

Adriano Valério dos Santos Azevêdo

Ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras

Tese de Doutorado, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, para fins de obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração 3 – Saúde e desenvolvimento psicológico

Linha de pesquisa 1 – Saúde e contextos de desenvolvimento psicológico.

Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC).

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Crepaldi

Florianópolis/Santa Catarina
2016

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor.
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.**

Azevêdo, Adriano Valério dos Santos

Ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras / Adriano Valério dos Santos Azevêdo ; orientador, Maria Aparecida Crepaldi - Florianópolis, SC, 2016.

91 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Ansiedade. 3. Enfrentamento. 4. Redes Sociais Significativas. 5. Crianças. Queimaduras. Familiar Cuidador. I. Crepaldi, Maria Aparecida. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

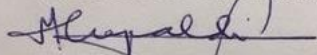
Adriano Valério dos Santos Azevêdo

*Ansiidade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares
cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras*

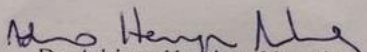
Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de fevereiro de 2016.

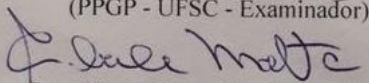
Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)



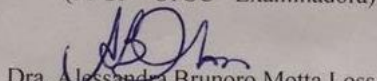
Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Orientadora)



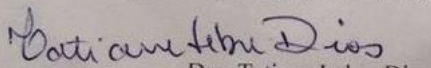
Dr. Adriano Henrique Nuernberg
(PPGP - UFSC - Examinador)



Dra. Cibele Cunha Lima da Motta
(PPGP - UFSC - Examinadora)



Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss
(PPGP - UFES) Examinadora)



Dra. Tatiane Lebre Dias
(PPGE - UFMT - Examinadora)

Dra. Andréa Barbará da Silva Bousfield
(PPGP - UFSC - Suplente)

Dra. Kely Maria Pereira de Paula

Dedico esta tese aos familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras, pelo privilégio de conhecer suas histórias de vida.

AGRADECIMENTOS

Depois de concluir o curso de mestrado na Universidade Federal de Sergipe, decidi seguir meus estudos e fazer o curso de Doutorado em Psicologia. Ao pesquisar os cursos de Doutorado pelo país, identifiquei-me com a linha de pesquisa (Saúde e contextos de desenvolvimento psicológico – relações no contexto hospitalar) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC. A única informação que tinha era a localização da UFSC (Florianópolis/SC). Idas e vindas (do Nordeste) para participar do processo seletivo, e o início de uma trajetória no sul do Brasil marcado por desafios e realizações. Neste período, encontrei pessoas acolhedoras, as quais são significativas, pelo fato de acompanharem meu percurso. Sinceros agradecimentos:

À minha família pelo apoio constante: vínculos familiares que permanecem a vida inteira.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª. Maria Aparecida Crepaldi, exemplo de pessoa humana, de professora, pesquisadora, que me acolheu em momentos distintos neste período. Boas recordações! Minha referência profissional!

Aos professores e colegas do PPGP pela possibilidade de adquirir conhecimentos e construir uma rede de apoio. Em especial, a Prof^ª Carmen Moré, Prof^º Mauro Vieira, e os colegas: Shana, Rovana, Sheila, Roberta, João, Mariana. Foram muitos aprendizados na sala de aula e nas discussões, sinto-me realizado pelo fato de concluir o doutorado num Programa de Pós-Graduação altamente qualificado.

Ao meu colega, Antônio Lançoni, pela parceria na pesquisa em unidade de queimados, pelo fato de compartilhar experiências no processo de pesquisa.

Aos professores que participaram da banca de qualificação (Profa. Ariane Kuhen, e Profa. Carmen Moré) e apresentaram sugestões que permitiram aprimorar o projeto de pesquisa.

Às minhas irmãs catarinenses de coração (Maiara Pereira Cunha, Aline Jacinto, Ana Paula Sesti Becker) e suas famílias, pelo acolhimento nos momentos agradáveis que foram compartilhados, e pela possibilidade de

ampliar conhecimentos. Foi com satisfação que recebi Maiara, uma amiga, irmã, lembro-me de muitos momentos (no jantar, na caminhada) que estão marcados nesta trajetória. Aline, muito querida, a tua presença e as boas sensações, sempre foi uma satisfação te receber aqui e compartilhar receitas, assistir vídeos, uma parceria que continua. Ana Paula, bons momentos na convivência, no compartilhamento de conhecimentos, nas conversas a noite durante o jantar. Obrigado por tudo, pela disponibilidade de escuta, pela torcida e comemoração de projetos profissionais. Desejo igualmente realizações para vocês.

À equipe de saúde da Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pela atenção e a disponibilidade em transmitir informações que foram úteis para conduzir a pesquisa.

Nas grandes batalhas
da vida, o primeiro
passo para a vitória é
o desejo de vencer.

Mahatma Gandhi

RESUMO

A situação de adoecimento e hospitalização referente a queimaduras em crianças provoca alterações nos estados emocionais e na rede social significativa dos familiares cuidadores. Esta pesquisa de tese teve o objetivo de compreender a dinâmica das relações entre ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras. Participaram da pesquisa, familiares cuidadores, cuja média de idade foi de 30,90 anos, a maioria representados pelas mães das crianças hospitalizadas, que eram casadas, moradoras do interior do estado, e tinham mais de um filho. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), e o Mapa de Rede Social. Os dados das escalas foram analisados por meio de estatísticas descritivas e inferenciais, e no mapa de rede social buscou-se analisar a estrutura e as funções da rede por meio de frequência de ocorrência de pessoas significativas e exploração qualitativa. Os resultados da pesquisa são apresentados em quatro artigos. Identificou-se indicador de ansiedade leve, e as estratégias de enfrentamento foram aquelas focalizadas na prática religiosa, no suporte social, e no problema. Verificou-se uma correlação significativa entre ansiedade e ocupação, pessoas sem ocupação apresentaram maior indicador de ansiedade. As redes sociais significativas concentraram a equipe de saúde e a família. As funções da rede se referem a guia cognitivo (equipe de saúde), ajuda material e apoio emocional (família), e os contatos são realizados com frequência por meio da reciprocidade. Os resultados dos artigos permitem ressaltar que existem relações entre ansiedade, enfrentamento e redes sociais de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras. Os vínculos sociais entre cuidadores, familiares e equipe de saúde representam um fator de proteção que auxilia no enfrentamento da hospitalização. Tais resultados podem ser utilizados em programas cujo objetivo são as interações família-equipe que promovam o desenvolvimento da criança hospitalizada, além do acolhimento e a integralidade das práticas de assistência.

Palavras-Chave: Ansiedade. Enfrentamento. Redes Sociais Significativas. Familiares cuidadores. Criança hospitalizada. Queimaduras.

ABSTRACT

The situation of illness and hospitalization related to children burn causes changes in emotional states and significant social network of family caregivers. This thesis research aimed to understand the dynamics of the relationship between anxiety, coping and meaningful social networks of family caregivers of children hospitalized with burns. Participated in the survey, family caregivers, whose average age was 30.90 years, most represented by the mothers of hospitalized children, who were married, of the state residents, and had more than one child. The following instruments were used: the Beck Anxiety (BAI), the problems of coping modes Scale (EMEP) and the Social Network Map. The data of the scales were analyzed using descriptive and inferential statistics, and social network map sought to analyze the structure and functions of the network by frequency of occurrence of significant people and qualitative exploration. The search results are presented in four articles. It was identified mild anxiety indicator, and coping strategies were those focused on religious practice, social support, and problem. a significant correlation between anxiety and occupation, people without occupation had higher indicator of anxiety was found. Significant social networks focused health team and family. The network functions refer to cognitive guide (health staff), material assistance and emotional support (family), and contacts are made frequently through reciprocity. The results of the articles allow to point out that there are relationships between anxiety, coping and social networks of family caregivers of children hospitalized with burns. Social ties between caregivers, family members and health staff represent a protective factor that helps in coping with the hospitalization. These results can be used in programs whose purpose are the family-team interactions that promote the development of hospitalized children, in addition to the host and comprehensiveness of care practices.

Keywords: Anxiety. Coping. Significant social networks. Family caregivers. Hospitalized children. Burns.

RESUMEN

La situación de la enfermedad y la hospitalización relacionada con los niños en quemaduras provoca cambios en los estados emocionales y red social significativa de los cuidadores familiares. Esta investigación de tesis teve como objetivo verificar la relación entre la ansiedad, afrontamiento y redes sociales significativas de cuidadores familiares de niños hospitalizados con quemaduras. Cuatro artículos se llevaron a cabo con el foco en estas variables y participantes. Con la asistencia de 30 cuidadores familiares que respondieron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), los problemas de afrontamiento modos Escala (EMEP) y la red social mapa. Fue identificado indicador de ansiedad leve, y las estrategias de afrontamiento utilizadas eran la práctica religiosa, el apoyo social y la evaluación del problema. Hubo una correlación significativa entre la ansiedad y la ocupación, teniendo en cuenta que las personas sin ocupación tuvieron mayor indicador de la ansiedad. Redes sociales importantes concentran el equipo de salud y la familia. Las funciones de red se refieren a guía cognitiva (personal de salud), la asistencia material y apoyo emocional (familia), y los contactos se hacen con frecuencia através de la reciprocidad. Los resultados de los artículos permiten señalar que existen relaciones entre la ansiedad, afrontamiento y las redes sociales de los cuidadores familiares de niños hospitalizados con quemaduras. Los lazos sociales entre los cuidadores, sus familias y profesionales de la salud representan un factor de protección para enfrentar el período de hospitalización. Los proyectos de promoción de la salud para familiares de niños hospitalizados ayuda equipo de salud unidad de quemados en las interacciones que se establecen, para que pueda promover la acogida y atención integral através da humanización, a considerar esta articulación con los principios de las políticas de salud pública en Brasil.

Palabras clave: Ansiedad. Afrontamiento. Redes sociales significativos. Cuidadores familiares. Niños hospitalizados. Quemaduras.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura da pele.....	27
Figura 2 – Esquema de Lund- Browder para avaliação da queimadura.....	28
Figura 3 – Sistema hierárquico do enfrentamento.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos familiares cuidadores.....51

Tabela 2 – Dados sociodemográficos das crianças com queimaduras...52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Definições das variáveis que integram o mapa de redes.....	42
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	25
1. QUEIMADURAS.....	25
1.1 Epidemiologia.....	25
1.1.1 Aspectos físicos.....	26
1.1.2 Tratamento.....	28
1.2 Queimaduras e alterações psicológicas.....	30
1.2.1 Estados emocionais e repercussões comportamentais e sociais de queimaduras em crianças.....	30
1.2.2 Estados emocionais e repercussões comportamentais e sociais de queimaduras em pais e cuidadores.....	32
2. PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS.....	34
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	35
3.1 Ansiedade.....	35
3.2 O conceito de enfrentamento.....	36
3.3 Redes Sociais Significativas.....	41
4. Objetivos de pesquisa.....	45
5. Relevância da tese.....	46
6. Panorama geral da tese.....	47
7. Método.....	49
7.1 Contexto de pesquisa.....	49
7.2 Participantes.....	50
7.3 Instrumentos.....	53
7.4 Procedimentos de coleta de dados.....	55
7.5 Procedimentos de análise de dados.....	56
7.6 Aspectos éticos.....	57
Artigo 1 – Estados emocionais e relacionamento familiar de cuidadores de crianças com queimaduras: revisão integrativa.....	58
Artigo 2 - Ansiedade e enfrentamento em familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras.....	59
Artigo 3 – Enfrentamento e redes sociais de familiares cuidadores de crianças em unidade de queimados.....	60
Artigo 4 - Estados emocionais e a rede social significativa do cuidador de uma criança com queimaduras: estudo de caso.....	61
DISCUSSÃO.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXOS E APÊNDICES.....	79

APRESENTAÇÃO

A pesquisa que deu origem a esta tese se insere na Área de Concentração 3 – “Saúde e Desenvolvimento psicológico, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta Área integra estudos sobre os processos psicológicos no âmbito das interações entre saúde e desenvolvimento individual e social. De forma específica, o referido estudo integra-se à Linha de pesquisa 1 – Saúde e contextos de desenvolvimento psicológico, que enfatiza estudos sobre o desenvolvimento psicológico e suas relações com a saúde das pessoas nos contextos ambiental, familiar, institucional e comunitário.

Esta pesquisa, em especial, focaliza a saúde e desenvolvimento da criança e da família no contexto hospitalar. O trabalho foi desenvolvido junto ao Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC), cujos pesquisadores estão ligados à Área 3 do PPGP. No LABSFAC, o referido estudo integra-se à linha de pesquisa – “Relações sociais no atendimento hospitalar” – que busca estudar as relações estabelecidas no contexto hospitalar entre pacientes, familiares e equipe de saúde.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Tratamento de Queimados, com familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras. O interesse neste tema de estudo ocorreu a partir da minha atuação em uma Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), no estado de Sergipe, direcionada para a avaliação e a intervenção psicológica com crianças e acompanhantes, o que permitiu compreender o sofrimento da díade (criança-cuidador) no processo de hospitalização. De forma específica, foi possível observar que o acompanhante vivencia experiências que provocam reações distintas, por exemplo, o surgimento de sintomas de ansiedade que mobilizam a utilização de estratégias de enfrentamento, e o auxílio das redes de apoio social.

Verifica-se a importância de estabelecer relações entre ansiedade, enfrentamento e redes sociais do cuidador familiar da criança hospitalizada com queimaduras, geralmente representado pela figura materna, para que novos estudos sejam realizados e possam contribuir com intervenções psicológicas e a construção de políticas públicas voltadas para atenção integral destes cuidadores.

A minha atuação na referida UTQ possibilitou a execução de pesquisas referentes ao desenvolvimento de um protocolo de avaliação psicológica hospitalar para a criança queimada (Azevêdo, 2010); um

estudo de caso sobre os efeitos da intervenção psicológica hospitalar em uma criança com queimaduras (Azevêdo & Trindade, 2011), e um terceiro trabalho que enfatizou as percepções da equipe de saúde sobre o brincar da criança hospitalizada com queimaduras (Azevêdo, 2013). Num evento científico sobre os cenários humanizados e as práticas possíveis em Psicologia, apresentei uma proposta de humanização dos espaços na Unidade de Queimados para auxiliar o acolhimento e as relações estabelecidas entre paciente, família e equipe de saúde (Azevêdo, 2014). A partir destes estudos, tive o interesse de realizar pesquisas com familiares cuidadores de crianças com queimaduras, para fins de explorar aspectos emocionais e sociais. Estes trabalhos citados inserem-se na área da Psicologia Pediátrica, que se refere à aplicação da Psicologia destinada a saúde da criança, e de maneira específica, às ações direcionadas à criança e sua família no contexto hospitalar (Crepaldi, Linhares, & Perosa, 2006). A Psicologia Pediátrica representa as bases para a minha formação de pesquisador e professor.

INTRODUÇÃO

Eu fiquei desesperada quando encontrei minha filha queimada, não tem sido fácil ficar no hospital, aí eu choro porque ela sofre e eu não posso fazer nada – (relato de uma mãe que acompanha sua filha hospitalizada com queimaduras).

O relato acima apresentado descreve a reação emocional diante de uma situação de crise vivenciada pela mãe de uma criança com queimaduras graves, e as dificuldades referentes à adaptação no hospital. Nas situações traumáticas que envolvem queimaduras em crianças, essas e os seus cuidadores são acometidos pelas repercussões psicológicas e sociais desse evento (Bakker, Maertens, Van Son, & Van Loey, 2013a; Kasak et al., 2006), compartilham experiências e vivenciam transformações ao longo do processo de hospitalização. A necessidade de hospitalização decorrente de um trauma físico marca o surgimento de reações psíquicas, de mudanças na dinâmica familiar e nas interações sociais.

