

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KAREN JEANNE CANTARELLI

VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Porto Alegre

2014

KAREN JEANNE CANTARELLI

VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Dr^a Eva Neri Rubim Pedro

Área de Concentração: Cuidado de Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Cantarelli, Karen Jeanne
Vivências de crianças e adolescentes vítimas de
queimaduras / Karen Jeanne Cantarelli. -- 2014.
61 f.

Orientadora: Eva Neri Rubim Pedro.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Enfermagem. 2. Queimaduras. 3. Crianças. 4.
Adolescentes. I. Pedro, Eva Neri Rubim, orient. II.
Titulo.

KARENJEANNECANTAREU

Vivências de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras

Dissertação — ao Curso de Mestrado em Educação Especial, oferecido pelo Instituto de Educação do Rio Grande do Sul, com o objetivo de contribuir para o conhecimento científico da área.

1*''''''''

Realizada em Porto Alegre em 17 de março de 2014

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Z. N. de Abreu

PPGENFIUFRGS

PPGENFIUFRGS

Prof. Dr. J. S. G. M. G. M.

Prof. Dr. J. S. G. M. G. M.

Prof. Dr. J. S. G. M. G. M.

FURG



Prof. Dr. Lúcia de Lourenzi Bonilha

Prof. Dr. Lúcia de Lourenzi Bonilha

IPA

Prof. Dr. Lúcia de Lourenzi Bonilha

Prof. Dr. Lúcia de Lourenzi Bonilha

PPGENFIUFRGS

Dedico esta dissertação ao meu amado pai, Rovani Cantarelli, por ser sempre tão perfeito e honesto em suas atribuições paternas! E, desta forma, possibilitar a realização de mais uma etapa de minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta dissertação, quero agradecer...

... ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela possibilidade de dar seguimento aos meus estudos e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES - pelo apoio financeiro à pesquisa.

... ao Hospital Cristo Redentor do Grupo Hospitalar Conceição, por conceder autorização a minha pesquisa.

... à minha orientadora de mestrado Prof. Dra. Eva Neri Rubim Pedro, por seu acolhimento, sua paciência e, principalmente, seus ensinamentos.

... ao meu querido noivo, Leonardo Kantorski, por todo companheirismo, entusiasmo e incentivo diário. Por ser tão especial e me fazer tão bem...

... à minha amada avó, Zilá Cristina, por ser meu grande exemplo de mulher, professora... de vida.

... à minha mãe, Jane Cantarelli, por saber ouvir meus anseios e escolher as palavras certas para amenizá-los.

... ao meu pai, meu irmão, meu avô e minha “boadrasta” que souberam compreender os períodos de estresse e ausência. Além disso, por todas as palavras de incentivo proferidas ao longo dos anos.

... à Luciane Kantorski, por me apoiar e incentivar cotidianamente, sendo uma importante referência a seguir.

... à Prof. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo, por apresentar-me à temática queimaduras e, desde então, contribuir para meu aperfeiçoamento.

... às bolsistas de iniciação científica, Bruna Gonzatto e Caroline Pedroso, pela disposição para transcrever as entrevistas. Especialmente à Bruna, devido à companhia e ao entusiasmo durante todas as idas e vindas em busca de participantes.

... à Banca de Qualificação e de Defesa pelas ricas contribuições ao desenvolvimento e finalização deste estudo.

... às crianças e adolescentes, assim como seus responsáveis, pelo consentimento e participação no estudo.

... aos amigos, colegas, alunos e professores com quem aprendi e compartilhei conhecimentos durante o mestrado.

RESUMO

CANTARELLI, K.J. **Vivências de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras**. Porto Alegre, 2014. 61 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

