

## ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURAS E DE SEUS FAMILIARES: ANÁLISE DE ALGUMAS VARIÁVEIS

Vera Luca Adami Raposo do Amaral(1)

Vera Lucia Pereira Alves(2)

### RESUMO

AMARAL, V.L.A.R. ; ALVES, V.L.P. *Aspectos psicossociais da pessoa vítima de queimaduras e de seus familiares: análise de algumas variáveis. Estudos de Psicologia, 9 (3): 11 - 29, 1992.*

*A presente pesquisa teve como objetivo analisar o comportamento e verbalização de pessoas que sofreram queimadura, durante a fase de internação hospitalar. Foram sujeitos doze adultos, quatro homens, quatro mulheres e quatro crianças, todos portadores de queimadura que exigiram, no mínimo, sete dias de hospitalização. Foram feitas observações do comportamento na fase de internação e entrevistas com o sujeito e seus familiares. As observações foram feitas diariamente por um período de cinco semanas, com a duração de trinta minutos cada uma. As entrevistas com os sujeitos também foram feitas diariamente. As famílias foram entrevistadas uma vez por semana. Os resultados indicaram que os sujeitos passaram por fases distintas durante a internação, assim como sua família. A reação positiva e negativa durante a internação se mostrou o fator mais importante no tempo de recuperação para todos os sujeitos.*

**Palavras Chave:** *Queimados, Aspectos psicossociais dos queimados, recuperação de queimaduras, família de pacientes queimados.*

(1) Professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) e Chefe do Setor de Psicologia do Hospital de Cirurgia Plástica Crânio-Facial da Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Crânio-Facial (SOBRAPAR).

(2) Bolsita de Ap. Tipo B - CNPq - Processo 823012/87-5/PH

## INTRODUÇÃO

A queimadura, dependendo do grau e extensão, é uma das mais graves injúrias que pode acontecer a uma pessoa, tanto pelo fato de provocar danos físicos sérios, como por ter um tratamento longo e doloroso e ainda poder deixar graves sequelas físicas.

TUCKER (1986) em sua pesquisa relata que os homens são mais propensos a queimaduras, assim como pessoas que ingerem álcool e que têm crises emocionais. Observa também que 20% a 40% dos queimados apresentam história psiquiátrica anterior à queimadura. Segundo ele os fatores que predispõem à queimadura são: a saúde pessoal, ou seja, doenças psiquiátricas, abuso de drogas, epilepsia, retardamento mental, entre outras; fatores sociais, entre eles crises familiares, condições sociais adversas, falta de apoio social, e fatores de personalidade tais como propensão para acidentarse, falta de controle, e suicídio.

A queimadura traz consigo características de doença catastrófica por exigir múltiplos tratamentos físicos, por ser um tratamento longo com grande período de dependência, por provocar separações da família, perda temporária de emprego, perda do mito de invulnerabilidade e por fazer surgir no indivíduo o medo da morte. A queimadura acaba sendo considerada pelo indivíduo como doença feia, suja e fétida que faz com que ele tenha de ser isolado para não contaminar os outros e não ser contaminado (GOODSTEIN, 1985).

Uma vez internado, de acordo com vários autores, o paciente queimado passa por alguns estágios (fases). Segundo MENDELSON (1983) o paciente passa por quatro fases: a primeira é caracterizada por um stress fisiológico onde pode surgir a ansiedade e o delírio; a segunda fase, chamada de psicológica, onde o impacto do trauma faz com que surjam episódios de regressão, depressão e psicose; a terceira fase é a fase de recuperação e a quarta fase é caracterizada pela reabilitação social.

Já GOODSTEIN (1985) especifica como primeiro estágio o de **Emergência Fisiológica** no qual o paciente apresenta comportamentos tais como: lucidez, embora esteja em choque e dissociado da realidade (duração de cerca de quarenta e oito horas). Em alguns dias passa a se preocupar com a duração da internação e não com a qualidade de vida, e nas duas a quatro semanas posteriores surge a ansiedade e o medo de perda de sua aparência e funcionalidade. É quando o paciente começa a pedir alívio para sua dor. Surge o medo do debridamento e da anestesia, fica consternado pela perda da pele e perda do apetite. O comportamento mais observado é o de esquivar-se, de enfrentar a queimadura como um dado real e suas

conseqüências. Portanto, o trauma inicial do queimado é composto de comprometimento físico severo e stress emocional.

No segundo estágio, o de **Emergência Psicológica**, que ocorre na quinta ou sexta semana de internação, o paciente apresenta os seguintes comportamentos: se preocupa com o prognóstico e com as perdas sofridas, enfrenta frustrações por estar separado da família e confinado na cama, pode considerar o tratamento como auto-punição e começa a competir com outros pacientes pela atenção da equipe que o trata. Começam a surgir conflitos pela dependência, em forma de regressões e agressões. Após trinta dias de internação pode surgir a depressão e a queixa de dor se torna de grande importância, porque os procedimentos dolorosos prosseguem e nada acaba com a dor.