Esta pesquisa apresenta os resultados de um estudo realizado na Unidade de Tratamento de Queimados com familiares cuidadores de crianças hospitalizadas. A Introdução apresenta informações referentes às queimaduras: epidemiologia, aspectos físicos, tratamento, e as reações psicológicas e sociais da situação de queimadura sobre as crianças e seus pais. Neste bloco, serão apresentadas a perspectiva teórica do estudo e as relações entre as variáveis relacionadas à ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas. Apresentar-se-á síntese da relevância da tese e os objetivos de pesquisa. No método, são apresentados os participantes, os procedimentos de coleta e análise de dados, e aspectos éticos. Na próxima seção, seguem os artigos com os relatos de pesquisas, em seguida a discussão e considerações finais.

1.1 QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

1.1.1 Epidemiologia

No Brasil, são registrados a cada ano um milhão de casos de queimaduras, dos quais 300 mil ocorrem em crianças que necessitam de hospitalização, tratamento, reabilitação e cirurgias plásticas (Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2014). As lesões em crianças de até oito anos são provocadas pelo contato com líquidos quentes, e nas crianças de oito aos doze anos, ocorrem devido à utilização de combustíveis inflamáveis, por exemplo, gasolina e álcool. As queimaduras acontecem,

principalmente, no ambiente doméstico e representam a quarta maior causa de morte entre as crianças (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), as queimaduras representam um problema de saúde pública, ao considerar que por ano ocorrem cerca de 195.000 mortes, a maioria em países de renda baixa e média, e quase metade dos casos ocorre no sudoeste asiático. A taxa de mortalidade de crianças, por queimadura, é atualmente sete vezes maior nesses países, se comparada àqueles de renda alta. As queimaduras não-fatais, aquelas que não acarretam em morte, apresentam repercussões físicas, e a morbidade destaca os agravos à saúde (Saraiva, 1993), o que inclui os efeitos da hospitalização prolongada e o desfiguramento devido às consequências provocadas na pele. Em síntese, as queimaduras representam causa de mortalidade, e de uma série de sequelas no corpo que necessitam de acompanhamento especializado ao longo da vida.

1.1.2 Aspectos físicos

A definição de queimaduras se refere às lesões de tecidos orgânicos decorrentes do trauma de origem térmica, por exposição a chamas, líquidos superaquecidos, superfícies quentes e frias, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção (Piccolo et al., 2008). As queimaduras provocam lesões que necessitam de avaliação e tratamento para verificar que estruturas da pele foram lesionadas.

A pele, maior órgão do corpo humano, representa 7% do peso corporal e apresenta diferentes funções, por exemplo, a termorregulação (regulação da temperatura corporal), a proteção, a função metabólica e a sensação (Gartner, 2003). A anatomia da pele integra estruturas complexas, a espessura varia de 1,5 a 4,0 mm, dependendo da parte do corpo, sendo composta por duas camadas: epiderme e derme (Figura 1). A epiderme representa a camada mais externa revestida por um epitélio estratificado pavimentoso queratinizado, formado por células diferenciadas de queratina; a derme serve de apoio para o epitélio, este que é um tecido conjuntivo fibroso, formado por colágeno e elastina, responsáveis pela força e elasticidade da pele (Gartner, 2003). Abaixo da derme encontra-se a hipoderme ou tecido celular subcutâneo, embora não pertence à pele, compartilha das suas funções de proteção e serve para unir os órgãos subjacentes. As lesões provocadas nas estruturas profundas da pele são consideradas mais graves, devido à destruição de

componentes básicos que afetam o funcionamento geral. Diante da ocorrência de queimaduras, a avaliação clínica verifica os aspectos gerais da pele e busca identificar as estruturas que foram lesionadas, com o propósito de estabelecer o prognóstico e as formas de tratamento.

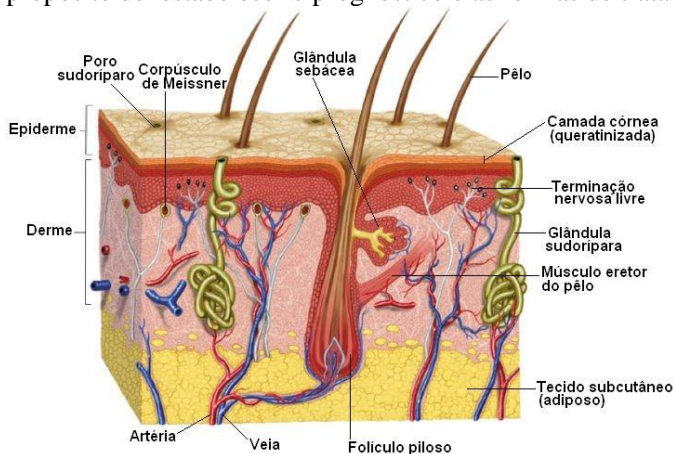


Figura 1. Estrutura da pele. Fonte: Google Image

As lesões provocadas por queimaduras são avaliadas conforme sua profundidade na pele a partir das classificações de 1º, 2º e 3º graus, sendo as duas últimas consideradas mais graves, e quanto à extensão atribuindo-se um escore quantitativo entre pequeno, médio e grande queimado (Gomes, Serra & Pellon, 1997). Em relação à profundidade da queimadura, a lesão de 1º grau envolve a camada de epiderme, algumas características relacionam a sensação de dor, o local fica vermelho e não apresenta bolhas; a lesão de 2º grau é subclassificada em dois tipos: queimaduras de extensão superficial parcial, que atinge a camada superior da derme, e queimaduras de profundidade de espessura parcial, que se estende pela derme atingindo a camada subdérmica com a presença de bolhas; e a lesão de 3º grau, considerada a mais grave, que afeta a região total da epiderme e derme, e os tecidos subcutâneos, muscular e ósseo, o que provoca lesões deformantes e exige a necessidade de cirurgia de enxerto para restauração da área lesionada (Gomes et al., 1997).

A extensão da lesão, método utilizado para classificar a lesão entre pequeno, médio e grande queimado, é obtida por meio do cálculo da área corporal afetada pela queimadura, e utiliza o método de Esquema de Lund e Browder (1944), reconhecido internacionalmente e

utilizado nas unidades de queimados. Neste método, o corpo é dividido em segmentos que correspondem às porcentagens de superfície corporal cutânea (Figura 2). Os critérios estabelecem indicadores para classificar as lesões em pequeno, médio ou grande queimado.

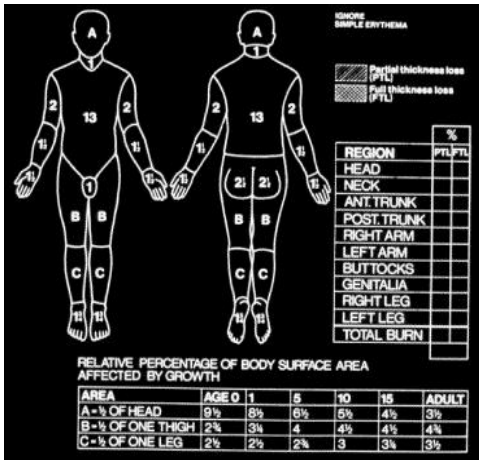


Figura 2. Esquema de Lund - Browder para avaliação da queimadura. Fonte: Google Image

As queimaduras são consideradas mais graves quando ocorrem nas crianças, se comparadas aos adultos, devido às características da faixa etária e do sistema imunológico, aspectos que estão diretamente relacionados com a evolução e prognóstico das lesões (Silva, Oliveira, Costa, & Serra, 2004). De acordo com os autores citados, a criança apresenta uma maior superfície corporal em relação ao peso, se comparada ao adulto, por exemplo, uma criança de sete quilos tem um décimo do peso de um adulto de setenta quilos, a superfície corporal da criança é um quarto daquela do adulto, por isso se um adulto apresenta 12% da superfície corporal queimada é considerado um pequeno queimado, enquanto uma criança com esta mesma porcentagem é considerada um paciente grave com possibilidades de apresentar choque térmico.

1.1.3 Tratamento

O cuidado ao paciente com queimaduras é realizado por meio de uma equipe de saúde que realizará avaliações, procedimentos, e exames

para verificação da área queimada (Vale, 2005), o que permitirá auxiliar o tratamento especializado e a atenção às necessidades de cada paciente. As unidades de queimados seguem diretrizes para o atendimento de pacientes, e de maneira geral, o tratamento ocorre em três momentos: reanimação, reparação, e reabilitação (Smeltzer et al., 2009). De acordo com os autores, na fase de reanimação busca-se a verificação de sinais vitais do corpo, batimentos cardíacos e pressão arterial, e reposição de fluidos; a fase de reparação se refere a utilização de curativos, pomadas específicas, balneoterapia (banho para limpeza das feridas e desinfecção), desbridamentos (retirada de células mortas), e cirurgias de enxerto nos casos mais graves para reconstrução da pele; e a fase de reabilitação inclui o acompanhamento do paciente no ambulatório por meio de uma equipe multiprofissional.

No primeiro contato com o paciente que sofreu queimaduras, as ações da equipe de saúde incluem avaliação e manutenção das vias aéreas, a reposição de fluidos corporais, e estratégias para o manejo da dor (Oliveira, Moreira, & Gonçalves, 2012). Alguns procedimentos são realizados nas enfermarias (balneoterapia e curativos), e outros mais complexos no centro cirúrgico (desbridamentos e cirurgias de enxerto), com a utilização de anestésicos. Portanto, as queimaduras, assim como o seu tratamento, provocam dor intensa. As intervenções utilizadas durante a realização dos procedimentos podem ser divididas em duas categorias: as farmacológicas (medicações) e não-farmacológicas (atividades lúdicas e distração) (Baartmans, Stas, Dokter, & Boxma, 2008; De Jong et al., 2010). Assim, procura-se facilitar a adesão da criança ao tratamento e auxiliar o trabalho da equipe de saúde.

A duração do tratamento está relacionada com a severidade das lesões, o que ocorrerá em alguns dias, semanas ou meses, de acordo com a avaliação individual de cada criança. A estimativa é que 30% de pré-escolares e 46% de crianças em idade escolar são hospitalizadas por 14 dias ou mais nos centros especializados de tratamento (Vloemans et al., 2011).

Após o período de hospitalização inicia-se a fase de reabilitação (Smeltzer et al., 2009), o acompanhamento da criança por meio de consultas no Ambulatório, para que seja possível verificar as cicatrizes e os aspectos motores do corpo, além de definir as possibilidades a serem realizadas, por exemplo, cirurgias plásticas e utilização de malhas no corpo. Neste momento, é realizada uma avaliação psicossocial com orientações direcionadas aos acompanhantes para auxiliar no enfrentamento das situações referentes a reinserção da criança no

contexto escolar, familiar e social. O seguimento psicológico da criança e de seus familiares é fundamental, primeiro para proteger e potencializar o desenvolvimento psicológico, bem como auxiliá-la no processo de enfrentamento da doença, tratamento, e hospitalização.

1.2 Queimaduras e alterações psicológicas

A ocorrência de queimaduras representa um dos eventos mais traumáticos vivenciado pelas crianças (Bakker & Walstra, 2013b; Landolt, Buehlmann, Maag, & Schiestl, 2009), o que provoca ansiedade na própria criança e em sua família (Artz, Moncrief, & Pruitt, 1980). As lesões no corpo e a presença de cicatrizes modificam a auto-imagem; os procedimentos invasivos referentes aos curativos e cirurgias são considerados dolorosos; as recordações do evento traumático repercutem em mudanças comportamentais; o período prolongado de hospitalização e a fase de reinserção no ambiente familiar e escolar provocam alterações psicológicas e sociais.

Estes aspectos diferenciam a vivência de crianças queimadas, se comparadas às vivências em outros contextos pediátricos no hospital (Liber, Faber, Treffers, & Van Loey, 2006), devido ao trauma, dor, e enfrentamento. No que se refere ao trauma, o fato de reviver o momento da queimadura gera sofrimento psicológico, alterações comportamentais e o surgimento de sintomas de Estresse Pós-Traumático; a dor, devido às lesões expostas no corpo, é vivenciada de maneira singular por cada criança; e o enfrentamento de situações relacionadas ao contexto da hospitalização (procedimentos invasivos), e consequências físicas das queimaduras (cicatrizes), aspectos estes inerentes à criança com queimaduras.

1.2.1 Estados emocionais e reações comportamentais e sociais da queimadura em crianças

Há um consenso na literatura nacional e internacional referente às reações psicológicas provocadas nas crianças, com idade pré-escolar e escolar, e nos seus pais, a partir da vivência de eventos traumáticos decorrentes de uma situação de doença e hospitalização (Barros, 2003; Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2003; Roberts & Steele, 2009; Kazak et al., 2006). Os sintomas agudos de estresse, estresse pós-traumático e ansiedade foram identificados em crianças hospitalizadas com doenças agudas, as quais vivenciaram eventos traumáticos no contexto hospitalar

(Bronner, Knoester, Bos, Last, & Grootenhuis, 2008; Kassam-Adams et al., 2012; Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule, & Dalgleish, 2007). Estes sintomas necessitam de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado destinado à criança, por considerar que os estudos mostram a possibilidade de tais sintomas se tornarem crônicos e persistentes, caso não ocorra uma avaliação e intervenção efetiva (De Young, Kenardy, & Cobham, 2011; Kazak et al., 2006). Por tais razões, enfatiza-se a importância de intervenções psicológicas, além daquelas de cunho biomédico e farmacológico, para garantir a integralidade do cuidado, e as ações de proteção e promoção da saúde da criança no hospital.

O surgimento de uma doença, a necessidade de hospitalização, e os tratamentos médicos representam eventos estressores para a criança e sua família, e por consequência apresenta mudanças no funcionamento familiar (Chorney & Kain, 2010; Coyne, 2006). Há a possibilidade do sofrimento psicológico decorrente desta experiência se prolongar para além do período de hospitalização, por meio da ocorrência de estresse pós-traumático em crianças com queimaduras (Kazak et al., 2006), e os pais ou cuidadores costumam ser os principais responsáveis pelo apoio emocional oferecido à criança durante e após a hospitalização.

As crianças associam o evento da queimadura a um trauma, este é vivenciado por meio de um processo, que se inicia no momento do acidente e se prolonga ao longo da vida (McGarry et al., 2014). De acordo com estes autores, reações emocionais de estresse e de hiper vigilância provenientes das recordações do evento, alterações no funcionamento familiar, a preparação para o retorno às atividades sociais, e aspectos referentes à resiliência estão incluídos na fase de adaptação. As crianças começam a vivenciar mudanças no momento da admissão no hospital, inicialmente ao perceber a gravidade das lesões, os procedimentos médicos invasivos, a necessidade de reconstrução das áreas lesionadas, e a longo prazo, as cicatrizes e o tratamento de reabilitação.

A produção científica destaca que durante e após o período de hospitalização, as crianças com queimaduras apresentam estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, problemas relacionados a auto-estima, imagem corporal, sono, funcionamento social, e dificuldades para retorno a escola (Bakker et al., 2013a). A intervenção psicológica tem apresentado efeitos positivos quando o psicólogo utiliza recursos lúdicos, a exemplo do desenho, para explorar a vivência da criança e iniciar o processo de reestruturação das experiências (Azevêdo &

Trindade, 2011). A experiência traumática ocasiona sintomas psicológicos, e cada criança apresenta comportamentos específicos, algumas reagem com agressividade e outras desenvolvem o mutismo, pelo fato da queimadura provocar alterações na aparência física. As crianças que apresentam desfigurações no corpo (congenitas ou adquiridas), estão propensas a desenvolver auto-percepção negativa, e por consequência surgem às dificuldades de interação social (Rumsey & Harcourt, 2007). Neste aspecto, verifica-se a importância de estudos longitudinais com crianças que vivenciaram queimaduras, por considerar que o acompanhamento sistemático permitiria identificar riscos e procurar encaminhar para intervenções específicas.

