros tipos de acidentes ou atos violentos.

Conhecer os diagnósticos de enfermagem que afetam os subsistemas ou sistema familiar de uma pessoa que sofreu

uma queimadura é importante por várias razões. Primeiro, porque o conhecimento sobre este processo permite à equipe compreender muitos dos comportamentos que os membros de uma família freqüentemente exibem, alguns dos quais podem parecer irracionais, irritantes ofensivos e contraproducentes para o alcance dos objetivos do cuidado da equipe para com o paciente. Segundo, porque o conhecimento desses diagnósticos pode fornecer uma base para os enfermeiros implementarem intervenções visando equilibrar o sistema familiar, para que forneça apoio adequado ao paciente.

Considerando-se a necessidade da alta precoce, visando minimizar os custos de internações hospitalares e que familiares e pacientes vivenciam um processo de adaptação semelhante, é muito importante que os profissionais de saúde auxiliem na reorganização do sistema familiar com o objetivo de facilitar a reabilitação da pessoa que sofreu queimaduras. Esses familiares necessitam ser assistidos e compreendidos durante a internação de um dos seus membros pelos profissionais que atuam em unidade de queimados e necessitam receber informações que possibilitem a busca de apoio junto aos sistemas de apoio social nas comunidades. Para que isso se torne possível, é imprescindível que esse trabalho de assistência envolva uma equipe interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS

- (1) Rossi LA. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(4):336-45.
- (2) Davidson FM. The patient with burns In: Alexander MF, Fawcett J, Runciman PJ. *Nursing practice: hospital and home the adult*. London: Churchill Livingstone; 1994. p. 859-74.
- (3) Partridge J, Robinson E. Psychological and social aspects of burns. *Burns*. 1995;21(6):453-7.
- (4) Robinson E, Clarke A, Cooper C. *The psychology of facial disfigurement*. London: Changing Faces; 1997.
- (5) Bayley EW, Carrougher GJ, Marvin JA, Knighton J, Rutuan RL, Weber BF. Research priorities for burn nursing: rehabilitation, discharge planning, and follow-up care. *J Burn Care Rehabil*. 1992;3(4):471-6.
- (6) Shenkman B, Stechmiller J. Patient and family perception of projected functioning after discharge from a burn unit. *Heart Lung*. 1987;16(5):490-6.
- (7) Thompson R, Boyle D, Teel C, Wambach K, Cramer A. A qualitative analyses of family member needs and concerns in the population of patients with burns. *J Burn Care Rehabil*. 1999;20(6):487-96.
- (8) Bernstein RN. *Emotional care of the facially burned and disfigured*. Boston: Little Brown; 1976. p. 183-212.
- (9) Brodland GA, Andreasen NJ. Adjustment problems of the family of the burn patient. *Soc Casework*. 1974;55:13-8.
- (10) Munster AM. *Severe burns: a family guide to medical and emotional recovery*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1993. p. 29-37.
- (11) Watkins PN, Cook EL, May SR, Still JM Jr, Luterman A, Purvis RJ. Post burn Psychologic Adaptation of family members of patients with burns *J Care Rehabil*. 1996;17:78-92.
- (12) Meyer WJ, Blakeney P, Moore P, Murphy L, Robson M, Herndon D. Parental well-being and behavioral adjustment of pediatric survivors of burns. *J Burn Care Rehabil*. 1994;15(1):62-8.
- (13) Bartek JK, Linderman M, Hawks JH. Clinical validation of characteristics of the alcoholic family. *Nurs Diagn*. 1999;10(4):158-68.
- (14) North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações 2001-2002*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
- (15) Wright LM, Leahey M. *Nurses and families. A guide to family assessment and intervention*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1994.



- 
- (16) Lüdke M, André M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso; Cap. 2, p.11-24.
- (17) Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christensen PJ, Kenney JW. Nursing process: conceptual models. 4<sup>th</sup> ed. Saint Louis: Mosby; 1990. Chap.7, p. 132-57.
- (18) Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: ARTMED; 2002.
- (19) Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing e the human condition. Los Angeles: Basic Books; 1988.
- (20) Kent L, King H, Cochrane R. Maternal and child psychological sequelae in paediatric burn injuries. Burns. 2000;26(4): 317-22.
- (21) Romano BW. A família e o adoecer durante a hospitalização. Rev Soc Cardiol Est São Paulo. 1997;7(5):58-61. (supl. A)
- (22) Joseph KE, Adams CD, Goldfarb IW, Slater H. Parental correlates of unintentional burn injuries in infancy and early childhood. Burns. 2002;28(4):455-63.
- (23) Coob S. Presidential address-1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976; 38(5):300-14.
- (24) Klein D. Societal influences on childhood accidents. Accid Anal Prev. 1980;12:275-81.
- (25) Rossi LA, Ferreira E, Costa EC, Bergamasco EC, Camargo C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(1):36-42

Estudo desenvolvido com apoio do CNPQ