No terceiro estágio, o de **Emergência Social**, o paciente apresenta os seguintes comportamentos: aproximadamente quatro semanas antes da alta o paciente começa a se concentrar na reintegração ao trabalho e à família. Pela primeira vez se depara com um prognóstico crônico e pobre e pode testar sua capacidade de ser amado, embaraçando a equipe médica e auxiliar, podendo, também, querer participar de seu tratamento. Volta o humor e a esperança e é restaurado o contato com amigos e familiares.

No quarto estágio, o de **Emergência Doméstica**, o paciente se defronta com o teste real de pós-alta, onde deve redefinir sua identidade, aceitação e papel. É a fase mais difícil, a fase de reabilitação emocional. A alta é encarada como um momento em que agora tudo está bem, mas o corpo do paciente será confrontado abertamente pela família e pelos amigos. Estes quatro estágios descritos por GOODSTEIN (1985) são chamados por TUCKER (1986) de fases agudas, sub-agudas e de reabilitação social.

Embora os três autores acima identifiquem fases relativamente diversas, estas se apresentam com características bastante semelhantes.

No tocante às reações que a família de um queimado pode apresentar, GOODSTEIN (1985) observa que suas preocupações básicas são com relação à possibilidade de morte do paciente, problemas de comunicação com o paciente devido ao medo de atrapalhá-lo, problemas de comunicação com a equipe médica e para-médica por medo de se impor num período crítico e de emergência, preocupação com a aparência, perda de função e com a dor do paciente. Segundo ele, a família passaria por estágios semelhantes aos do paciente.

Num primeiro estágio também chamado de **Emergência Fisiológica**, a família passaria por choque e tristeza análogos ao paciente, embora recebendo fragmentos de notícias ruins que o paciente não recebe. A família racionaliza e se alivia com o fato do paciente não ter morrido, reluta em sair

do hospital após o horário de visitas, se sente culpada pelo acidente e se focaliza primeiro na recuperação do paciente e não na aparência e função.

Num segundo estágio, o de **Emergência Psicológica**, a família passa a se preocupar com a possibilidade das dificuldades temporárias se tornarem permanentes. Ela se preocupa com a dor e tenta ajudar o paciente, mas se sente frustrada achando que a equipe médica precisa fazer mais.

Num terceiro e quarto estágios, o de **Emergência Social**, é o momento de chegada do paciente no lar. A família começa a se preocupar com a aparência e função física, bem como com a estabilidade psicológica do paciente. A família pode começar a mentir para o paciente e a achar que o que aconteceu foi "vontade de Deus".

A literatura consultada descreve muito pouco as reações da família de uma pessoa queimada.

A tristeza aguda é uma resposta característica de perda. O queimado experimenta perda de saúde e de bem-estar e perdas específicas, como perda de aparência intacta, possíveis perdas de partes do corpo; apresenta sentimentos de perda dos limites corporais, o que pode aumentar quando a imobilização prolongada se faz necessária (OCHITILL, 1984).

O queimado apresenta ansiedade e depressão por estar doente e se sentir incapaz. WEINSTEIN (apud BERNSTEIN, 1982) delinea o processo de incapacidade mostrando que na transição da doença para a incapacidade, um novo estilo de vida se define e existe uma perda de expectativa de recuperação que faz com que o indivíduo se sinta cronicamente menos competente por seu funcionamento na vida. Também CASTENUOVO (apud BERNSTEIN, 1982) reforça esta idéia dizendo que, quando um indivíduo adquire um defeito sente perda de esperança no futuro e na normalidade.

A queimadura pode mudar o corpo de uma pessoa permanentemente, e esta mudança corporal acaba interferindo na sua imagem corporal, que foi descrito por HEAD (1926) no início do século, como sendo a maneira pela qual nos percebemos no espaço e sabemos onde está nossas mãos, pés, etc., quando parados, sentados ou em movimento.

A função desta imagem corporal segundo SCHONTZ (1977 in: LIPOWSKI e colaboradores, 1977) seria a de fornecer um registro sensorial, uma coletânea de impressões sobre a posição do corpo e uma escala da importância corporal, bem como o relembrar de experiências passadas. O corpo é um estímulo visual para outras pessoas e também um estímulo para nós, para mudarmos as coisas ou para simplesmente nos movermos (BERNSTEIN, 1982).

A imagem corporal, segundo SIMON (1971) inclui não somente o investimento pessoal do indivíduo no seu corpo, mas os pontos de vista, valores e expectativas sobre as pessoas significativas no seu ambiente e as

atitudes e valores da cultura. A imagem corporal e a auto-identidade interrelacionam elementos que são componentes da auto-aceitação e que são fortemente afetados pelas respostas dos outros.

O indivíduo precisa se sentir valorizado e competente, mas também quer sentir-se atraente fisicamente (MUESER e colaboradores, 1984). Segundo DION E STEIN (1978) a aparência física é tanto popular como cientificamente aceita como uma das características mais importantes envolvidas na atração e interação interpessoal.