A ocorrência de uma queimadura em qualquer fase do ciclo vital pode provocar inúmeras mudanças comportamentais nos indivíduos, acarretando danos psicossociais que dificultam ainda mais o processo de reabilitação. Desta forma, considera-se imprescindível compreender o impacto da queimadura para uma criança ou adolescente, considerando os sistemas que circundam seu desenvolvimento. Diante disto, o estudo teve como objetivo conhecer as vivências de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras. Para isso, realizou-se um Estudo de Caso, de abordagem qualitativa e transversal, com crianças em idade escolar (seis a 12 anos) e adolescentes (12 a 18 anos) que receberam tratamento em regime de internação em um Centro de Queimados de um Hospital Público de Porto Alegre/RS. Foi realizado no período entre abril e dezembro de 2013. Participaram do estudo duas crianças (nove e dez anos), três adolescentes (13, 14 e 15 anos) e duas mães, apenas como colaboradoras. Utilizou-se para a coleta das informações a entrevista semiestruturada que foram submetidas a análise temática de conteúdo. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da referida instituição e foi aprovado sob número 226.678. Os resultados evidenciaram três categorias: *“Eu não gosto de como tô”*: mudanças decorrentes da queimadura, *“A minha família e meus amigos me ajudaram bastante para eu ficar bem”*: apoio social e *“Quero terminar o colégio e trabalhar”*: expectativas para o futuro. As considerações na finalização do estudo apontaram que: os participantes vivenciaram situações de constrangimento após a alta hospitalar em decorrência do trauma e suas implicações físicas; apresentaram mudanças na forma de vestir-se, no comportamento, na sociabilidade assim como ainda permanecem com dificuldades psicossociais. O apoio social oferecido pela família e amigos constituiu-se na principal condição identificada para a promoção do enfrentamento da queimadura. Quanto às expectativas para o futuro, as crianças e os adolescentes expõem desejo de concluir o ensino médio e trabalhar. Enfatiza-se que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, deve oferecer ao indivíduo e a sua família alternativas que contribuam para a promoção da autoconfiança além da importância de suporte interdisciplinar e interinstitucional para superação das dificuldades decorrentes das limitações físicas e psicológicas que podem surgir após a ocorrência de uma queimadura.

Palavras-chave: Enfermagem. Queimaduras. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT

CANTARELLI, K.J. **Experiences of children and adolescents victims of burns.** Porto Alegre, 2014. 61 f. Dissertation (MSc in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

The occurrence of a burn at any stage of the life cycle can cause numerous behavioral changes in individuals, causing damage that hinders further psychosocial rehabilitation process. In this way, it is essential to understand the impact of the burn for a child or adolescent, considering the systems that surround its development. Before this, the study aimed to understand the experiences of children and adolescents victims of burns. For this, a case study, qualitative and transversal approach was conducted with school-age children (6 to 12 years old) and adolescents (12 to 18 years old) who received treatment in internment regime in a burn center of a public hospital of Porto Alegre/Rio Grande do Sul. It was conducted in the period between April and December of 2013. Participated in this study two children (nine and ten years old), three teenagers (13, 14 and 15) and two mothers, just as collaborators. It was used for the collection of information the semi-structured interview that was subjected to thematic analysis of content. The study was submitted to the referred institution's Ethics Committee and has been approved under number 226.678. The results showed three categories: "I don't like how I am": changes arising from burning, "my family and my friends helped me a lot so I stay well": social support and "I want to finish school and work": expectations for the future. Considerations on the finalization of the study showed that: the participants have experienced situations of embarrassment after hospital discharge as a result of the trauma and its physical implications; showed changes in the shape of dress, behavior, in sociability as still remain with psychosocial difficulties. The social support offered by the family and friends was the main condition identified for promoting the fight against burn. Regarding the expectations for the future, the children and teens expose desire to finish high school and go working. It is emphasized that the health care professional, particularly the nurse, should offer to the individual and his family alternatives those contribute to the promotion of their self-confidence, as well as the importance of interdisciplinary and inter-institutional support to overcoming difficulties arising from physical and psychological limitations which may arise after a burn.

Keywords: Nursing. Burns. Children. Teenagers.

RESUMEN

CANTARELLI, K.J. **Las experiencias de los niños y adolescentes víctimas de quemaduras**. Porto Alegre, 2014. 61 f. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