1.2.2 Estados emocionais e reações comportamentais e sociais em pais e cuidadores

Os estudos na área da Psicologia Pediátrica destacam a necessidade de investigar as experiências de adoecimento vivenciadas pelas crianças e seus familiares, com o objetivo de delimitar propostas relacionadas à avaliação e intervenção psicológica (Barros, 2003; Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Dias, M.N. Baptista & A.S.D. Baptista, 2010; Pérez-Ramos, 2006; Quiles & Carrilo, 2000; Roberts & Steele, 2009; Seagull, 2000). O adoecimento associado à hospitalização provoca uma série de mudanças na vida da criança e de seus cuidadores, por esta razão há necessidade da atenção contínua direcionada para a díade (criança-cuidador).

O contexto da hospitalização apresenta implicações na relação estabelecida entre a criança e o acompanhante, principalmente durante o tratamento de queimaduras devido os períodos de dor (Stoddard et al., 2002), o que está relacionado com o sofrimento dos pais ao verificar que seu filho necessita de cuidados especiais. Nas lesões não-intencionais em crianças, os pais apresentam sofrimento semelhante ou superior ao da criança (Kazak et al., 2006; Langeland & Olf, 2008), pois quando percebem a gravidade das lesões provocadas pelas queimaduras e as sensações dolorosas vivenciadas pelas crianças, vivenciam um momento de crise marcado pelo estresse, que é potencializado nos casos em que o cuidador estava presente no momento do acidente.

A experiência de confronto com uma situação que envolve ferimentos graves em uma criança é considerada um evento traumático para os pais (American Psychological Association, 2014), o que permite desenvolver sintomas de estresse traumático. Na primeira semana de

hospitalização para o tratamento de queimaduras, os pais apresentam distress psicológico, que representa a forma mais grave de estresse, com sintomas significativos de estresse pós-traumático (McGarry et al., 2013), e no primeiro mês após a queimadura foram identificadas reações de estresse agudo, principalmente na mãe, se comparado ao pai da criança (Bakker, Maertens, Van Son, & Van Loey, 2013a). Os pais que presenciaram o momento da queimadura destacam reações de pânico, e ao longo do período de hospitalização ocorre a alternância entre culpa e raiva (McGarry et al., 2015).

Reações de ansiedade, estresse, estresse pós-traumático, e alterações nas familiares foram identificadas nos cuidadores de crianças com queimaduras (Bakker et al., 2013a). No que se refere às relações familiares, os integrantes da família se reorganizavam por meio do envolvimento para enfrentar as situações (Horridge, Cohen, & Gaskell, 2010), especificamente àquelas que incluem o surgimento de dificuldades financeiras (Kilburn & Dheansa, 2014), e o desenvolvimento de estratégias para a reinserção da criança as atividades sociais, neste caso, o retorno ao ambiente escolar (Oster, Hensing, Löjdström, Sjöberg, & Willebrand, 2014).

Outras pesquisas focalizaram o estudo de reações agudas de estresse entre casais (Bakker, Van Loey, Van der Heijden, & Van Son, 2012), estresse pós-traumático (Bakker, Van Loey, Van Son, & Van der Heijden, 2010), as relações entre problemas comportamentais em crianças e distress parental (Bakker et al., 2014), e os efeitos de programas destinados ao lazer na auto-estima e auto-imagem das crianças, na percepção dos pais (Bakker et al., 2011).

Ao considerar a vivência diante de um evento traumático, estudos destacaram que as reações dos pais apresentam implicações nas formas de enfrentamento da criança a situação traumática (Alisic, Jongmans, Van Wesel, & Kleber, 2011; De Young et al., 2011; Landolt, Ystrom, Sennhauser, Gnehm, & Vollrath, 2012; Langeland & Olf, 2008), e por consequência nos comportamentos emitidos pela díade mãe-criança. Quando os pais demonstram apoio e estabilidade emocional, as crianças reagem de maneira pró-ativa enfrentando os procedimentos que são necessários para sua recuperação; ao contrário, o sofrimento emocional intenso dos pais reflete diretamente em comportamentos regressivos da criança que dificultam a adesão ao tratamento.

Após a experiência traumática da queimadura, as respostas dos pais e das crianças à situação temida estavam inter-relacionadas com os comportamentos da díade (mãe/criança) utilizados para o enfrentamento

das situações (Graf, Schiestl, & Landolt, 2011; Hall et al., 2006; Stoddard et al., 2002). Algumas hipóteses foram estabelecidas para compreender a dinâmica dos pais no pós-trauma: 1. Modelos parentais baseados em vínculos seguros possibilitam oferecer ambiente emocional positivo para a criança, 2. Sintomatologia de diferentes membros da família influenciam nos comportamentos de todos que estão envolvidos, 3. A vulnerabilidade genética explica que pais e filhos apresentam semelhanças nas reações na fase pós-trauma (De Young et al., 2011; Langeland & Olf, 2008). Um ponto em comum se refere às interações criança-pais em situações que envolvem traumas, e ao considerar a dinâmica familiar, pode-se compreender que existem aspectos culturais, afetivos, e sociais, que estão interligados e explicam a singularidade e o funcionamento da família.

2. PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS

Esta pesquisa está inserida na área da Psicologia da Saúde, que estuda as inter-relações que ocorrem no processo saúde-doença, as repercussões psicológicas, e as possibilidades de intervenção. Em 1978, a American Psychological Association (APA) oficializou a Divisão 38, e o primeiro presidente, Joseph Matarazzo, definiu os objetivos da Psicologia da Saúde, referindo-se a uma área que tem contribuições educacionais e científicas das diferentes disciplinas da Psicologia: a) Visa estudar a etiologia das doenças – conhecimento sobre adoecimento e seus aspectos orgânicos; b) Desenvolver ações destinadas à promoção da saúde – conscientizar os indivíduos sobre hábitos que contribuem para o estilo de vida saudável; c) Aplicar intervenções psicológicas para o tratamento de doenças – utilização de teorias e técnicas psicológicas para indivíduos e grupos que se encontram na situação de doença; e d) Aprimorar as políticas públicas de saúde por meio de projetos sociais – inserção do psicólogo em projetos buscando o diálogo com órgãos governamentais (Straub, 2008).

De acordo com Remor (1999), a Psicologia da Saúde utiliza conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e Psicologia Social Comunitária, considerando que outras áreas da Psicologia apresentam contribuições relevantes. A Psicologia da Saúde está fundamentada no princípio da integralidade – concepção dinâmica de homem que enfatiza práticas de promoção, prevenção e tratamento; as quais são realizadas por meio da interdisciplinaridade – diferentes disciplinas científicas estabelecem diálogo e compartilham estratégias

alternativas nas ações realizadas nos ambientes de saúde (Mattos, 2003). A Psicologia da Saúde baseia-se no princípio da integralidade, concepção sistêmica do ser humano, e utiliza teorias e técnicas psicológicas para a investigação e tratamento de aspectos relacionados ao processo saúde e doença, o que ocorre nos diferentes pontos de atenção à saúde: atenção primária (postos de saúde), secundária (ambulatórios), e terciária (hospital geral).

A presente pesquisa focaliza os seres humanos em contextos, e em especial o contexto hospitalar e está inserida no campo de estudo da Psicologia da Saúde da Criança e do Adolescente – área que enfatiza atenção à criança, adolescente, a família, e equipe de saúde, no âmbito do adoecimento, hospitalização, e nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As ações são destinadas à promoção e ao tratamento de crianças, adolescentes e famílias, por meio de princípios psicológicos, e numa perspectiva ampliada são consideradas as relações entre criança, família e equipe de saúde (Crepaldi et al., 2006). Os fundamentos da Psicologia da Saúde da Criança e do Adolescente guiam esta pesquisa, que tem a finalidade de investigar ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras. A definição das variáveis ansiedade e enfrentamento está baseada na perspectiva cognitivo comportamental, que destaca as inter-relações entre cognição, afeto e comportamento (Beck & Clarck, 1997; Lazarus & Folkman, 1984). O conceito de redes sociais e as estratégias de investigação fundamentam-se nos princípios de Sluzki (1997), que são fundamentados pela perspectiva teórica do pensamento sistêmico.

Portanto, essa pesquisa foi realizada a partir das contribuições dessas duas vertentes teórico-epistemológicas, considerando que seu delineamento procurou abarcar a compreensão da relação entre as variáveis pessoais e contextuais, que concorrem para a compreensão de fenômenos psicológicos e sociais associados à ocorrência e ao tratamento de queimaduras em crianças.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS NA SITUAÇÃO DE DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

3.1 Ansiedade

A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10, 1997), destaca as principais características da ansiedade: palpitações, tremores, sudorese, nervosismo, desconforto epigástrico, tensão muscular, sensação de cabeça leve e tonturas, além de medo relacionados a si mesmo ou de parentes de adoecer e/ou sofrer acidentes, e uma série de outros pressentimentos e preocupações. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), os sintomas da ansiedade se referem à irritabilidade, perturbação de sono ou sono insatisfatório, fadigabilidade, inquietude ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, tensão muscular e dificuldade em concentrar-se ou sensação de branco na mente (American Psychiatric Association, 2002). No DSM-V, a ansiedade é relacionada a antecipação de uma ameaça futura, que envolve tensão muscular, ideação cognitiva e comportamentos de esquiva (American Psychiatric Association, 2014). A preocupação e os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Esses manuais apresentam características comuns à ansiedade, inclui as alterações orgânicas e os aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais; assim, é possível verificar que existem múltiplos fatores inter-relacionados.

Para a teoria cognitivo comportamental, a ansiedade representa uma reação emocional decorrente da apresentação de um estímulo, e sua avaliação inclui ameaça e perigo (Beck & Alford, 2000). Na ansiedade, as cognições envolvem ameaças e representam avaliações exageradas das situações; pelo fato de que a antecipação dos eventos minimiza a sensação de controle e o indivíduo vivencia uma fase de vulnerabilidade cognitiva (Clark & Beck, 2012). A potencialização da ameaça ocorre de maneira catastrófica quando a utilização de estratégias para enfrentar os eventos não apresenta efetividade (Clark & Beck, 2012). É possível compreender que as cognições referentes a ansiedade minimizam a sensação de segurança do indivíduo, o que repercute na utilização de estratégias de enfrentamento.

3.2 O conceito de enfrentamento

O marco inicial da formulação do conceito e de estudos sobre o enfrentamento ocorreu nas décadas de 1960 e 1970, pelos autores da Psicologia do Ego, K. Menninger, N. Hann, e G.E. Vaillant, estes é que propuseram a noção de estilos hierárquicos para se referir à capacidade do indivíduo de enfrentar situações a partir de características da

personalidade (Lazarus & Folkman, 1984). A proposta fundamentada na teoria psicanalítica, do desenvolvimento humano, destacou que a utilização do enfrentamento apresenta relações com os mecanismos de defesa do indivíduo, de tal maneira que o enfrentamento foi considerado uma estrutura básica, que inclui reações de defesa provenientes do estilo de personalidade do indivíduo.

No primeiro momento esta abordagem buscou a diferenciação entre mecanismos de defesa e enfrentamento, por considerar que as defesas são rígidas e inconscientes, e o enfrentamento é flexível e consciente, o que possibilitou posteriormente a construção de alguns instrumentos de medida (Bond, Gardiner, Christian & Sigel, 1983; Haan, 1997). As principais críticas relacionadas a esta abordagem incluem: 1. A limitação de relacionar o enfrentamento às características de personalidade do indivíduo, 2. A ausência de relações entre enfrentamento e os fatores do contexto ambiental e cultural, 3. A dificuldade de avaliação do enfrentamento nos instrumentos psicométricos (Antoniazzi et al., 1998). Os estudos nesta perspectiva utilizavam entrevistas clínicas ou se baseavam na teoria fundamentada nos dados (Lazarus, 1993).

Entre as décadas de 1970 e 1980, surgiu a abordagem baseada na perspectiva cognitiva para explicar o enfrentamento, este que foi considerado um processo no qual integra indivíduo, ambiente, fatores situacionais e cognitivos (Folkman & Lazarus, 1980,1985, Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Segundo os autores (Lazarus & Folkman, 1984), trata-se de um modelo integrativo do estresse e enfrentamento, o indivíduo ao avaliar as situações por meio de ameaça, dano ou desafio, procura enfrentar estas demandas consideradas estressoras utilizando estratégias cognitivas e comportamentais. O enfrentamento é entendido por meio de um processo adaptativo e dinâmico devido à mediação que ocorre entre a pessoa e o ambiente, o que inclui as interpretações do indivíduo referentes a um determinado contexto, e a busca de estratégias para o manejo do evento estressor.

O enfrentamento refere-se às reações de indivíduos diante das situações de estresse, nas quais inclui a capacidade de avaliar os eventos e desenvolver ações por meio de mudanças cognitivas e comportamentais (Lazarus, 1999). As estratégias de enfrentamento são utilizadas para reduzir o nível de estresse e permitir o manejo adequado da situação (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998), por considerar que facilita o processo de adaptação quando surgem resultados

positivos. A perspectiva de Lazarus e Folkman (1984) enfatiza que o enfrentamento ocorre por meio de um processo e será focalizado no problema e na emoção. De acordo com os autores, no enfrentamento focalizado no problema, o indivíduo busca o engajamento no manejo ou modificação do problema e da situação causadora de estresse, com o propósito de controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou desafio, o que representam estratégias de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento. No enfrentamento focalizado na emoção, a principal função se refere a regulação da resposta emocional proveniente do problema/estressor vivenciado pela pessoa, assim, isso ocorrerá por meio de atitudes de afastamento em relação ao evento estressor, como negação ou esquiva. Foram incluídas outras categorias referentes ao suporte social, religião, e orientação para o futuro, as quais permitem ampliar as possibilidades de investigação na pesquisa científica (Folkman, 2011).

O instrumento clássico que representa uma referência nesta área recebe o título de “Ways of coping checklist” (Folkman & Lazarus, 1985), e a adaptação para o contexto brasileiro resultou numa Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) - (Gimenez & Queiroz, 1997; Savóia, 1999; Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985), a qual avalia o enfrentamento por meio de quatro categorias (problema, emoção, religião, e suporte social).

Folkman e Lazarus (1985), com o propósito de avaliar o enfrentamento construíram o instrumento - Ways of Coping Checklist - considerado uma referência na área. O modelo explicativo e a construção de um instrumento para a avaliação do enfrentamento representou um avanço que possibilitou ampliar o estudo do fenômeno e desenvolver pesquisas a partir deste referencial teórico.

Na década de 1990, surgiram algumas críticas a este modelo em relação à classificação do enfrentamento na emoção e problema, à questão das estratégias envolverem respostas conscientes (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003), e a ausência de formulações teóricas sobre aspectos desenvolvimentais do enfrentamento, por exemplo, em crianças e adolescentes (Compas, 1987; Peterson, 1989). A partir destes questionamentos surge um terceiro modelo explicativo do enfrentamento, representado por Ellen Skinner e colaboradores (Skinner, 1992, 1997, 2007), que se baseou nos estudos de Compas (1987, 2006) sobre aspectos do enfrentamento em crianças e adolescentes. Os autores compreendem que o enfrentamento representa uma ação regulatória, e esta perspectiva baseia-se nos estudos sobre

autorregulação, que se refere à capacidade do indivíduo de monitorar seu comportamento, o que inclui conhecer a si mesmo e o contexto (Sameroff, 2009).

Os autores desta abordagem que consideram o enfrentamento uma ação regulatória (Skinner et al., 2003), construíram um sistema hierárquico, que apresenta níveis distintos, nas quais as respostas de enfrentamento, as estratégias de enfrentamento, e o processo adaptativo estão relacionados (Figura 3).

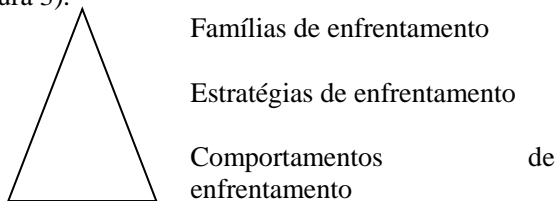


Figura 3. Sistema hierárquico do enfrentamento. Fonte: Google Image.