AMARAL (1986) relata que a aparência física tem influenciado uma ampla linha de pesquisas dentro da psicologia e ciências de área conexas, apontando sempre para a importância desta nas relações interpessoais, no julgamento dos outros, e nos comportamentos de aceitação, aproximação, aprovação e rejeição social.

Dada a conotação extremamente importante da aparência física e sua influência nas interações pessoais é que se pode dimensionar toda a gama de problemas que um indivíduo queimado passa a ter que encarar em sua vida a partir do momento que sofre o acidente, e inicia uma nova etapa, agora portador de cicatrizes que modificam definitivamente sua aparência.

Portanto, torna-se de extrema valia, tanto do ponto de vista clínico como do ponto de vista do tratamento reabilitativo interdisciplinar uma pesquisa sobre as condições psicológicas do grande queimado em fase aguda do tratamento hospitalar.

A presente pesquisa teve como objetivo, levantar os sentimentos, verbalizações e comportamentos expressos por crianças e adultos, de ambos os sexos, na fase aguda de internação hospitalar, segundo critérios de extensão e localização corporal da queimadura, trauma e sofrimento vivido, tempo de internação e causa da queimadura.

Foi objetivo também desta pesquisa o levantamento das reações mais comuns do indivíduo queimado na fase aguda do tratamento hospitalar e de seus familiares.

## MÉTODO

### Sujeitos

Foram sujeitos da pesquisa doze pacientes internados no Centro de Tratamento ao Queimado do Hospital Municipal de Paulínia

O critério para inclusão do sujeito no grupo foi por ordem de internação em um período de oito meses. Um outro critério usado foi o de que o paciente deveria ter uma porcentagem ou uma profundidade de queimadura mínimas que exigissem internação de pelo menos sete dias. Por exemplo, queimadura de apenas 3,5% de área corporal, mas com profundidade

terceiro grau, e que tivessem envolvimento da área facial poderia exigir internação de, no mínimo, sete dias e, neste caso, o paciente teria características para ser incluído como sujeito da pesquisa.

Dos doze sujeitos desta pesquisa, quatro eram do sexo masculino, quatro do feminino e quatro eram crianças. O grupo do sexo masculino tinha idade entre vinte e dois e quarenta e três anos (média de vinte e nove anos), com extensão de queimadura variando de 15% a 30% de área corporal atingida (média de 23,75%). O tempo de internação desses sujeitos variou de quinze a trinta e oito dias (média de 27,25 dias). Este grupo se encontra aqui designado pelos números de 1 a 4. A idade do grupo feminino variou entre trinta e três e quarenta e nove anos (média de 36,5 anos), com extensão de queimadura entre 20% a 40% de área corporal atingida (média de 30%). O tempo de internação destes sujeitos variou de vinte e seis a sessenta dias (média de 42,5 dias). Os sujeitos que compuseram este grupo se encontram aqui designados no presente estudo pelos números de 5 a 8. A idade do grupo infantil variou de cinco a dez anos (média de 8,25 anos), com extensão de queimadura entre 3,5% a 70% de área corporal atingida (média de 40%). O tempo de internação destes sujeitos variou de sete a trinta dias (média de 18,7 dias). Os sujeitos deste grupo encontram aqui designados pelas letras **A, B, C e D**.

Para cada um dos sujeitos-pacientes foi escolhido um sujeito-família, tendo sido os dados colhidos com a mãe, pai, esposa, esposo ou companheiros, sendo as entrevistas feitas sempre com o mesmo sujeito-família no decorrer do período de internação hospitalar.

## **MATERIAL**

Foram usados três modelos de fichas compostas das seguintes formas:

### **Ficha de Identificação**

Foi utilizado o mesmo modelo para todos os sujeitos. Esta ficha continha dados de identificação pessoal, familiar e social do sujeito, concernentes a data de nascimento, idade, endereço, religião, tipo de família (natural, adotiva, pais separados, falecidos, entre outras, bem como discriminação dos membros da família e sua idade). Contava ainda com informações sobre escolaridade, profissão e renda familiar do sujeito ou, no caso de criança, as de seus pais.

### **Ficha de Observação**

O mesmo modelo foi utilizado para todos os sujeitos do estudo. Esta ficha continha uma breve identificação do sujeito, no tocante a nome e idade,

e nela foram anotadas as observações do comportamento apresentado pelo sujeito durante a internação em termos de expressão verbal, movimentos e adaptabilidade à rotina do Hospital.

### **Ficha de Entrevista**

Foram usados dois modelos diferenciados: um para o paciente e outro para a família. As perguntas deste roteiro envolviam o evento da queimadura, as relações familiares e sociais anteriores e posteriores à queimadura e as expectativas futuras dos sujeitos, com questões do tipo: "relato da queimadura", "como está em relação à visita e familiares", "como era sua relação com o trabalho e com os amigos", "no que o evento da queimadura pode mudar sua vida". Já no modelo de entrevista com os familiares, as questões eram do tipo: "como a família se sente em relação à queimadura", "como era a relação do paciente com os familiares e no trabalho" e "o que os familiares esperam para o futuro do paciente".

### **PROCEDIMENTO**

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Tratamento ao Queimado do Hospital Municipal de Paulínia, que contava com oito leitos, sendo dois de terapia intensiva e seis de terapia semi-intensiva. O critério para internação foi o da extensão e a profundidade da queimadura e a existência de vaga.

Uma vez internado no C.T.Q. o paciente era submetido não só aos cuidados médicos de praxe, como também a um atendimento psicológico. Logo após a internação o pesquisador fazia a identificação do sujeito (com o uso da ficha apropriada), cujos dados eram colhidos através do prontuário médico do paciente e de uma primeira entrevista com a família. Esta entrevista era feita na sala de enfermagem do H.M.P. e tinha a duração de cerca de trinta minutos. Num segundo momento se dava início à fase de observação, que se constituía de sessões diárias de cerca de trinta minutos feitas na parte da manhã quando o sujeito era submetido às rotinas de banho, tempo para ver televisão e conversar com outros pacientes, ou mesmo ficar no leito se assim preferisse. Além das observações, nesta fase, através da conversa com o sujeito, era feita uma entrevista, estando o sujeito nas mesmas circunstâncias já citadas.

A entrevista com familiares era feita durante o atendimento psicológico a eles, que ocorria uma vez por semana no horário de visitas e no caso de sujeitos crianças, esta entrevista era feita concomitantemente às observações, com a mãe ou o pai que acompanhava a criança

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise os resultados foram agrupados em itens iniciando pelos dados de identificação, observação, dados de relacionamento com a família, trabalho e amigos

### I. Dados de Identificação

Os dados obtidos a partir da ficha de identificação indicam que, em relação aos sujeitos adultos, 62,5% são casados; 25% são solteiros e 12,5% amasiados, sendo que a escolaridade média é de primeiro grau e a profissão média é de operário, o que indica um nível sócio-econômico baixo. Todos os sujeitos são provenientes de Campinas e região. Na Tabela 1, pode-se visualizar os dados acima mencionados.

A Tabela 2 mostra a distribuição, por sujeitos, do tempo de internação, o número de atendimentos psicológicos, a causa da queimadura, a porcentagem de área queimada e as áreas corporais especificamente atingidas. Pode-se observar que, dos quatro sujeitos do grupo feminino, três tentaram suicídio, o que representa 37,5% dos adultos; e que todos os sujeitos do grupo masculino foram vítimas de acidente. Pode-se observar também que a média de porcentagem de área corporal atingida no grupo masculino foi relativamente menor que a do grupo feminino (masculino = 23,75%, feminino = 30%), bem como o tempo de internação (masculino = 27,25 dias, feminino = 42,5 dias).

A mesma proporção se dá com relação ao número de atendimentos psicológicos: o grupo masculino teve uma média menor de atendimentos psicológicos se comparado ao grupo feminino (masculino = 18,5, feminino = 29,25).

Pode-se concluir por esses dados que os homens receberam um número de atendimentos psicológicos menor uma vez que tiveram tempo de internação mais curto, bem como porcentagem menor de área corporal atingida.

Com relação à causa da queimadura das crianças, percebe-se que todas se queimaram brincando com álcool e fósforo, o que faz questionar a disponibilidade destes materiais ao alcance das crianças. Elas tiveram uma média de porcentagem de área atingida maior que a do grupo feminino (crianças = 40%, feminino = 30%), mas tiveram uma média menor que este grupo no que diz respeito ao tempo de internação (crianças = 18,7 dias, feminino = 42,5 dias). Este dado faz questionar a capacidade de recuperação mais rápida das crianças. Uma vez que ficaram um tempo menor internadas, também receberam uma média de atendimentos psicológicos menor (crianças = 12,25, feminino = 29,25, masculino = 18,5). Na Tabela 2, pode-se visualizar estes dados.

**TABELA 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS QUANTO À IDENTIDADE, SEXO, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDADE, PROFISSÃO E PROCEDÊNCIA**

SUJEITO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	PROCEDÊNCIA
01	23	M	casado	1º Grau incompleto	Marceneiro desempregado	Campinas/SP
02	22	M	solteiro	1º Grau incompleto	Pedreiro	Guaxupé/MG
03	43	M	casado	1º Grau incompleto	Técnico de Manutenção	Indaiatuba/SP
04	28	M	solteiro	2º Grau completo	Eletricista	Leme/SP
05	35	F	casada	1º Grau incompleto	Cultivadora de Flores	S. Antonio da Posse/SP
06	49	F	casada	1º Grau incompleto	Operária	Sumaré/SP
07	29	F	casada	1º Grau incompleto	Dona de Casa	Itapira/SP
08	33	F	amasiada	1º Grau incompleto	Doméstica	Campinas/SP
A	08	M	solteiro	3ª série - 1º Grau	Estudante	Araras/SP
B	10	F	solteira	3ª série - 1º Grau	Estudante	Americana/SP
C	10	F	solteira	2ª série - 1º Grau	Estudante	Francisco Morato/SP
D	05	M	solteiro	-	-	Campinas/SP