No nível mais abaixo da figura se encontram os comportamentos de enfrentamento, que se referem às respostas do indivíduo para enfrentar situações estressantes. Em seguida, no nível acima seguem as estratégias de enfrentamento, o que representa uma categorização dos comportamentos a partir de sua finalidade. No nível mais alto estão as famílias de enfrentamento, estas que se referem às classificações das estratégias de enfrentamento, e apresentam relações com os processos adaptativos.

Esta noção de famílias de enfrentamento possibilita integrar em um mesmo grupo diferentes estratégias, a partir de suas características comuns, isto inclui os padrões típicos de comportamento, emoção e orientação. Para compreender esse modelo será apresentado um exemplo: “*Procurei amigos para resolver um problema*”, isto representa um comportamento de enfrentamento, que poder ser agrupado na estratégia de enfrentamento *resolução de problemas*, e que pertence à família de enfrentamento de *suporte social*. Esta família de enfrentamento está relacionada ao processo adaptativo, pois permite que o indivíduo utilize recursos para enfrentar a situação estressora. Em relação ao exemplo citado, a *família de enfrentamento* de suporte social apresenta relevância, o apoio social obtido por meio das redes representa um ponto para análise no processo de enfrentamento.

A principal contribuição da teoria de Skinner et al. (2003) consiste nas diferenciações entre as estratégias de enfrentamento e seus resultados, além disso a possibilidade de agrupamento das estratégias de enfrentamento em categorias, o que permite a comparação de estudos que envolvem investigar a ocorrência de estressores e o enfrentamento utilizado em contextos distintos (Ramos, Enumo, & Paula, 2015). A proposta de Skinner et al. (2003) apresenta consistência teórica que possibilita ampliar os estudos sobre o enfrentamento, mas a ausência de instrumentos dificulta a realização de pesquisas que utilizam este modelo teórico.

O principal ponto de convergência entre os autores Lazarus & Folkman, (1984); e Skinner & Wellborn, (1994) refere-se à importância atribuída à avaliação cognitiva, e às interações entre indivíduo e ambiente. De maneira específica, Lazarus e Folkman (1984) apresentam categorias de enfrentamento que se referem às reações de indivíduos nas situações estressoras, e Skinner et al. (2003), utilizam um sistema que inclui níveis de enfrentamento, no qual as respostas, as estratégias e as famílias de enfrentamento estão inter-relacionadas. De um lado, existem categorias definidas referentes ao enfrentamento focalizado no problema, emoção, religião, e suporte social, sendo que as mesmas são mensuradas por instrumentos validados, a exemplo da EMEP, na perspectiva de Folkman e Lazarus (1985). Já a autorregulação (Skinner e Wellborn, 1994) representa a principal característica atribuída ao enfrentamento, que ocorre de maneira multidimensional inter-relacionado com variáveis psicológicas, e basicamente é estudado a partir do uso de uma análise qualitativa.

Na presente tese, o referencial teórico utilizado foi o de Lazarus e Folkman (1984), devido à escolha pela utilização de um instrumento psicométrico para análise das estratégias de enfrentamento. Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, emoção, a religiosidade e o suporte social representam recursos que o indivíduo utiliza para enfrentar situações consideradas difíceis, e com isso fortalecer relações baseadas no afeto e conseguir o apoio social. Este apoio é comumente investigado através do estudo das redes sociais significativas, que cumprem um papel na formação de grupos, na possibilidade de compartilhamento de experiências, e no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento das situações.

3.3 Redes Sociais Significativas

As redes sociais significativas representam as relações consideradas significativas para o indivíduo, aquelas nas quais o contato com as pessoas da família, dos amigos, do trabalho/estudo, e da comunidade possibilitam a ampliação dos vínculos interpessoais responsáveis pelo apoio social (Sluzki, 1997). Isso ocorrerá de maneira colaborativa e a longo prazo (Speck, 1989), pois trata-se de um conceito que engloba múltiplas dimensões que se referem às noções de grupo, coletivo, e social (Rosa, 2004); semelhante a uma imagem de pontos conectados por fios que se transformam numa teia de relações (Andrade & Vaitsman, 2002). As redes sociais significativas possibilitam a integração de indivíduos, o fortalecimento de relações baseadas no acolhimento e cooperação mútua, e a construção de grupos que se transformam em pontos de apoio.

Os autores destacam as relações entre redes sociais significativas e a saúde das pessoas, (Andrade & Vaitsman, 2002; Rosa, Benício, Alves, & Lebrão, 2007; Sluzki, 1997), considerando que a qualidade dos vínculos estabelecidos na rede contribui para a satisfação dos indivíduos (Sluzki, 1997), e principalmente para o enfrentamento de situações que envolvem estressores, por exemplo, as vivências de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras. De acordo com Dabas (1993), o conceito de rede social significativa está inter-relacionado com estratégias de enfrentamento, pelo fato de que o apoio social auxilia o indivíduo a desenvolver recursos pessoais para enfrentar os eventos. É possível verificar que ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas representam fenômenos que estão interligados, interagem de forma dinâmica, e o estudo destas variáveis com os acompanhantes de crianças hospitalizadas na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), representa um aspecto para ser investigado na produção científica.

A rede social é formada por um grupo de pessoas composta por familiares, amigos, e outros indivíduos, que apresentam um objetivo comum de oferecer apoio de forma colaborativa e duradoura (Speck, 1989). A imagem de pontos conectados por fios que formam uma teia descreve o conceito de rede, que considera a dinâmica relacional estabelecida pelos indivíduos (Andrade & Vaistman, 2002). Este conceito se aproxima da noção de rizoma, na qual as linhas crescem e formam conexões múltiplas que apresentam variações nos seus fluxos (Vasconcelos & Morschel, 2009), por considerar que estes fluxos estão

em constante interação de forma dinâmica, o que ocorre devido à inserção de novas pessoas na rede e nas mudanças provocadas no sistema.

Nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1960, foram iniciados os primeiros trabalhos sobre redes sociais coordenados pelo psiquiatra Elkaim, a partir do enfoque da saúde mental, e os estudos foram realizados nas comunidades que apresentavam demandas psicossociais. Isso representou um momento histórico, no qual foram discutidas as possibilidades de ampliação da psicoterapia, com o propósito de iniciar trabalhos com grupos e comunidades. De acordo com Speck (1989), existia a necessidade de incluir na terapia de famílias, os amigos e outros parentes que desempenhavam papéis significativos. Na década de 1990, as temáticas referentes às redes sociais e apoio social representaram o foco de estudos em ciências humanas, o que possibilitou o desenvolvimento de pesquisas em contextos distintos (Dabas, 1993; Sluzki, 1997; Klefbeck, 2000).

O mapeamento das redes sociais representa uma estratégia útil, e o seu registro é representado por meio de um mapa com quatro quadrantes: 1º Família, 2º amizade, 3º relações de trabalho ou escolares, e 4º relações comunitárias subdivididas em relações com as equipes de saúde e agências sociais (Sluzki, 1997). Os quadrantes deste mapa são delineados em três áreas: um círculo interno de relações íntimas (tais como familiares diretos com contato cotidiano, e amigos próximos), um círculo intermediário de relações pessoais com menor grau de compromisso (tais como relações sociais ou profissionais com contato pessoal, mas sem intimidade, e familiares intermediários, e um círculo externo de conhecidos e relações ocasionais (tais como pessoas da escola ou trabalho, bons vizinhos, familiares distantes).

As características da rede são explicadas considerando os aspectos referentes à estrutura, funcionalidade e atributos do vínculo. O Quadro 1 apresenta as definições operacionais destas variáveis com as subdivisões e suas especificidades.

Quadro 1. Definições das variáveis que integram o mapa de redes, adaptado por Andreani, Crepaldi, e Custódio (2006), a partir de Sluzki (1997).

Estrutura das redes	Definição
Tamanho	número de pessoas na rede

	que não deve ser muito grande, e nem muito pequeno;
Densidade	conexão entre os membros;
Composição ou distribuição	as redes não devem ser muito centradas em algum quadrante, pois se tornam menos flexíveis;
Dispersão	distância geográfica entre os membros;
Homogeneidade e heterogeneidade	sexo, idade, cultura e nível socioeconômico.
Funcões das redes	
Companhia social	realização de atividades conjuntas;
Apoio emocional	atitudes emocionais positivas como empatia, compreensão e apoio;
Guia cognitivo ou de conselhos	interações para promover o compartilhamento de informações, esclarecimentos e modelos de papéis;
Regulação social	reafirmação de responsabilidades e papéis neutralizando desvios de comportamento;
Ajuda material e de serviços	colaboração baseada em conhecimentos específicos e especializados, incluindo os serviços de saúde.
Acesso a novos contatos	abertura a novas redes que não faziam parte das redes do

	indivíduo.
Atributos do vínculo	
Função predominante do vínculo	função que caracteriza de maneira predominante um tipo de vínculo;
Multidimensionalidade	quantidade de funções desempenhadas pela pessoa;
Reciprocidade	simetria entre as duas pessoas;
Intensidade ou compromisso da relação	grau de intimidade entre os membros da relação;
Frequência de contatos	manutenção ou quebra de contato no vínculo;
História da relação	dados sobre desde quando os membros envolvidos no vínculo se conhecem.

Sobre a estrutura das redes, o tamanho delas interfere na sua eficácia, considerando que redes de tamanho médio (8 a 10 pessoas) são mais eficientes que redes mínimas, e redes extensas podem sobrecarregar seus integrantes e apresentar o risco de ineficácia (Sluzki, 1997). A densidade está relacionada com a qualidade da relação entre seus membros, a densidade média é considerada mais eficaz. As localizações dos membros da rede social nos quadrantes do mapa correspondem a sua composição ou distribuição, as redes muito localizadas são consideradas menos efetivas. A dispersão refere-se à distância geográfica entre a pessoa e os componentes da rede social. A homogeneidade e heterogeneidade favorecem as trocas na rede em virtude de semelhanças como a idade, cultura, o nível socioeconômico, quanto pode ser fator de dificuldades em virtude das diferenças.

A partir do estabelecimento de vínculos são verificadas as funções da rede referentes à companhia social ou a maneira pela qual são realizadas as atividades conjuntas; apoio emocional e sua

capacidade de transmitir empatia; o guia cognitivo se refere ao compartilhamento de informações; a regulação social que integra as responsabilidades e os papéis sociais; ajuda material que relaciona a colaboração obtida por meio de conhecimentos específicos; e acesso a novos contatos que incluem as novas redes do indivíduo. As funções da rede relacionam-se aos atributos destes vínculos: função predominante do vínculo que visa identificar um tipo de vínculo; multidimensionalidade se refere às funções da pessoa; reciprocidade parte da noção de simetria entre duas pessoas; intensidade ou compromisso da relação enfatiza o grau de intimidade; frequência de contatos trata da manutenção do vínculo; história da relação focaliza os dados históricos sobre os membros e os vínculos com os seus integrantes.

Ao considerar as definições e contextualizações da ansiedade, enfrentamento e redes sociais, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: **Quais as relações entre ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras?**

4. Objetivos da pesquisa

Esta tese objetivou compreender a dinâmica das relações entre ansiedade, enfrentamento, e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas na Unidade de Tratamento de Queimados.

Objetivos Específicos:

Apresentar uma revisão integrativa de pesquisas empíricas sobre estados emocionais e relacionamento familiar referentes aos cuidadores de crianças com queimaduras (Artigo 1).

Identificar e relacionar os indicadores de ansiedade e as estratégias de enfrentamento entre familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras (Artigo 2).

Descrever as estratégias de enfrentamento e as redes sociais significativas utilizadas pelos familiares de crianças com queimaduras (Artigo 3).

Identificar e analisar os estados emocionais e a rede social significativa do cuidador de uma criança com queimaduras por meio de estudo de caso (Artigo 4).

5. Relevância da tese

Na produção nacional e internacional (bases de dados – Bireme, Pubmed, PsychInfo, Lilacs-Medline, Science Direct, no período de 1995-2015), verificou-se que as pesquisas empíricas sobre cuidadores familiares de crianças hospitalizadas em UTQ estão concentradas em três grupos:

1. As experiências e os significados atribuídos pelos acompanhantes ao cuidado à criança hospitalizada com queimaduras (Bicho & Pires, 2002; Ferreira, 2006; McGarry et al., 2015; Rossi, 2001; Varela, Vasconcelos, Santos, Pedrosa, & Souza, 2009);

2. Os efeitos de intervenções educativas para acompanhantes de crianças hospitalizadas com queimaduras (Cahners, 1979; Gimenez-Paschoal, Pereira, & Nascimento, 2007);

3. Avaliação de sintomas de **estresse** (Bakker et al., 2012), **ansiedade** (Kent, King, & Cochrane, 2000; Phillips & Rumsey, 2008), **depressão** (Cella, Perry, Poag, Amand, & Goodwin, 1988; LeDoux, Meyer, Blakeney, & Herndon, 1998; Phillips & Rumsey, 2008; El Hamaoui, Yaalaoui, Chihabeddine, Boukind, & Moussaoui, 2006), **estresse parental** (Bakker, Van Loey, Van der Heijden, & Van Son, 2012; Delgado Pardo, Garcia, Marrero Fdel, & Cia, 2008); Liber et al., 2006; Phillips & Rumsey, 2008), **estresse pós-traumático** (Bakker et al., 2010; Hall et al., 2006; McGarry et al, 2013; Rizzone, Stoddard, Murphy, & Kruger, 1994), **e relações familiares** (Horridge, Cohen, & Gaskell, 2010; Kilburn & Dheansa, 2014; Oster, Hensing, Löjdström, Sjöberg, & Willebrand, 2014).

Nos dois primeiros grupos de estudos predominam os estudos qualitativos sobre vivências e significados atribuídos a situação de acompanhar uma criança com queimaduras; no segundo grupo pesquisas que avaliam efeitos de intervenções por meio de método experimental; enquanto que no último grupo, constituído por pesquisas internacionais,

encontram-se os estudos quantitativos que focalizam a avaliação de estresse, depressão, e estresse pós-traumático dos acompanhantes.

Nesses estudos, não foi possível identificar relações entre ansiedade e aspectos sociais, e desta forma, verifica-se a importância de investigar os indicadores de ansiedade que acometem o familiar cuidador da criança hospitalizada com queimaduras, procurando estabelecer relações com o tema do enfrentamento e das redes sociais significativas, por meio de procedimentos estatísticos de correlação, o que representa uma lacuna na produção científica. A relevância científica do presente estudo consiste em ampliar o campo de conhecimento em Psicologia da saúde da criança hospitalizada acometida por queimaduras, e compreender as inter-relações das variáveis estudadas. A partir de tais resultados presume-se encontrar as possibilidades de avaliação e intervenção psicológica direcionada aos cuidadores de tais crianças.

No que se refere às contribuições sociais, ao enfatizar estes aspectos, a pesquisa poderá subsidiar ações educativas na UTQ direcionadas para a equipe de saúde, para que os familiares cuidadores sejam beneficiados com o acolhimento e a atenção integral às suas necessidades, e possam ainda atender às necessidades desenvolvimentais dos filhos. Estes aspectos apresentam congruência com as diretrizes das políticas públicas de saúde, por considerar que o acolhimento pressupõe a escuta atenta às demandas dos sujeitos; representa o princípio básico a ser atendido, para que seja possível humanizar o cuidado ao outro no contexto hospitalar (Brasil, 2004, 2013).

6. Panorama geral da tese

A seguir apresenta-se método referente aos estudos que foram realizados nesta tese. No item de Resultados apresentar-se-á os quatro artigos que compõem esta tese.