TABELA 2 - TEMPO DE INTERNAÇÃO, NÚMEROS DE ATENDIMENTOS, CAUSA DA QUEIMADURA PORCENTAGEM DE ÁREA QUEIMADA E ÁREAS ATINGIDAS

SUJEITO	TEMPO DE INTERNAÇÃO	Nº ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS	CAUSA DA QUEIMADURA	% DE ÁREA QUEIMADA	ÁREAS QUEIMADAS
01	38 dias	25	jogou toco de cigarro perto do frasco - álcool	30%	face, braços, pescoço, mãos
02	34 dias	24	choque elétrico com cabo de alta tensão	25%	face, orelha, braços, tórax e mãos
03	22 dias	15	explosão de tanque de gasolina	25%	face, braços e mãos
04	15 dias	10	fogo proveniente de curto circuito	15%	face, braços e mãos
05	36 dias	21	tentativa de suicídio com álcool	35%	face, braços, tórax, perineo, coxas e mãos
05	47 dias	33	tentativa de homicídio por parte do marido, com álcool	25%	face, mãos, braços, tórax e seios
06	61 dias	44	tentativa de suicídio com álcool	40%	face, tórax, orelha, mãos, braços, pescoço e seios
08	26 dias	19	tentativa de suicídio com álcool	20%	face, pescoço e pulso
A	30 dias	17	brincando com álcool e fósforo	40%	face, pescoço, tórax e membros inferiores
B	24 dias	16	brincando com álcool e fósforo	50%	face, tronco e membros
C	14 dias	10	brincando com álcool e fósforo	70%	face, orelha, pescoço, braço, tórax, nádegas e costas
D	07 dias	06	brincando com fósforo que jogou numa vasilha de gasolina	3,5%	face

## II) Dados de Observação

As observações do comportamento de cada sujeito feitas diariamente foram agrupadas por semana e forneceram as seguintes características mais persistentes:

**Primeira Semana de Internação:** Dos doze sujeitos internados: três não se localizavam bem no espaço e no tempo; um tinha expectativa real do tempo de internação; dois cooperavam com o tratamento; dois permaneciam sob efeito de sedativos a maior parte do tempo; sete expressavam sentimentos de dores fortes; dois contaram versão mentirosa sobre tentativa de suicídio; dois se apresentavam confusos, angustiados e deprimidos; um sujeito apresentou alucinações visuais; dois sujeitos manifestaram preocupações com eventos externos ao hospital (casa, trabalho); um dormia mal e um apresentava discurso desconexo.

Estes comportamentos são muito semelhantes aos descritos por GOODSTEIN (1985) como características de uma primeira fase pela qual passa o queimado e a qual é nomeada por ele como **Emergência Fisiológica**, onde as respostas físicas eram as mais importantes.

**Segunda Semana de Internação:** Dos dez sujeitos internados: um se apresentava triste, desanimado e em confronto de expectativas com a realidade; quatro se sentiam com raiva; um sentia o tempo passar rapidamente; três sentiam dores fortes; dois se sentiam sem dores, um se sentia em conflito entre receber ajuda médica ou dispensá-la pela ajuda de Deus; um apresentava comportamento histérico; um permanecia sob efeito de sedativo.

Estes dados se mostram mais relacionadas a sentimentos e reações à queimadura e menos voltadas para aspectos fisiológicos, como na primeira semana.

Esta constatação corrobora as observações de GOODSTEIN (1985) que nomeia a segunda fase do queimado, como de **Emergência Psicológica**, onde estão presentes relatos de sentimentos de raiva, culpa e outros conflitos.

**Terceira Semana de Internação:** Dos nove sujeitos internados pode-se verificar que: quatro sujeitos dominavam-se bem; quatro sujeitos estavam mais calmo; um sujeito mostrou-se ansioso pela alta; um sujeito estava preocupado com eventos de fora do hospital; um sujeito aceitava melhor os procedimentos médicos; um sujeito suportava melhor a dor um sujeito se apresentava carente solicitando muito a enfermagem e um sujeito dizia-se com raiva e verbalizava vergonha de si mesmo

Nesta terceira semana além das manifestações relativas à queimadura, pode-se perceber uma preocupação maior com a alta e com aquilo que possa estar acontecendo fora do ambiente hospitalar.

**Quarta Semana de Internação:** Dos seis sujeitos internados: dois estavam com menos dor; três manifestavam preocupações com eventos de fora do hospital; um sujeito ainda sentia dor forte; um apresentava expectativa irreal de alta e um cooperava muito bem com o tratamento.

**Quinta Semana de Internação:** Dos três sujeitos internados: um temia a alta; dois dormiam bem melhor; um ainda sentia dor forte e um sujeito se sentia feio, com distúrbio de imagem corporal.

Através dos dados da quarta e quinta semanas de internação percebe-se uma maior preocupação com a alta hospitalar o que segundo GOODS-TEIN (1985) estaria constituindo uma terceira fase, denominada por ele **Emergência Social**, onde o paciente se depara com o seu real prognóstico e se prepara para a reintegração ao lar e ao trabalho. Pode-se observar, no entanto, que dos doze pacientes internados, apenas seis e depois três permaneceram no hospital na quarta e quinta semana de internação, tendo os demais sujeitos recebido alta hospitalar.