O Artigo 1 destaca uma revisão integrativa de pesquisas empíricas, nacionais e internacionais, realizadas nas últimas duas décadas com familiares cuidadores de crianças com queimaduras. O objetivo desta revisão é apresentar as variáveis psicológicas e aspectos referentes ao relacionamento familiar, e os tipos de estudos.

O Artigo 2 apresenta um estudo correlacional que buscou verificar relações entre ansiedade e estratégias de enfrentamento do familiar cuidador, correlacionando-as com resultados sociodemográficos do cuidador e da criança.

No Artigo 3 privilegia-se a identificação de estratégias de enfrentamento e redes sociais significativas dos familiares cuidadores.

O Artigo 4 se refere a um estudo de caso que buscou identificar e analisar os estados emocionais e repercussões sociais do evento que envolveu a situação de queimadura, e os efeitos provocados no desenvolvimento da criança e na vida familiar. Trata-se de um estudo de caso que utilizou acompanhamento longitudinal por meio de três fases: momento da hospitalização da criança, no ambulatório, e no retorno ao hospital para cirurgia.

Em seguida apresenta-se a discussão geral da tese buscando-se estabelecer relações dos seus resultados com a produção científica sobre o tema, e finalmente, as Considerações Finais, que integram as conclusões, as limitações e sugestões para outros estudos, e para o Serviço estudado.

7. Método

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, de cunho bibliográfico, descritivo e correlacional, realizada com familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras, que utilizou diferentes tipos de delineamentos (revisão integrativa, estudo correlacional, estudo de caso).

O delineamento de revisão integrativa tem o objetivo de apresentar a síntese de resultados de pesquisas e propor sugestões para intervenções e a construção de novos estudos (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008); a pesquisa correlacional busca verificar as relações entre variáveis (Shaughnessy, E.B. Zechmeister, & J.S Zechmeister, 2012), provenientes de estatísticas inferenciais que possibilitam apresentar a descrição e previsão do funcionamento das variáveis; e o estudo de caso está voltado para a investigação de pontos específicos de uma temática (Yin, 2004), com o propósito de aprofundamento de aspectos qualitativos. A integração dos referidos delineamentos, de maneira articulada, representou o eixo norteador do processo de investigação da tese.

7.1 Contexto de pesquisa

Essa pesquisa foi realizada num hospital público infantil, localizado na região sul do Brasil, que possui uma unidade específica para tratamento de crianças com queimaduras. Trata-se de um hospital público estadual, de médio porte, que atende pelo Sistema Único de Saúde, referência para as patologias de média e alta complexidade, cujo atendimento é direcionado para crianças e adolescentes, provenientes da capital e interior do estado.

O referido hospital integra as seguintes unidades de internação: Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Ortopedia, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal. Essas unidades são especializadas em: Cardiologia, Cirurgia (Pediátrica Geral, Bucomaxilofacial, Cardiovascular, Neurocirurgia, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia), Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Neonatologia, Neurologia, Queimadura, Pediatria Geral, Pneumologia, Psiquiatria e Terapia Intensiva, entre outras. Dados atuais indicam 132 leitos ativos e 846 funcionários, e no ano de 2014 realizou 6.638 internações, 82.538 consultas ambulatoriais, 763. 773 atendimentos de emergência, e 4.233

cirurgias (informações encontradas em <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/indicesestatisticos2015.htm>).

A Unidade de Queimados é de pequeno porte, uma enfermaria com sete leitos, um quarto para criança que necessita de cuidados intensivos, posto de enfermagem, copa, sala para funcionários. A chegada da criança na unidade de queimados é proveniente de encaminhamentos do setor de emergência do hospital, ou de equipes de saúde de outras cidades que realizaram o primeiro atendimento. A equipe de enfermagem recebe a criança e o familiar cuidador, e no primeiro contato, procura-se contextualizar a ocorrência do acidente que provocou queimadura, e transmitir informações sobre rotinas da unidade e procedimentos realizados para o tratamento de queimaduras.

A equipe multiprofissional integra 2 médicos, 3 residentes de medicina, 2 enfermeiras, 4 técnicos de enfermagem, 5 auxiliares de enfermagem, 1 assistente social, 2 pedagogas, 1 psicólogo, 1 nutricionista, e estudantes da área da saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição). Destaca-se que os profissionais da enfermagem atuam em tempo integral na Unidade de Queimados. Esta Unidade foi credenciada pelo Ministério da Saúde mediante Portaria nº 303, de 10 de Agosto de 2001, considerada Centro de Referência de Queimados. O ambiente retrata aspectos e ações da Política Nacional de Humanização, como por exemplo, quadros com personagens infantis, e os nomes das crianças afixados na entrada de cada leito com desenhos que representam o universo lúdico.

7.2 Participantes

Critérios de inclusão e exclusão

Trata-se de uma amostra intencional por conveniência, na qual participaram da 30 familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras. Foram incluídos na amostra familiares cuidadores que estavam acompanhando a criança hospitalizada no período mínimo de cinco dias ininterruptos, respectivamente na primeira semana de hospitalização. Nesse estudo não foram estabelecidos critérios referentes ao grau de parentesco e idade dos acompanhantes. Foram excluídos os familiares cuidadores que não permaneceram nesse período mínimo que foi indicado.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos familiares cuidadores (n=30).

Cuidador familiar	F(n)
Mãe	22
Pai	7
Tio	1
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	11
Ensino fundamental completo	7
Ensino médio completo	7
Ensino médio incompleto	5
Estado civil	
União estável	20
Solteiro	7
Viúvo	2
Divorciado	1
Renda familiar	
Até 2 salários mínimos	13
Até 3 salários mínimos	11
Até 1 salário mínimo	3
Menos de um salário mínimo	2
Número de filhos	
Mais 1 filho	16
Mais 2 filhos	6
Mais 3 filhos	4
Mais 4 filhos	1
Mais 5 filhos	

*Continua***Procedência**

Interior	24
Capital	6

Ocupação

Trabalha	18
Não trabalha	12

Experiência em acompanhar criança hospitalizada

Sim	8
Não	22

Como se pode observar na tabela acima, a maioria dos familiares cuidadores foi representada pela figura materna, cuja média de idade foi de 30,90 anos (DP=30,50). Encontravam-se em união estável, moravam no interior do estado, e apresentavam escolaridade referente ao ensino fundamental incompleto. Destaca-se que doze participantes não trabalhavam, e a renda mensal era proveniente de outros membros da família. Poucos familiares tinham experiência de acompanhamento de criança no contexto hospitalar. Estes cuidadores tinham pelo menos mais um filho que ficou na sua residência recebendo atenção de outros familiares. É importante destacar que foram incluídos sete pais e um tio, pelo fato de que o principal critério de inclusão foi o acompanhamento destinado a criança no período mínimo de cinco dias ininterruptos.

A tabela 2, a seguir, apresenta os dados sociodemográficos das crianças.

Tabela 2. Dados sociodemográficos das crianças com queimaduras (n=30).

Sexo	F(n)
Maculino	22

Continua

Feminino	8
----------	---

Profundidade das queimaduras

2° Grau	18
---------	----

3° Grau	12
---------	----

Extensão da queimadura

Médio queimado	17
----------------	----

Grande queimado	8
-----------------	---

Pequeno queimado	5
------------------	---

Em relação às crianças que estavam hospitalizadas, a média de idade foi de 4,9 anos (DP= 4,00), crianças que estavam na primeira semana de hospitalização, a maioria representada pelo sexo masculino. Trata-se de crianças hospitalizadas por motivo de queimaduras que ocorreram no contexto familiar, devido ao uso de álcool e pelo contato em substâncias aquecidas (água quente). Em relação à profundidade das queimaduras, que indica o nível de lesões nas estruturas da pele, verificou-se que as crianças apresentam queimaduras de 2° e 3° graus. E quanto à extensão da queimadura, que se refere ao indicador da porcentagem da área corporal queimada, identificou-se prevalência do médio queimado, seguido de grande queimado, e pequeno queimado. No que se refere a esta amostra, foi possível identificar crianças do sexo masculino nos primeiros cinco anos de desenvolvimento, hospitalizadas por queimaduras domésticas, com o diagnóstico de médio queimado.

7.3 Instrumentos

- Inventário de Ansiedade Beck (BAI), que integra as Escalas Beck, foi traduzido e adaptado para o Brasil e obteve a consistência interna de 0,87, e a correlação entre teste e reteste de 0,06 e 0,11 (Cunha, 2001). Trata-se de uma escala de autorrelato que avalia a intensidade de sintomas de ansiedade vivenciados pelo indivíduo na última semana. O instrumento é constituído por 21 itens que são avaliados pelo indivíduo com referência a si mesmo, por meio de uma

escala Likert de quatro pontos, variando de 0 a 3 (Anexo 1). O escore total representa a soma dos escores individuais, estes que apresentam variações entre 0 e 63, e permitem a classificação em níveis de intensidade da ansiedade. Utilizou-se a recomendação de indicativo de sintomas de ansiedade a classificação para pacientes não psiquiátricos, com o nível mínimo para escores entre 0 e 7; leve, para escores entre 8 e 15; moderado, para escores entre 16 e 25; e grave, para escores entre 26 e 63 (Cunha, 2001).

- Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP – Anexo 1), construída e validada por Seidl, Tróccoli, e Zannon (2001). O instrumento é constituído por 45 itens que buscam identificar as estratégias cognitivas e comportamentais por meio de quatro subescalas: 1. Enfrentamento focalizado no problema (18 itens – Alpha de Cromback = 0,84) - manejo do problema específico, 2. Enfrentamento focalizado na emoção (15 itens - Alpha de Cromback = 0,81) – inclui a esquiva, negação, culpa, 3. Enfrentamento focalizado nas práticas religiosas (7 itens - Alpha de Cromback = 0,74) – comportamentos religiosos que incluem orações, e 4. Enfrentamento focalizado no suporte social (5 itens - Alpha de Cromback = 0,70)– apoio de outras pessoas do ambiente social. As respostas são classificadas em uma escala Likert de cinco pontos (1- Eu nunca faço isso, 2- Eu faço isso um pouco, 3- Eu faço isso às vezes, 4- Eu faço isso muito, e 5- Eu faço isso sempre). Os dados da EMEP possibilitam evidenciar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos diante de eventos estressores.

- Mapa de redes – trata-se de um instrumento que tem o objetivo de identificar as pessoas que fornecem apoio num determinado momento vivenciado pelo indivíduo. Busca-se identificar e avaliar a rede social significativa a partir de suas características estruturais, referentes às propriedades da rede em seu conjunto; das funções dos vínculos, caracterizadas pelo tipo de interação entre a pessoa e os indivíduos que a compõem a rede (Sluzki, 1997). O instrumento possui três círculos divididos em quatro quadrantes, o círculo interno representa as relações íntimas, o círculo intermediário as relações com menor grau de compromisso, e o círculo externo as relações com pessoas conhecidas (Sluzki, 1997). Os quadrantes são divididos em quatro categorias: 1. família, 2. amigos, 3. relações de trabalho/estudo; e o quadrante Comunidade foi subdividido para análise da equipe de saúde (Anexo 2).

- Roteiro de entrevista com questões referentes ao acidente que provocou a queimadura, as reações ao verificar a criança com

queimadura, o percurso até a chegada ao hospital, e o conhecimento sobre o tratamento e procedimentos invasivos (Apêndice 3).

- Questionário sociodemográfico para obter dados do acompanhante (idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, experiência anterior de acompanhante no contexto hospitalar), e da criança (sexo, idade e diagnóstico da queimadura) – (Apêndice 2).

7.4. Procedimentos de coleta de dados

Os familiares cuidadores foram convidados para participarem da pesquisa, de forma individual na enfermaria da unidade de queimados ao lado da criança, após a apresentação dos objetivos e autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice 1). Os instrumentos foram entregues para os acompanhantes responderem na seguinte sequência: Inventário de Ansiedade Beck, Escala de Modos de Enfrentamento, e Questionário Sociodemográfico. A apresentação dos instrumentos nesta ordem ocorreu com o objetivo de estabelecer um vínculo entre familiar cuidador e pesquisador, para que o familiar se percebesse acolhido para falar sobre sua vivência, especificamente no momento da entrevista e na aplicação do questionário sociodemográfico. O tempo destinado para a coleta de dados apresentou uma variação entre 60 a 150 minutos na enfermaria conjunta da unidade de queimados, pois ocorreram interrupções por parte da criança que solicitava cuidados do familiar, o que representa uma variável não controlada do processo de pesquisa.

No que se refere às escalas psicométricas, foram fornecidas instruções visando à marcação adequada das respostas, e o pesquisador permaneceu no local para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

A aplicação do Mapa de Redes ocorreu com a apresentação do desenho do diagrama, e neste momento foi explicado à participante o objetivo de mapear as pessoas que estavam fornecendo apoio. O processo de aplicação baseou-se nas recomendações da literatura (Moré & Crepaldi, 2012), que destaca inicialmente a importância da construção de questões norteadoras para serem inseridas no roteiro de entrevista semi-estruturada. Assim, foram utilizadas as seguintes perguntas: a) Neste período que se encontra no hospital, quem são as pessoas que estão oferecendo apoio?, b) Qual sua proximidade com estas pessoas?, c) Que tipo de apoio tem sido oferecido?, d) Há quanto tempo conhece esta pessoa?). A entrevista incluiu questões referentes ao acidente que provocou a queimadura, às reações ao ver a criança com queimadura, o

percurso até a chegada ao hospital, e o conhecimento sobre o tratamento e procedimentos invasivos. Em seguida, os participantes foram solicitadas a identificar as pessoas nos quatro quadrantes, o grau de proximidade, a função, e tipo de apoio recebido dessas pessoas. Utilizou-se um gravador de áudio durante a aplicação do mapa de redes, com o consentimento das participantes, o que permitiu registrar o diálogo, para auxiliar na etapa de análise de dados.

7.5 Procedimentos de análise dos dados

No Inventário de Ansiedade de Beck foi obtido o total de escores para a classificação dos indicadores de ansiedade. Na Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas foram obtidas as médias referentes às quatro categorias de enfrentamento (problema, emoção, práticas religiosas, e suporte social). Os dados foram analisados pelo pacote Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 20.00, a partir da estatística descritiva, o que permitiu verificar o escore referente ao indicador de ansiedade, e as médias dos fatores de enfrentamento. No segundo momento, utilizou-se a estatística inferencial por meio de teste paramétrico (Correlações de Pearson) para variáveis que apresentaram normalidade (Escore do Inventário de Beck, renda familiar, estado civil, idade), e teste não-paramétrico (Wilcoxon) para as demais variáveis, buscando analisar possíveis correlações entre ansiedade, enfrentamento e variáveis sociodemográficas do cuidador e da criança, utilizando-se o nível de significância de $p > 0,05$.

As entrevistas foram analisadas por meio da análise categorial temática de Bardin, (1978), que prevê três momentos distintos: 1. pré-análise, 2. exploração do material, e 3. tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Ou seja, em primeiro lugar procedeu-se à leitura exaustiva dos relatos; em seguida à identificação dos conteúdos temáticos abordados com maior frequência; em seguida ao agrupamento de tais conteúdos em temáticas que foram descritas e interpretadas e, por fim, à apresentação de sínteses.

O mapa de rede foi analisado por meio da exploração dos seguintes pontos da rede de apoio (Sluzki, 1997): 1. Estrutura da rede (tamanho, densidade, composição ou distribuição, dispersão, homogeneidade e heterogeneidade), 2. Funções da rede (companhia social, apoio emocional, guia cognitivo ou de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos), e 3. Atributos do vínculo (multidimensionalidade, reciprocidade, intensidade

ou compromisso da relação, frequência de contatos, história da relação). Foi computada a frequência de ocorrência de pessoas do mapa de cada participante e a exploração qualitativa dos relatos da entrevista, procurando-se encontrar regularidades e peculiaridades, estas foram apresentados por meio de sínteses.

Cada participante construiu um mapa de redes, foi feita a contagem das pessoas significativas do mapa de cada participante e a exploração dos pontos que foram selecionados (estrutura e função da rede), para em seguida gerar um mapa único com um escore que representa todos os participantes da pesquisa.

7.6. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Infantil e da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo 44539215.7.0000.0121). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a partir de critérios que são estabelecidos para pesquisas com seres humanos. Essa pesquisa atendeu o Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia de 08/2005. De maneira específica, o artigo 16 descreve a atenção aos riscos que envolvem a pesquisa, e a garantia do anonimato e participação voluntária.

Artigo 1

Estados emocionais e relacionamento familiar de cuidadores de crianças com queimaduras: revisão integrativa

Resumo

Crianças hospitalizadas com queimaduras recebem o acompanhamento de familiares cuidadores que estão propensos a desenvolverem estados emocionais e alterações no relacionamento familiar. Este artigo buscou apresentar uma revisão integrativa de pesquisas empíricas referentes os estados emocionais e relacionamento familiar de cuidadores de crianças com queimaduras. Foram realizadas buscas em bases de dados: Bireme, Medline, Lilacs, Science Direct, Pubmed, e PsycInfo, com o propósito de identificar estudos empíricos publicados entre 1993 e 2015. Identificou-se 32 artigos concentrados nas seguintes temáticas: Ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, estresse parental, e relacionamento familiar. Prevaleram os estudos sobre ansiedade, TEPT, e depressão, e poucas pesquisas sobre aspectos familiares. Esses estudos buscaram avaliar variáveis psicológicas por meio de instrumentos padronizados, e analisaram questões sobre a família por meio de entrevistas. Verificou-se a ocorrência de pesquisas transversais, correlacionais e longitudinais. Os resultados indicaram a necessidade de direcionar atenção integral à criança e sua família ao longo do tempo, em virtude das mudanças psicológicas provocadas pela ocorrência de queimaduras.

Palavras-chave: Familiares Cuidadores. Estados emocionais. Relacionamento familiar. Queimaduras. Criança.

Artigo 2

Ansiedade e enfrentamento em familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras

Resumo

Esta pesquisa buscou identificar e relacionar os indicadores de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras. Participaram 30 familiares cuidadores, representados pela figura materna, com média de idade de 30,90 anos, união estável e com mais de um filho. Os participantes responderam o Inventário de Ansiedade de Beck, a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, e Questionário Sociodemográfico. Os dados foram analisados por meio de procedimentos estatísticos de correlação. Os resultados mostraram que os cuidadores, em sua maioria, apresentaram indicador leve para ansiedade, e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram a prática religiosa, o suporte social e a avaliação do problema. Verificou-se uma correlação significativa entre ansiedade e ocupação, pessoas que não tinham ocupação apresentaram ansiedade maior. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ansiedade, enfrentamento e demais variáveis sociodemográficas do cuidador. Os resultados ressaltam que a vivência da ansiedade possibilita a utilização integrada de estratégias de enfrentamento, o que permite verificar que existem diferentes recursos úteis para enfrentar as situações, os quais possibilitam orientar a equipe de saúde no manejo com estes cuidadores por meio da atenção integral.

Palavras-chave: Familiar cuidador. Ansiedade. Enfrentamento. Queimaduras. Criança hospitalizada.

Artigo 3

Enfrentamento e redes sociais de familiares cuidadores de crianças em unidade de queimados

Resumo

A pesquisa buscou descrever as estratégias de enfrentamento e as redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças em uma Unidade de Queimados. Participaram 16 cuidadores, a maioria representados pela figura materna, em união estável, a média de idade foi de 30,90 anos, e tinham mais de um filho. Os participantes responderam uma entrevista semi-estruturada, a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas, e o mapa de redes. Os dados da entrevista foram submetidos à análise temática; os escores da escala foram analisados por meio de médias; e no mapa de redes, a estrutura e as funções da rede foram analisadas por meio da frequência e exploração qualitativa. As estratégias de enfrentamento foram focalizadas na prática religiosa, no suporte social, e no problema. No mapa de redes, verificou-se maior concentração de pessoas no quadrante da equipe de saúde e dos familiares, cujas funções estão voltadas para guia cognitivo, ajuda material e apoio emocional. Os resultados indicaram que as redes sociais significativas auxiliaram os cuidadores no desenvolvimento de vínculos sociais com os profissionais de saúde e familiares, o que apresentou repercussões na utilização de estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Enfrentamento. Rede social. Familiar Cuidador. Queimaduras. Criança hospitalizada.

Artigo 4

Estados emocionais e a rede social significativa do cuidador de uma criança com queimaduras: estudo de caso

Resumo

Essa pesquisa teve o objetivo de identificar e analisar estados emocionais e a rede social significativa do cuidador de uma criança com queimaduras. Trata-se de um estudo de caso realizado por meio de seguimento do cuidador de uma criança vítima de queimaduras em três fases: momento da hospitalização da criança, acompanhamento pós-hospitalização, e durante o retorno à Unidade hospitalar. O cuidador é representado pela figura materna, 35 anos, casada, e tinha mais de três filhos. Foram utilizados instrumentos para identificar indicadores de ansiedade, estratégias de enfrentamento e redes sociais, além de entrevista e questionário sociodemográfico. Os dados foram analisados por meio de frequência, médias e exploração qualitativa. Os resultados mostraram que a ansiedade apresentou um indicador leve, as estratégias de enfrentamento foram focalizadas nas práticas religiosas, no problema e suporte social. As redes sociais foram constituídas prioritariamente por pessoas da família, e integrantes da comunidade, além de amigos e equipe de saúde. Ajuda material e apoio emocional foram as principais funções da rede, e a função de guia cognitivo foi específica da equipe de saúde. Os resultados destacaram a necessidade de acompanhar o cuidador familiar, ao longo do processo de tratamento e reabilitação da criança, para oferecer atenção integral às suas necessidades.

Palavras-chave: Mãe-acompanhante. Cuidador familiar. Estados emocionais. Rede Social Significativa. Queimaduras. Criança hospitalizada.

DISCUSSÃO

As relações entre ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras foram verificadas por meio de quatro artigos com objetivos distintos, os quais estão inter-relacionados pelo fato de explorar variáveis psicológicas (ansiedade, enfrentamento) e sociais (redes sociais) referentes aos participantes desta pesquisa.

A revisão integrativa possibilitou realizar o mapeamento das temáticas de pesquisas sobre o tema, e este foi o guia para compreender os estudos publicados e verificar as possibilidades de investigação. Bakker et al. (2013) indicaram a necessidade de pesquisas com familiares cuidadores de crianças com queimaduras, pelo fato de que os estudos, com maior frequência, destacaram variáveis psicológicas (ansiedade, depressão) referentes às crianças. As pesquisas com os familiares representam um campo a ser explorado, principalmente a temática da dinâmica familiar.

As pesquisas atuais encontradas na revisão integrativa apresentaram temáticas que possibilitam auxiliar os pesquisadores na construção de futuros projetos de investigação, a exemplo das vivências do cuidador durante o processo de hospitalização da criança com queimaduras (McGarry et al., 2015), e sintomas de estresse pós-traumático (McGarry et al., 2013). Aspectos relacionados ao relacionamento familiar (Oster, Hensing, Löjdström, Sjöberg, & Willebrand, 2014), as dificuldades financeiras (Kilburn & Dheansa, 2014), o estresse entre os pais da criança (Bakker, Van Loey, Van der Heijden, & Van Son, 2012), e a fase de organização referente ao retorno da criança à escola (Horridge, Cohen, & Gaskell, 2010). Trata-se de estudos que, representam as mudanças nas relações familiares, por considerar que o foco na dinâmica familiar, de maneira específica nas interações entre os membros da família, representa um tema importante para a investigação nos próximos estudos.

Pesquisas mostraram altos indicadores de ansiedade (Kent, King, & Cochrane, 2000; Phillips & Rumsey, 2008), que estão relacionados com as preocupações voltadas para a condição clínica da criança, em virtude das lesões provocadas pelas queimaduras (Bicho & Pires, 2002; Thompson, Boyle, Teel, Wambach, & Cramer, 1999). Na presente pesquisa, embora os familiares apresentassem ansiedade leve, há que se destacar que os mesmos estavam vivenciando a primeira semana de hospitalização, na qual tinham estabelecido contatos com outras pessoas

da Unidade de queimados, a exemplo de acompanhantes de outras crianças, e profissionais da equipe de saúde. Aqueles acompanhantes que não tinham ocupação apresentaram maiores indicadores de ansiedade, entretanto, isso não foi constatado na literatura (Kent, King, & Cochrane, 2000; Phillips & Rumsey, 2008). Possivelmente, o fato de não ter uma ocupação gere mais preocupações com a situação de acompanhar uma criança com queimaduras, a exemplo das despesas de deslocamento e preocupações com a organização do contexto familiar, pelo fato de que outros filhos ficaram sob cuidados de familiares.

Existem relações entre ansiedade e enfrentamento focalizado na emoção, práticas religiosas e suporte social, conforme destacou uma pesquisa com pais de crianças na área da oncologia (Kohlsdorf & Costa-Junior (2011). Os estudos sobre enfrentamento no contexto da hospitalização infantil enfatizam cuidadores de crianças na área da oncologia (Ferrandis et al., 2008; Leite et al., 2013; Kohlsdorf & Costa-Júnior, 2009; Beltrão et al., 2007; Peek & Melnyk, 2014), e doenças crônicas (Murphy et al., 2008; Garro, 2011; Sikorová & Polochová, 2014). Os resultados foram semelhantes àqueles com familiares de crianças com queimaduras, com exceção do enfrentamento focalizado na emoção, que apresentou a menor média, o que permite ressaltar pouca utilização das estratégias de isolamento e choro.

O fato de a prática religiosa representar uma das primeiras formas de enfrentamento é algo para contextualização, por considerar que foram observados e identificados sentimentos de culpa nestes familiares cuidadores, o que possivelmente é preditor para a utilização de aspectos religiosos. Este resultado é coerente com a pesquisa que indicou que estratégias de enfrentamento baseadas na avaliação do problema e na religião foram utilizadas pelos pais que apresentavam sentimentos de culpa (Suurmond, Van Loey, Dokter, & Essink-Bot, 2011). Deve-se levar em conta também que a prática religiosa é muito expressiva na população brasileira e, portanto, largamente utilizada em situação de crise.

A rede social significativa dos familiares auxiliou no enfrentamento das situações e na redução da ansiedade. Por exemplo, a família e equipe de saúde representaram as principais pessoas da rede social dos familiares cuidadores de crianças com queimaduras, o que permite compreender que o apoio emocional e o suporte social recebido fortaleceu a capacidade de enfrentar as situações no contexto hospitalar. Estes resultados foram identificados em outros estudos sobre redes sociais significativas no contexto da hospitalização infantil (Primio et

al., 2010; Fonseca & Marcon, 2009; Nóbrega et al., 2010; Caminha, 2008; Lorenzi & Ribeiro, 2006; Menezes, 2010), o que apresenta congruência com a presente pesquisa. Existem especificidades nas funções da rede, pois verificou-se que a função de guia cognitivo é atribuída aos profissionais da equipe de saúde, pelo fato de apresentarem informações úteis sobre a criança, e com isso auxiliar o manejo da relação entre o familiar e a criança. Já a prática religiosa é oferecida pelas pessoas da comunidade, o que confirma estudo da rede social realizado com cuidadores na área da pediatria (Menezes, 2010).

De maneira geral, os resultados referentes à ansiedade leve, estratégias de enfrentamento focalizadas nas práticas religiosas e suporte social, e redes sociais significativas que enfatizam a família e equipe de saúde, possibilitam destacar as vivências destes familiares e a relação estabelecida entre estados emocionais e rede social significativa. Neste ponto, os artigos apresentam resultados integrados que permitem estabelecer relações, de acordo com os estudos que foram publicados. A compreensão de que variáveis psicológicas (ansiedade, enfrentamento) e sociais (redes sociais) se relacionam foi evidenciada nos artigos, por meio de enfoque quantitativo e qualitativo, este último numa perspectiva exploratória das vivências, embora os métodos tenham sido foram complementares e indicaram resultados que foram aprofundados nesta discussão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos apresentados enfatizam as variáveis (ansiedade, enfrentamento, redes sociais), o que ocorreu por meio de diferentes delineamentos de pesquisas, que estão inter-relacionados com a proposta geral de estudo da tese.

A revisão integrativa destacou o panorama das publicações, e foi possível identificar os estados emocionais referentes a ansiedade, estresse agudo, depressão, estresse pós-traumático; e as alterações nas relações familiares decorrentes do evento da queimadura. O estudo sobre ansiedade e enfrentamento indicou que os cuidadores apresentam ansiedade leve, ao considerar que pessoas sem ocupação vivenciam ansiedade maior. Observou-se a utilização conjunta de estratégias de enfrentamento (religião, suporte social, problema), e sentimentos de culpa nos relatos dos cuidadores, o que possivelmente está relacionado com o uso destas formas de enfrentamento.

No que se refere às relações entre enfrentamento e redes sociais, esse estudo apresentou o conjunto de estratégias utilizadas pelos cuidadores para enfrentar as situações (religião, suporte social, problema), e as redes sociais significativas incluem maior concentração de pessoas da equipe de saúde e familiares, com as funções de guia cognitivo, ajuda material e apoio emocional. Ocorreu o compartilhamento de informações de maneira frequente, o que possibilitou a construção de vínculos sociais.

No estudo de caso, verificou-se que o fato de presenciar a situação que provocou queimaduras gerou reações de pânico, e a entrada no ambiente hospitalar foi marcada por preocupações referentes à evolução clínica da criança, principalmente no primeiro dia de internação, o que repercutiu em sentimentos de culpa. Gradualmente, essas reações foram minimizadas quando ocorreu o acolhimento da equipe de saúde, e o estabelecimento da comunicação com familiares e cuidadores de outras crianças no hospital.

No período de hospitalização, a ansiedade apresentou indicador leve, e a cuidadora utilizou a prática religiosa, a avaliação do problema e suporte social para enfrentar as situações, e as redes sociais significativas relacionam a família, comunidade, amigos e equipe de saúde. Na fase ambulatorial, referente ao período de tratamento de reabilitação da criança, a cuidadora utilizou o manejo diante de sintomas de estresse pós-traumático apresentados pela criança no ambiente

familiar, e no contato da criança com os outros irmãos para promover a integração nas relações familiares. As redes sociais significativas continuaram com o número de pessoas que foi inserido no momento da hospitalização.

Um ano após o acidente da queimadura, a criança retorna ao hospital para realização de cirurgia, e a cuidadora apresentou ansiedade leve, permaneceram as estratégias de enfrentamento que foram anteriormente citadas, e poucas alterações ocorreram na rede de relações sociais significativas. Verificou-se que ocorreu uma reestruturação da experiência de acompanhar o filho gravemente queimado, pelo fato de atribuir novos significados a esta vivência, e mediante o apoio oferecido à criança para a sua reinserção nas atividades sociais. Nesse estudo, foi possível verificar que o fato de receber acolhimento e apoio das redes sociais de familiares e equipe de saúde, possibilitou minimizar a ansiedade, o que repercute na utilização de um conjunto de estratégias de enfrentamento.

Em síntese, a ansiedade leve, a utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas nas práticas religiosas e suporte social, e a participação da equipe de saúde e família nas redes sociais significativas representaram os resultados encontrados nessa tese. As informações recebidas da equipe de saúde para o manejo com a criança, o apoio emocional e a ajuda dos familiares representaram fatores de proteção que auxiliaram o cuidador a enfrentar as situações vivenciadas no hospital.

É importante salientar algumas limitações que ocorreram no processo de execução do estudo, como por exemplo, o número limitado de participantes. Isso ocorreu porque no período de realização pesquisa foram hospitalizadas poucas crianças vítimas de queimaduras, então buscou-se atingir pelo menos um número de participantes considerado aceitável para proceder com algumas análises estatísticas.