Os dados das entrevistas com a família do sujeito indicam uma direção semelhante à do paciente. As verbalizações da família na primeira semana de internação ficaram mais centradas na preocupação com a sobrevivência do paciente.

Na segunda semana verificou-se que as verbalizações giraram em torno dos aspectos físicos e do estado emocional e da terceira semana em diante aparece a preocupação com a alta e com as conseqüências da queimadura na vida pessoal, familiar, afetiva-emocional e na readaptação do sujeito às condições anteriores, inclusive ao trabalho e escola.

### III) Dados de Entrevistas

Através das entrevistas com os sujeitos e seus familiares pode-se apreender as reações do sujeito à internação, os tipos de relações mantidas com familiares, amigos e trabalho antes da queimadura e as expectativas dos sujeitos para com o futuro.

Para que se pudesse categorizar os tipos de reações, elas foram definidas em dois grupos:

**Reações Negativas** - Foi considerado negativo o fato do sujeito durante a internação: se preocupar com problemas judiciais anteriores à queimadura, estar ansioso boa parte do tempo, não aceitar o fato de ter sido

vítima de um acidente, não aceitar o tratamento e os procedimentos médicos, ficar agressivo, se preocupar com o marido preso por ter tentado homicídio, não se conformar com a internação, pedir para matá-lo, ficar deprimido, apático, apresentar comportamentos histéricos, se recusar a conversar.

**Reações Positivas** - Foi considerado o fato do sujeito durante a internação: suportar dor por saber que essa era a única forma de ficar bom, ser compreensivo, cooperar com o tratamento, aceitar os procedimentos e chorar só na hora da dor.

Para que se pudesse categorizar os tipos de relações que o sujeito mantinha com a família, trabalho e amigos, tanto antes como após a queimadura (durante a internação) elas foram definidas em grupos

**Relações Positivas com Familiares e Amigos** - Foram consideradas relações positivas com a família, se mantinha boas relações com pais, esposos(as) e filhos; se o paciente recebia visita de familiares e se estes se preocupavam com o estado do paciente. Foi considerado positivo o fato do paciente se dizer possuidor de amigos com os quais mantinha boas relações sendo eles desde colegas de trabalho a companheiros de atividades recreativas e de lazer, e também o fato do paciente quando internado ter conhecimento das preocupações dos amigos, no caso deles não poderem visitar o paciente. Com relação ao trabalho, foi considerado como positivo, o fato do paciente estar empregado e gostar do que fazia antes da queimadura e também o fato de receber visita do empregador, de receber assistência da empresa e o fato de pensar em voltar a exercer o mesmo trabalho, no caso da queimadura ter sido um acidente de trabalho.

**Relações Negativas com Familiares e Amigos** - Foram consideradas relações negativas com a família, o fato de antes da queimadura não manter boas relações, como por exemplo, trair o marido, e durante a internação, o fato de os familiares trazerem preocupações para o paciente, ou a mãe, no caso da criança, se recusar a acompanhá-la. Foi considerado negativo o fato do paciente estar desempregado quando se queimou, mudar muito de serviço e se mostrar magoado pela falta de segurança no trabalho.

**Expectativa Positiva** - Foi considerado positivo o fato do paciente querer reassumir sua vida, não se preocupar com marcas da queimadura, querer continuar fazer o mesmo trabalho, pretender seguir o tratamento psicológico.

**Expectativa Negativa** - Foi considerado negativo o fato do paciente ter pretensão de sumir e deixar tudo; ver a internação como um recolhimento

e temer a alta; pensar em mudar de emprego, de cidade; ficar ambivalente no tocante a vida afetiva não sabendo com quem ficar após a alta (marido ou amante); estar muito preocupado com o futuro e com as marcas da queimadura.

As respostas dos sujeitos foram categorizadas em reações positivas e negativas, as expectativas quanto ao futuro em expectativas positivas e negativas, e relação familiar e com amigos em positiva e negativa, no passado e atualmente.

Para se verificar a significância entre as variáveis sexo, idade, tempo de internação, extensão da queimadura, reação à queimadura e à internação, e relação familiar (passado e atual) e de amizade, foram aplicados os teste U e a prova de Fischer. Os resultados podem ser observados na Tabela 3.

As relações que encontraram significância foram idade do sujeito conforme o sexo indicando que, mulheres eram mais velhas do que os homens. Significante também foi a relação entre tempo de internação e extensão da queimadura tanto para crianças como para os adultos, indicando que quanto maior a extensão da queimadura maior é o tempo de internação. Esse resultado é o esperado uma vez que quanto mais grave é a queimadura maior tempo é exigido para o tratamento.

Outra relação significativa foi a encontrada entre o tipo de reação à queimadura e à internação e o tempo de internação, indicando que quanto mais negativa a reação, tanto em crianças como em adultos, maior o tempo de internação.

Este dado corrobora as observações clínicas de que a motivação para curar-se é um elemento de grande importância na recuperação física das doenças.