Em relação à escolha dos instrumentos de pesquisa, outras variáveis psicológicas, a exemplo de estresse pós-traumático, depressão, estresse parental, não foram investigadas devido ao tempo requerido de aplicação dos mesmos. Este tempo era interrompido pelo cuidador devido às demandas da criança. Verificou-se que os relatos verbais apresentados nas entrevistas em geral foram breves. Uma possibilidade teria sido realizar a entrevista em um segundo encontro. Há que se considerar, porém, que a dinâmica de atendimento hospitalar impõe dificuldades ao pesquisador, tendo em vista que pode ocorrer neste

intervalo a alta hospitalar, e o pesquisador não terá acesso ao participante.

Infelizmente não foi possível aplicar o mapa de redes na fase pós-hospitalização em todos os participantes, em decorrência das dificuldades em conciliar os horários do familiar para sua disponibilidade na pesquisa, e da falta de espaço físico para aplicação do instrumento. Ocorreu a impossibilidade de inserir a criança hospitalizada com queimaduras no estudo, para fins de investigar ansiedade e enfrentamento buscando compará-las com os dados do cuidador, pelo fato de que os instrumentos não são adequados à faixa etária da criança.

Diante destas limitações, seguem algumas sugestões para as próximas pesquisas: 1. Inserir maior quantidade de participantes para permitir outras possibilidades de correlações entre as variáveis, além do uso de outros procedimentos de análises estatísticas; 2. Investigar outras variáveis psicológicas (estresse pós-traumático, depressão, estresse parental), e referentes ao relacionamento familiar, numa perspectiva longitudinal de acompanhamento em diferentes fases (internação, pós-hospitalização); 3. Focalizar nos estudos sobre dinâmica familiar no período de hospitalização e na fase de retorno ao ambiente familiar; 4. Verificar estratégias para inserir a criança hospitalizada com queimaduras nos estudos, para fins de avaliar variáveis psicológicas e compará-las com as do cuidador; além de se construir outros estudos de caso.

Como contribuições da pesquisa para os profissionais que trabalham com famílias de crianças hospitalizadas vítimas ou não de queimaduras, pode-se afirmar que retratou como o apoio social que oferecem para os familiares pode minimizar a ansiedade; poderá contribuir também para a compreensão das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares e sobre a importância da equipe como guia cognitivo. Pela avaliação dos familiares representados pela mãe, pode-se dizer que a equipe de saúde da Unidade pesquisada cumpre devidamente o seu papel exercendo um cuidado integral às crianças e suas famílias.

As contribuições deste trabalho para a linha de pesquisa do Labsfac “Relações sociais no contexto hospitalar”, dizem respeito ao convite para que se dê continuidade aos estudos, por meio de diferentes delineamentos, que incluam as crianças e suas famílias. Espera-se que os integrantes dessa linha de pesquisa dêem continuidade aos estudos na Unidade de Queimados, para que se torne referência no Brasil. Os avanços das pesquisas nessa linha possibilitam a formação de

pesquisadores na área da Psicologia da Saúde da Criança e do Adolescente, e o aprofundamento de temáticas específicas (estresse parental, relacionamento familiar), a exemplo das variáveis psicológicas que foram investigadas neste estudo (ansiedade, enfrentamento, redes sociais significativas).

REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. (2011). Stress and coping across the lifespan. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 15-34). New York: Oxford University Press.
- Alisic, E., Jongmans, M. J., Van Wesel, F., & Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 31(5), 736-747.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychological Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrade, G.R.B., & Vaitsman, J. (2002) Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.
- Andreani, G., Crepaldi, M. A., & Custódio, Z. A. O. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Revista Aletheia*, 24, 115-126.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia, Natal*, 3(2), 273-294.
- Artz, C.P., Moncrief, J.A., & Pruit, B.A. (1980). *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Azevêdo, A.V.S (2014). 10º Simpósio de Psicologia Hospitalar em Hematologia. Os cenários humanizados e as práticas possíveis em Psicologia. Congresso Brasileiro de Hematologia, Florianópolis/SC.
- Azevêdo, A.V.S. (2010). Construção do protocolo de avaliação psicológica hospitalar para a criança queimada. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 99-109.
- Azevêdo, A.V.S. (2013). Equipe de saúde e o brincar da criança com queimaduras. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(1), 57-65.
- Azevêdo, A.V.S., & Trindade, A.F. (2011). Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(2), 328-339.
- Baartmans, M. G. A., Stas, H. G., Dokter, J., & Boxma, H. (2008). De opvang van kinderen met brandwonden [Pediatric burn care]. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 76(6), 282-290.
- Bakker, A., & Walstra, J. (2013b). Psychische reacties op trauma bij kinderen en ouders [Psychological reactions on trauma in children

- and parents]. In A. E. E. De Jong (Ed.), *Brandwondenzorg*[Burn care]. Breda, Nederland.
- Bakker, A., Maertens, K.J.P., Van Son, M.J.M., & Van Loey, N.E.E. (2013a). Course of traumatic stress reactions in couples after a burn event to their young child. *Health Psychology*, 32(10), 1076-1083.
- Bakker, A., Van der Heijden, P.G., Van Son, M.J., Van de Schoot, R., & Van Loey, N.E. (2011). Impact of pediatric burn camps on participants' self-esteem and body image: an empirical study. *Burns*, 37(8):1317-25.
- Bakker, A., Van der Heijden, P.G., Van Son, M.J., Van de Shoot, R., Vandermeulen, E., Helsen, A., & Van Loey, N.E. (2014). The relationship between behavioural problems in preschool children and parental distress after a paediatric burn event. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(9): 813-822.
- Bakker, A., Van Loey, N.E., Van der Heijden, P.G., & Van Son, M.J. (2012). Acute stress reactions in couples after a burn event to their young child. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(10), 1127-1135.
- Bakker, A., Van Loey, N.E., Van Son, M.J., & Van der Heijden, P.G. (2010). Brief report: mothers' long-term posttraumatic stress symptoms following a burn event of their child. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6):656-661.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70: Lisboa/Portugal.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A.T., & Alford, B. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed. .
- Bicho, D., & Pires, A. (2002). Comportamento de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. *Análise Psicológica*, 1, 115-129.
- Bond, M., Gardiner, S.T., Christian, J., & Sigel, J.J. (1983). An empirical examination of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, Brasília, DF: Autor.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde

- (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Autor.
- Bronner, M. B., Knoester, H., Bos, A. P., Last, B. F., & Grootenhuis, M. A. (2008). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in children after paediatric intensive care treatment compared to children who survived a major fire disaster. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 2- 9.
- Cahners, S. S. (1979). Group meetings benefit families of burned children. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, 13(1), 169-171.
- Caminha, M.I. (2008). Fissuras e cicatrizes familiares: dinâmica relacional e a rede social significativa de famílias com crianças com fissura labiopalatal. *Dissertação de Mestrado em Psicologia*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Cella, D.F., Perry, S.W., Poag, M.E., Amand, R., & Goodwin, C. (1988). Depression and stress responses in parents of burned children. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(1), 87-99.
- Chiattonne, H.B.C. (2003). A criança e a hospitalização. In: V.A.A. Camon (Org.), *A Psicologia no hospital* (2a ed, pp. 23-99). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Chorney, J.M., & Kain, Z.N. (2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*, 112(3), 751-755.
- Clark, D.A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva dos transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10* (1997). 10a rev. São Paulo.
- Compas, B.E. (2006). Psychological process of stress and coping: implications for resilience in children and adolescents –comments on the papers of Romeo & McEwen and Fisher. *Annual New York Academy of Science*, 1094, 226-234.
- Costa, M.C.S., Rossi, L.A., Lopes, L.M., & Cioffi, C.L. (2008). The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16(2), 252-259.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336.
- Crepaldi, M.A., Rabuske, M.M., & Gabarra, L.M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: M.A.

- Crepaldi, M.B.M. Linhares, & G.B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dabas, E. (1993). *Red de redes: lás prácticas de intervención em redes sociales*. Buenos Aires: Piados.
- De Jong, A., Baartmans, M., Bremer, M., Van Komen, R., Middelkoop, E., Tuinebreijer, W., & Van Loey, N. (2010). Reliability, validity and clinical utility of three types of pain behavioural observation scales for young children with burns aged 0-5 years. *Pain*, 150(3), 561-567.
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: a neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231-250.
- Delgado Pardo, G., Garcia, I. M., Marrero Fdel, R., & Cia, T. G. (2008). Psychological impact of burns on children treated in a severe burns unit. *Burns*, 34(7), 986-993.
- Dias, R.R., Baptista, M.N., & Baptista, A.S.D. (2010). Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In: R.R. Dias, M.N. Baptista, & A.S.D. Baptista (Orgs.), *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (2a ed, p. 53-73). Rio de Janeiro: Guanabara.
- El Hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabeddine, K., Boukind, E., & Moussaoui, D. (2006). Depression in mothers of burned children. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 117-119.
- Ferreira, L.A. (2006). *Ser mãe no mundo com o filho que sofreu queimaduras: um estudo compreensivo*. Tese de Doutorado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping: Synthesis, commentary, and future directions. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp.453-462). New York: Oxford University Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive

- appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Fonseca, E.L., & Marcon, S.S., (2009). Rede de apoio às famílias de bebês de baixo peso após a alta hospitalar: um estudo qualitativo, *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(2).
- Gartner, L.P., & Hiatti, J.L. (2003). *Tratado de Histologia*. 2a ed. São Paulo: Guanabara Koogan.
- Gawryszewski, V.P., Bernal, R.T.I., Silva, N.N., Morais-Neto, O.L., Silva, M.M.A., Mascarenhas, M.D.M., Sá, N.N.B., Monteiro, R.A., & Malta, D.C. (2012). Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4), 629-640.
- Gimenes, M.G.G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M.G.G. Gimenes & M.H. Fávero (Orgs). *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas: Editorial Psy.
- Gimenez-Paschoal, S.R., Nascimento, E.N., Pereira, D.M., & Carvalho, F.F. (2007). Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de criança hospitalizadas. *Revista Paulista de Pediatria*, 25(4), 331-336.
- Gomes, D.R., Serra, M.C., & Pellon, M.A. (1997). *Tratamento de queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Graf, A., Schiestl, C., & Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic stress and behavior problems in infants and toddlers with burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(8), 923-931.
- Haan, N. (1997). *Coping and defending: process of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Hall, E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., Chawla, N., Lopez, C., King, L., & King, D. (2006). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 403-412.
- Horridge, G., Cohen, K., & Gaskell, S. (2010). BurnEd: parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education. *Burns*, 36(5), 630-638.
- Kassam-Adams, N., Palmieri, P. A., Rork, K., Delahanty, D. L., Kenardy, J., Kohser, K. L., McGrath, C. (2012). Acute stress symptoms in children: results from an international data archive. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(8), 812-820.

- Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(4), 343-355.
- Kent, L., King, H., & Cochrane, R. (2000). Maternal and child psychological sequelae in paediatric burn injuries. *Burns, 26*(4), 317-322.
- Kilburn, N., & Dheansa, B. (2014). Socioeconomic impact of children's burns- a pilot study. *Burns, 40*(8), 1615-1623.
- Landolt, M. A., Buehlmann, C., Maag, T., & Schiestl, C. (2009). Brief report: quality of life is impaired in pediatric burn survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(1), 14-21.
- Landolt, M. A., Ystrom, E., Sennhauser, F. H., Gnehm, H. E., & Vollrath, M. E. (2012). The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(7), 767-774.
- Langeland, W., & Olf, M. (2008). Psychobiology of posttraumatic stress disorder in pediatric injury patients: a review of the literature. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 32*(1), 161-174.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer.
- LeDoux, J., Meyer, W.J., Blakeney, P.E., & Herndon, D.N. (1998). Relationship between parental emotional states, family environment and the behavioural adjustment of pediatric burn survivors. *Burns, 24*(5), 425-432.
- Liber, J. M., Faber, A. W., Treffers, P. D., & Van Loey, N. E. (2006). Coping style, personality and adolescent adjustment 10 years post-burn. *Burns, 34*(6), 775-782.
- Lindquist, I. (1993). *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. São Paulo: Scritta.
- Lund, C.C., & Brownder, M.C. (1944). The estimation of areas of burns. *Surgery Gynecology Obstetrics, 79*, 352-358.
- McGarry, S., Elliott, C., McDonald, A., Valentine, J., Wood, F., & Girdler, S. (2015). "This is not just a little accident": a qualitative understanding of paediatric burns from the perspective of parents. *Disabil Rehabil, 37*(1): 41-50.

- McGarry, S., Elliot, C., McDonald, A., Valentone, J., Wood, F., & Girdler, S. (2014). Paediatric burns: from the voice of the child. *Burns*, 40(4):606-15.
- McGarry, S., Girdler, S., McDonaldo, A., Valentine, J., Wood, F., & Elliot, C. (2013). Paediatric medical trauma: The impact on parents of burn survivors. *Burns*, 39(6), 1114-1121.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2007). Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of abnormal child psychology*, 35(2), 191-201.
- Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P., Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Menezes, M. (2010). A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização. *Tese de Doutorado em Psicologia*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 43, 84-98.
- Nóbrega, V.M., Collet, N., Silva, K.L., & Coutinho, S.E.D. (2010). Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3),431-40.
- Oliveira, T.S., Moreira, K.F.A., & Gonçalves, T.A. (2012). Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 11(1), 31-37.
- Organização Mundial da Saúde (2012). Recuperado em 01 de Abril de 2013, de: <http://www.who.int/countries/bra/en/>
- Oster, C., Hensing, I., Lojdstrom, T., Sjoberg, F., & Willebrand, M. (2014). Parents' perceptions of adaptation and family life after burn injuries in children. *Journal Pediatric Nursing*, 29(6): 606-613.
- Pérez-Ramos, A.M.Q. (2006). O ambiente na vida da criança hospitalizada. In: E. Bomtempo, E.G. Antunha, & V.B. Oliveira (Orgs.), *Brincando na escola, no hospital, na rua* (pp. 111-126). Rio de Janeiro: Wak.

- Peterson, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 330-387.
- Phillips, C., & Rumsey, N. (2008). Considerations for the provision of psychosocial services for families following paediatric burn injury-- a quantitative study. *Burns*, 34(1), 56-62.
- Piccolo, N.S., Serra, M.C.V.F., Leonardi, D.F., Lima-Júnior, E.M., Novaes, F.N., Correa, M.D., Cunha, L.R., Amaral, C.E.R., Prestes, M.A., Cunha, S.R., Piccolo, M. (2008). Queimaduras: Diagnóstico e Tratamento Inicial. Recuperado em 20 de Abril de 2015, de http://www.projtodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083.pdf
- Primio, A.O., Schwartz, E., Bielemann, V.L.M., Burille, A., Zillmer, J.G.V., & Feijó, A.M. (2010). Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(2), 334-42.
- Quiles, J.M.O., & Carrillo, F.X.M. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramos, F.P., Enumo, S.R.F., & Paula, K.M.P. (2015). Teoria motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 269-279.
- Remor, E.A. (1999). Psicologia da Saúde: Apresentação, Origens e Perspectivas. *Psico*, 30(1), 205-217.
- Rizzone, L. P., Stoddard, F. J., Murphy, J. M., & Kruger, L. J. (1994). Posttraumatic stress disorder in mothers of children and adolescents with burns. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 15(2), 158-163.
- Roberts, M.C., & Steele, R.G. (2009). *Handbook of pediatric psychology* (4th ed.). New York: Guilford Press.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S., & Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista Psicología de la Salud*, 4, 59-84.
- Rosa, T.E.C. (2004). Redes de apoio social. In: J. Litov, & F.C. Brito (Orgs.) *Envelhecimento: prevenção e promoção de saúde* (pp.101-112). São Paulo: Editora Atheneu.
- Rosa, T.E.C., Benício, M.H.D'A., Alves, M.C.G.P., & Lebrão, M.L. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos

- do município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23(12), 2982-2992.
- Rossi, L.A. (2001). O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(4), 336-45.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2007). Visible difference amongst children and adolescents: issues and interventions. *Developmental Neurorehabilitation*, 10(2), 113-123.
- Sameroff, A. J. (2009). Conceptual issues in studying the development of self-regulation. In S. L. Olson & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems* (pp. 1-18). New York: Cambridge University Press.
- Saraiva, F.R.S.(1993). *Novíssimo Dicionário latino-português*. Rio de Janeiro: Livraria Garnier.
- Savóia, M. G. (1999). Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26, 56-67.
- Seagull, E.A. (2000). Beyond mothers and children: finding the family in pediatric psychology. *Journal of pediatric psychology*, 25(3), 161-169.
- Seidl, E. M. F., Trócoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Shaughnessy, J.J.,E.B., Zechmeister, & J.S. Zechmeister (2012). *Metodologia de pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, E.P.F.S., Oliveira, R.A.P, Costa, F.A.C., & Serra, M.C.V.F. (2004). Peculiaridades da criança queimada. In: E. Maciel, & M.C.V.F. Serra (Orgs.), *Tratado de queimaduras* (p.201-206). São Paulo: Atheneu.
- Skinner, E. A, Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: a motivational perspective. In D. Featherman, R. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.) *Life-span development and behavior*, vol. 12 (pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2009). *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Sociedade Brasileira de Queimaduras (2014). Recuperado em 20 de Março de 2015, de <http://sbqueimaduras.org.br/>
- Speck, V. R. (1989). La intervencion en red social: las terapias de red teoria y desarrollo. Em: *La práctica de la terapia de red*. Barcelona: Gedisa.
- Spielberger, C. D. (1981). *Tensão e ansiedade*. São Paulo: Hasper & Row do Brasil LTDA.
- Stoddard, F.J., Sheridan, R.L., Saxe, G.N., King, B.S., King, B.H., Chedekel, D.S., Schnitzer, J.J., & Martyn, J.A.J. (2002). Treatment of pain in acutely burned children. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 23(2), 135-156.
- Straub, R. (2008). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Suurmond, J.L., Van Loey, N., Dokter, J., & Essink-Bot, M.-L. (2011). Coping with guilt: coping strategies of ethnic minority and Dutch parents of children with pediatric burns. *Burns*, 37(1), S4.
- Thompson, R., Boyle, D., Teel, C., Wambach, K., & Cramer, A. (1999). A qualitative analysis of family member needs and concerns in the population of patients with burns. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 20(6), 487-496.
- Vale, E.C.S. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(1), 9-19.
- Varela, M.C.G., Vasconcelos, J.M.B., Santos, I.B.C., Pedrosa, I.L., & Sousa, A.T.O. (2009). Processo de cuidar da criança queimada: vivência de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 723-728.
- Vitalino, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Vloemans, A. F., Dokter, J., van Baar, M. E., Nijhuis, I., Beerthuisen, G. I., Nieuwenhuis, M. Ksi., & Middelkoop, E. M. (2011). Epidemiology of children admitted to the Dutch burn centres. Changes in referral influence admittance rates in burn centres. *Burns*, 37(7), 1161-1167.
- Yin, R. K. (2004). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (3a ed). Porto Alegre: Artmed.

Anexo 1

**ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMA
(EMEP)**

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C.

I – Identificação**Data:**

_____/_____/_____

Nome: _____ **Prontuário n.** _____

1 = Eu nunca faço isso 2 = Eu faço isso um pouco 3 = Eu faço isso às vezes 4 = Eu faço isso muito 5 = Eu faço isso sempre

1 – Eu levo em conta o lado positivo das coisas

1 2 3 4 5

2 – Eu me culpo

1 2 3 4 5

3 – Eu me concentro nas coisas boas da minha vida

1 2 3 4 5

4 – Eu tento guardar meus sentimentos

para mim mesmo

1 2 3 4 5

5 – Procuro um culpado para a situação

1 2 3 4 5

6 – Espero que um milagre aconteça

1 2 3 4 5

7 – Peço conselho a um parente ou a um amigo
que eu respeite

1 2 3 4 5

8- Eu rezo/oro

1 2 3 4 5

9 – Converso com alguém sobre como estou me sentindo

1 2 3 4 5

10- Eu insisto e luto pelo que eu quero

1 2 3 4 5

11- Eu me recuso a acreditar que isto
esteja acontecendo

1 2 3 4 5

12- Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando
comigo mesmo o que devo fazer

1 2 3 4 5

13- Desconto em outras pessoas

1 2 3 4 5

14- Encontro diferentes soluções para o meu problema

1 2 3 4 5

15- Tento ser uma pessoa mais forte e otimista

1 2 3 4 5

16- Eu tento evitar que os meus sentimentos
atrapalhem em outras coisas na minha vida

1 2 3 4 5

17- Eu me concentro em uma coisa boa
que pode vir desta situação

1 2 3 4 5

18- E desejaria mudar o modo como eu me sinto

1 2 3 4 5

19- Aceito a simpatia e a compreensão de alguém

1 2 3 4 5

20 – Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema

1 2 3 4 5

21- Pratico mais a religião desde que tenho este problema

1 2 3 4 5

22- Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim

1 2 3 4 5

23- Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema

1 2 3 4 5

24- Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido

1 2 3 4 5

25- Eu acho que as pessoas foram injustas comigo

1 2 3 4 5

26- Eu sonho e imagino um tempo melhor do que aquele em que eu estou

1 2 3 4 5

27- Tento esquecer o problema todo

1 2 3 4 5

28- Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente

1 2 3 4 5

29- Eu culpo os outros

1 2 3 4 5

30- Eu fico me lembrando que as coisas que poderiam ser piores

1 2 3 4 5

31- Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema

1 2 3 4 5

32- Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia

1 2 3 4 5

33- Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo

1 2 3 4 5

34- Procuro me afastar das pessoas em geral

1 2 3 4 5

35- Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer

1 2 3 4 5

36- Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez

1 2 3 4 5

37- Descubro quem mais é ou foi responsável

1 2 3 4 5

38- Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor

1 2 3 4 5

39- Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela

1 2 3 4 5

40- Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui

1 2 3 4 5

41- Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo

1 2 3 4 5

42- Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo

1 2 3 4 5

43- Converso com alguém para obter informações sobre a situação

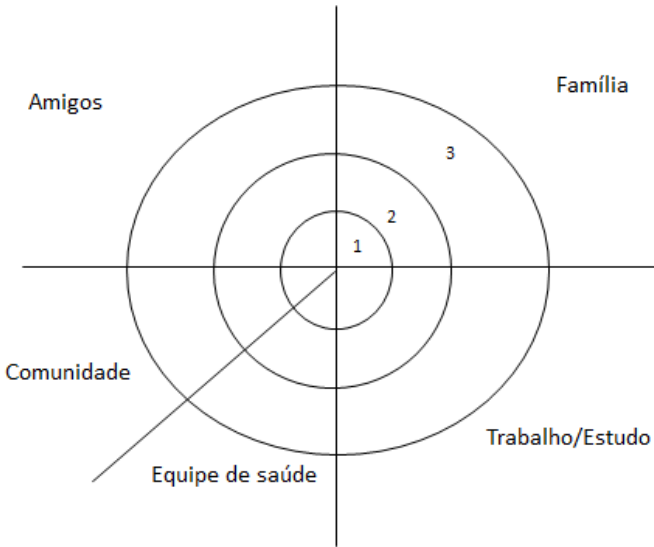
1 2 3 4 5

44- Eu me apego à minha fé para superar esta situação

1 2 3 4 5

45- Eu tento não fechar portas atrás de mim, tento deixar em aberto várias saídas para o problema

1 2 3 4 5

Anexo 2**Diagrama do Mapa de redes - Sluzki (1997)**

- 1 – Relações íntimas (família e grupo significativo)
- 2 – Relações sociais (com contato pessoal)
- 3 – Conhecidos (Relações ocasionais distantes)

Apêndice 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Adriano Valério dos Santos Azevêdo, aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-a, para participar da coleta de dados da minha pesquisa de Tese de Doutorado, orientada pela professora Dr^a. Maria Aparecida Crepaldi. Esta pesquisa: **Ansiedade, enfrentamento, e redes sociais de acompanhantes de crianças hospitalizadas com queimaduras**, tem o objetivo de verificar as relações entre ansiedade, enfrentamento, e redes sociais de acompanhantes de crianças hospitalizadas com queimaduras. Justifica-se a realização desta pesquisa para fins de desenvolver, a longo prazo, ações educativas que promovam a atenção integral às necessidades de acompanhantes de crianças com queimaduras.

Diante da sua autorização você colaborará respondendo questionários que irão avaliar a ansiedade e o enfrentamento da situação, e por meio de uma entrevista verificar as redes de apoio que você tem, além da consulta ao prontuário do seu filho para obter informações sobre o tipo de queimadura. Serão fornecidas instruções para o preenchimento, e o pesquisador permanecerá no local para esclarecimentos e auxílios quando ocorrer necessidade. O seu nome e o

da criança, não serão identificados nos resultados da pesquisa, será garantido o sigilo. A sua participação é voluntária, não remunerada, e o pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento. É garantido o direito de ressarcimento de quaisquer despesas referentes a sua participação na pesquisa, o que será efetuado o pagamento em dinheiro do valor de sua despesa. É garantida indenização diante de eventuais danos provenientes da pesquisa. A sua recusa em participar da pesquisa não apresentará nenhuma penalidade ou prejuízo, referente ao atendimento e tratamento da criança no ambiente hospitalar. Você poderá desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, e se apresentar algum desconforto, a aplicação de instrumentos será remarcada ou cancelada, de acordo com o seu consentimento, e será oferecido acolhimento psicológico. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição após a defesa da tese, em data a ser agendada, e publicados em uma revista de Psicologia, sem quaisquer informações referentes à sua pessoa. Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar da pesquisa, solicito sua assinatura em duas vias no referido termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Para qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo, entre em contato: Adriano Valério dos Santos Azevêdo (48-9844-5202). Endereço: Rua Lauro Linhares, 897 – E-404 – CEP: 88036-002 – Florianópolis/SC (adrianoazevedopsi@yahoo.com). Se preferir consulte o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPDH – UFSC – Prédio da Reitoria II, 4 andar, sala 401, Rua Desembargador Vitor Lima, 222 – Trindade – Florianópolis. CEP: 88.040-400 – Fone: (48) 3721 – 6094.

Eu, Maria Aparecida Crepaldi (pesquisadora responsável), declaro que cumprirei todos os aspectos que foram informados neste Termo de Consentimento, referentes ao sigilo, aos possíveis ressarcimentos e indenizações que se fizerem necessárias.

Eu,.....
, declaro por meio deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa: **Ansiedade, enfrentamento e redes sociais de acompanhantes de crianças hospitalizadas com queimaduras**, a ser realizada neste hospital. Declaro ainda, que estou ciente das informações que foram apresentadas, de seus objetivos e instrumentos que serão aplicados, bem como de meus direitos ao anonimato e a desistir da pesquisa a qualquer momento.

.....,/...../.....

.....

Assinatura do participante

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Crepaldi
 Pesquisador Responsável

Adriano Valério dos Santos Azevêdo
 Pesquisador Assistente

Apêndice 2

Questionário sociodemográfico

Idade:

Escolaridade:

- ensino fundamental completo
- ensino fundamental incompleto
- ensino médio completo
- ensino médio incompleto

Estado civil:

Ocupação: sim não

Renda Familiar:

- menos de um salário mínimo
- até um salário mínimo
- até dois salários mínimos
- até três salários mínimos
- até quatro salários mínimos

Experiência de acompanhamento de criança no ambiente hospitalar:

sim não

Número de filhos:

Moradia: Capital - Interior

Dados da criança:

Sexo: masculino feminino

Idade:

Queimadura:

Extensão: 1º Grau 2º Grau 3º Grau

Profundidade: pequeno queimado médio queimado grande queimado

Apêndice 3

Roteiro de entrevista com o cuidador familiar da criança com queimaduras (Entrevista respondida por todos os participantes da pesquisa).

Primeira entrevista – Momento da hospitalização da criança.

1. O que aconteceu com seu filho (a)?
2. O que você sentiu ao ver o seu filho ferido?
3. Como você veio para o hospital?
4. Como você foi recebido na Emergência? Quem o recebeu? O que te informou?
5. Como a equipe te recebeu na Unidade de queimados?
6. Você conhece como é o tratamento para queimaduras?
Se sim: o que é feito? Quem te informou sobre isso?
O que ele(a) (profissional que atendeu) disse?
Se não: o que você gostaria de saber?
7. Você já presenciou os procedimentos que são feitos com o seu filho ou com outras crianças?
Se sim: como foi o procedimento?
Como você se sentiu ao presenciá-lo?
8. E você deu alguma informação para o seu filho sobre o que aconteceu com ele?
9. O que você disse para o(a) seu (sua) filho(a) sobre o que vai acontecer/ou aconteceu no hospital (como é o tratamento)?

Apêndice 4

Segunda entrevista – Momento do tratamento de reabilitação no ambulatório do hospital (Entrevista respondida pela cuidadora de uma criança hospitalizada com queimaduras – para o estudo de caso).

1. O que aconteceu com vocês quando retornaram para casa?
2. Para você, o que significou esta experiência? O que representou esta experiência de ter acompanhado o seu filho na Unidade de queimados?
3. O que você tem conversado com seu filho a respeito do acompanhamento que será realizado no Ambulatório?
4. E sobre a criança, como tem sido esta fase? Como foi este retorno da criança para a casa, escola, bairro?
5. Foi possível verificar que você apresentou indicador de ansiedade considerado leve quando respondeu o questionário. Lembra-se de quando conversamos, e você falou que nos primeiros dias que estava no hospital, a sua ansiedade estava alta?
A que você atribui esta redução da ansiedade?
O que aconteceu no hospital que de alguma forma diminuiu a sua ansiedade? Ou o que te ajudou a ficar mais tranquila?
E como você tem enfrentado o tratamento dele? O que você tem feito?
6. Sobre as redes sociais, poderíamos agora verificar quem são as pessoas que estão te fornecendo ajuda? Eu trouxe aquele desenho que fizemos no último encontro para ser preenchido de novo.

Apêndice 5

Terceira entrevista – Momento do retorno ao hospital para acompanhar a criança numa cirurgia (Entrevista respondida pela cuidadora de uma criança com queimaduras – para o estudo de caso).

Roteiro de entrevista

Pautas

- A experiência de acompanhar uma criança hospitalizada na UTQ
- As repercussões na família
- As relações com a equipe de saúde
- Relações criança- família
- As atividades sociais – escola, trabalho
- O tratamento de reabilitação
- As perspectivas

Este é o nosso terceiro momento reservado para conversar um pouco sobre a tua situação, do teu filho e família, relacionado às queimaduras.

1. O seu filho foi hospitalizado no dia 01/10/13, foram quase três meses de hospitalização. Que recordações você tem daquela época?

2. Lembro que no mês de março de 2014, foi iniciado o tratamento de reabilitação no ambulatório deste hospital. Conversamos um pouco sobre a sua experiência. Como foi a chegada do seu filho na casa, e o retorno a escola?

Ao longo deste tempo, como tem sido para você acompanhar o seu filho no tratamento de reabilitação?

O que você tem percebido no seu filho? O que ele conversa sobre consequências físicas das queimaduras? E a relação da criança com a família (esposo e irmãos)?

3. Como foi o retorno do seu filho para a escola e outras atividades sociais?

4. Hoje 30/06/15, o seu filho está no hospital para fazer uma cirurgia funcional. De que maneira você foi recebida na UTQ? Quem foram os profissionais que te receberam? Neste momento, como você está se sentindo ao acompanhar seu filho na UTQ?

5. O que vocês pretendem fazer quando retornar para casa?