Outra relação significativa foi o sexo em relação ao tempo de internação, indicando que mulheres adultas ficaram internadas mais tempo. Este pode ter sido um resultado relacionado à amostra do presente trabalho, pois verificou-se que no caso das mulheres adultas a causa da queimadura foi, em sua maioria, por tentativa de suicídio (3) ou homicídio (1). As demais comparações não se mostraram significantes.

O presente estudo feito com uma pequena amostra aponta para a necessidade de maiores pesquisas na área, que possibilitem uma compreensão mais acurada das condições sócio-psicológicas do grande queimado.

Tais estudos trarão, sem dúvida, importantes aportes para o desenvolvimento de melhores técnicas de tratamento e prevenção.

A participação do psicólogo nas equipes interdisciplinares tem-se mostrado de grande relevância e se este puder respaldar sua ação em investigações científicas tanto mais eficiente será sua atuação clínica.

Tabela 3 - SIGNIFICÂNCIA ENTRE AS VARIÁVEIS IDADE, SEXO, TEMPO DE INTERNAÇÃO

TESTE		Tipo de Teste	Resultado do Teste	Nível de Significância	Significado do Resultado
Variáveis estudadas					
Idade do sujeito conforme o sexo	U	U = 13 - U = 3	p = 0,10	Significante (mulheres eram mais velhas do que os homens)	
Idade do sujeito conforme tipo de reação (inclusive crianças)	U	U = 30,5 U = 4,5	p = 0,02	-	
Idade do sujeito conforme tipo de reação (só adultos)	U	U = 10 - U = 2	p = 0,143	-	
Idade do sujeito conforme extensão da queimadura (incluindo crianças)	U	U = 12 - U = 24	p = 0,197	Não significante (a extensão não estava relacionada com idade)	
Idade do sujeito conforme extensão da queimadura (só adultos)	U	U = 6 - U = 9	p = 0,393	Não significante (a idade não tinha nada a ver com o tempo de internação)	
Idade do sujeito conforme o tempo de internação (incluindo crianças)	U	U = 22 - U = 14	p = 0,0294	Não significante	
Idade do sujeito conforme o tempo de internação (só adultos)	U	U = 6 - U = 9	p = 0,393	Não significante	
Idade do sujeito conforme expectativa futura (incluindo crianças)	U	U = 21 - U = 9	p = 0,165	Não significante	
Idade do sujeito conforme expectativa futura (só adultos)	U	U = 12 - U = 4	p = 0,171	Não significante	
tempo de internação conforme extensão da queimadura (incluindo crianças)	U	U = 24 - U = 12	p = 0,197	significante (quanto maior extensão maior é o tempo)	
tempo de internação conforme extensão da queimadura (só adultos)	U	U = 13 - U = 2	p = 0,071	significante (quanto maior extensão maior é o tempo)	

Tabela 3 - SIGNIFICÂNCIA ENTRE AS VARIÁVEIS IDADE, SEXO, TEMPO DE INTERNAÇÃO (cont.)

TESTE		Tipo de Teste	Resultado do Teste	Nível de Significância	Significado do Resultado
Variáveis estudadas					
Tempo de internação conforme o tipo de reação (incluindo crianças)	U	U = 27 - U = 8	p = 0,074	Significante (quanto mais negativa a reação, maior o tempo de internação)	
Tempo de internação conforme o tipo de reação (só adultos)	U	U = 8 - U = 4	p = 0,321	Significante (quanto mais negativa ,maior o tempo de internação)	
Tempo de internação conforme expectativa futura (incluindo crianças)	U	U = 16 - U = 14	p = 0,465	Não significante	
Tempo de internação conforme expectativa futura (só adultos)	U	U = 6 - U = 10	p = 0,343	Não significante	
Sexo conforme tempo de internação (incluindo crianças)	U	U = 13 - U = 3	p = 0,10	Significante (as mulheres adultas ficam internadas por mais tempo)	
Sexo conforme a extensão da queimadura (só adultos)	U	U = 11 - U = 5	p = 0,143	Não significante	
Sexo conforme tipo de reação (só adultos)	Prova de Fisher	-	p = 0,214	Não significante	
Sexo conforme expectativa futura (só adultos)	Prova de Fisher	-	p = 0,229	Não significante	
Extensão da queimadura conforme tipo de reação (incluindo crianças)	U	U = 18,5 - U = 16,5	p = 0,469	Não significante	
Extensão da queimadura conforme tipo de reação (só adultos)	U	U = 8 - U = 4	p = 0,321	Não significante	
Extensão da queimadura conforme expectativa futura (incluindo crianças)	U	U = 12,5 - U = 17,5	p = 0,364	Não significante	

Tabela 3 - SIGNIFICÂNCIA ENTRE AS VARIÁVEIS IDADE, SEXO, TEMPO DE INTERNAÇÃO (cont.)

Variáveis estudadas	TESTE	Tipo de Teste	Resultado do Teste	Nível de Significância	Significado do Resultado
Extensão da queimadura conforme expectativa futura (só adultos)		U	U = 4 - U = 12	p = 0,171	Não significante
Causa da queimadura conforme o sexo		Prova de Fischer	-	p = 0,071	Não significante (não há diferença significativa entre os sexos conforme a causa da queimadura)
Causa da queimadura conforme a idade		U	U = 9 - U = 6	p = 0,206	Não significante
Causa da queimadura conforme o tempo de internação		U	U = 10 - U = 5	p = 0,286	Não significante
Causa da queimadura conforme extensão da queimadura (só adultos)		U	U = 11 - U = 4	p = 0,196	Não significante
Causa da queimadura conforme o tipo de reação (só adultos)		Prova de Fischer	-	p = 0,357	Não significante (não há diferença quanto ao tipo de reação se a queixa for por acidente ou suicídio)
Causa da queimadura conforme expectativa futura (só adultos)		Prova de Fischer	-	p = 0,429	Não significante (não há diferença quanto a expectativa futura quer a queimadura tenha sido por acidente ou suicídio)
Relação familiar: passado x atual (incluindo crianças)		Prova de Fischer	-	p = 0,339	Não significante (não houve mudança no relacionamento familiar)
Relação trabalho: passado x atual		Prova de Fischer	-	p = 0,714	Não significante
Relação de amizade		Prova de Fischer	-	p = 0,50	Não significante

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa indicou que sujeitos em fase aguda de tratamento passam por fases que podem ser identificadas, as quais estão relacionadas com melhora física do paciente.

Os resultados apontam que quanto mais negativa é a reação, maior é o tempo de internação indicando que os processos motivacionais são importantes fatores determinantes de recuperação.

A família também reage à queimadura e à recuperação do paciente em fases semelhantes às identificadas no sujeito queimado. As relações significantes entre as variáveis estudadas se referem à extensão da queimadura e tempo de internação, sendo este resultado o esperado. O tipo de reação e o tempo de internação se mostrou significativa tanto no caso dos grupos de adultos como no de crianças.

O grupo feminino da amostra teve um tempo de internação maior e uma reação negativa dado provavelmente às causas da queimadura, que envolveu para todo o grupo, tentativa de suicídio ou homicídio.

Estudos mais aprofundados sobre o tema, poderão trazer maior luz tanto à compreensão dos aspectos psicossociais das pessoas que sofrem grandes queimaduras, como aportará contribuições tanto às técnicas terapêuticas quanto aos esforços preventivos.

## SUMMARY

AMARAL, V.L.A.R.; ALVES, V.L.P. - *Psychosocial aspects of the burned persons and their families: the analysis of some variables. Estudos de Psicologia, 9 (3): 11 - 29, 1992.*

*The aim of this research was to analyse the behavior and the reports of the burned persons, during the acute fase of the hospitalization. It was subject twelve adults, four males, four females and four children. They was submitted to at least seven days of hospitalization. It was made behavioral observations and interviews with the subjects and his families. The observations was made daily, for five weeks, with 30 minutes each one. The interviews with the subject was made daily and once a weed with his families. The results pointed out that patients passed by different fases during the hospitalization time as theirs families. The positive or negative reaction during the hospitalization was the main factor determining the recovery*

**Key Words:** Burns, Psychosocial aspects of burns, recovery of burns injuries, burn family.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, V.L.A.R. (1986). **Vivendo com uma face atípica**: influência de deformidade facial no auto e hetero-conceitos e na realização acadêmica de crianças de 6 a 12 anos. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP)
- BERNSTEIN, N.R. (1982). Psychosocial results of burns - The demaged self-image. **Clinics in Plastic Surgery**, **9**:337-346, July.
- DION, K.K. & STEIN, S. (1978). Physical attractiveness and interpersonal influence. **Journal of Experimental Social Psychology**, **4** (1):97-108.
- GOODSTEIN, R. (1985). Burns: an overview of clinical consequences affecting patient, staff and family. **Comprehensive Psychiatry**, **26** (1):43-57, Jan/Fev.
- HEAD, H. (1926). **Aphasia and kindred disorders of speech**. Vol. 1, London, Cambridge, University Press.
- MENDELSON, I. (1983). Liaison psychiatry and the burn center. **Psychosomatics**, **24** (3):235-243, March.
- MUESER, K. et al. (1984). You're only as pretty as you fell: facial expression as a determinant of physical attractiveness. **Journal of Personality and Social Psychology**, **46** (2):469-478.
- OCHITILL, H. (1984). Psychiatric consultation to the burn unit. **The Psychiatrist's Perspective**, **25** (9):689-701, September.
- SCHONTZ, F.C. (1977). Body image and its disorder. In: LIPOWSKI, Z.J., LIPSITT, D.R. & WHYBROW, P.C. (Eds.), **Psychosomatic medicine. Current Trends and Clinical Application**, New York, Oxford University Press.
- SIMON, J.L. (1971). Emotional aspects of psysical desability. **American Journal of Occupational Therapy**, **25** (8):408-410.
- TUCKER, P. (1986). The burn victim - a review of psychosocial issues. **Australian and New Zeland Journal of Psychiatry**, **20**:413-420.