La ocurrencia de una quemadura en cualquier etapa del ciclo de vida puede causar numerosos cambios comportamentales a las personas, causando daños psicosociales que dificultan, todavía más, el proceso de rehabilitación. De esta manera, es esencial comprender el impacto de la quemadura para un niño o adolescente, teniendo en cuenta los sistemas que rodean su desarrollo. Ante esto, el estudio pretende comprender las vivencias de los niños y adolescentes víctimas de quemaduras. Para esto, se realizó un estudio de caso, con enfoque cualitativo y transversal, con niños en edad escolar (6 a 12 años) y adolescentes (12 a 18 años) que recibieron tratamiento en régimen de internamiento en un centro de quemados de un Hospital público de Porto Alegre/Río Grande do Sul. Se realizó en el período comprendido entre abril y diciembre de 2013. Participaron en este estudio dos niños (nueve y diez años), tres adolescentes (13, 14 y 15 años) y dos madres, sólo como colaboradores. Fue utilizado para la recolección de informaciones, la entrevista semi-estructurada, que fueron objeto de análisis temático de contenido. El estudio fue presentado al Comité de ética de la institución y ha sido aprobado bajo el número 226.678. Los resultados mostraron tres categorías: "No me gusta cómo soy": cambios resultantes de la quemadura, "mi familia y mis amigos me ayudaron mucho y me quedo bien": apoyo social y "Quiero terminar la escuela y trabajar": las expectativas para el futuro. Consideraciones sobre la finalización del estudio mostraron que: los participantes han experimentado situaciones de vergüenza después del alta hospitalaria como resultado del trauma y sus implicaciones físicas; demostraron cambios en la forma de vestir, comportamiento, sociabilidad como siguen con dificultades psicosociales. El apoyo social ofrecido por familiares y amigos era la condición principal para promover la lucha contra las quemaduras. Cuanto a las expectativas para el futuro, los niños y los adolescentes exponen el deseo de terminar la escuela secundaria e ir a trabajar. Subraya que el profesional del cuidado médico, particularmente la enfermera, debe ofrecer al individuo y sus familias alternativas que contribuyan a la promoción de su autoconfianza, así como la importancia del apoyo interdisciplinario e interinstitucional para superar las dificultades derivadas de las limitaciones físicas y psicológicas que pueden surgir después de una quemadura.

Palabras clave: Enfermería. Quemaduras. Niños. Adolescentes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSCRG - Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CQ - Centro de Queimados

FEn – Faculdade de Enfermagem

GEPQ – Grupo de Ensino e Pesquisa em Queimaduras

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HCR – Hospital Cristo Redentor

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SBQ – Sociedade Brasileira de Queimaduras

TCLE - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPel – Universidade Federal de Pelotas

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO BASEADO NA TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	19
4	METODOLOGIA	23
4.1	TIPO DE ESTUDO	23
4.2	CONTEXTO DE ESTUDO	23
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	24
4.4	COLETA DE INFORMAÇÕES	24
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	26
4.6	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	27
4.7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	28
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
5.1	NÃO GOSTO DE COMO ESTOU: mudanças decorrentes da queimadura.....	30
5.2	MINHA FAMÍLIA E MEUS AMIGOS ME AJUDARAM BASTANTE PARA EU FICAR BEM: apoio social	35
5.3	QUERO TERMINAR O COLÉGIO E TRABALHAR: expectativas para o futuro	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE A - Roteiro de pesquisa para coleta de dados de banco de dados e prontuário do hospital	52
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
	APÊNDICE C - Termo de Assentimento	55
	APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para entrevista semi-estruturada...	57
	ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	58
	ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP GHC	59

1 INTRODUÇÃO

A partir de 2007, entre as diversas experiências vivenciadas durante a graduação realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (FEn/UFPel), destaco a participação no Grupo de Extensão e Pesquisa em Queimaduras (GEPQ) como uma das mais especiais.

Nas atividades de pesquisa e extensão, realizadas junto aos demais integrantes do GEPQ, desenvolvi um carinho e um interesse muito especial dentro da enfermagem pelo cuidado a crianças e adolescentes acometidos por queimaduras. Neste sentido, minha relação com a temática envolve admiração e respeito, imensuráveis, por aqueles que enfrentam em seu cotidiano as lembranças e as cicatrizes do trauma térmico.

Por meio do GEPQ, conheci o Centro de Queimados (CQ) da Associação de Caridade da Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), no interior do estado do Rio Grande do Sul, onde realizei meu estágio curricular final. Com esta experiência percebi que o cotidiano em um CQ pode ser considerado desgastante, principalmente quando exige o cuidado de indivíduos vulneráveis, como crianças e adolescentes.

Em seu dia a dia, os profissionais são constantemente intimidados pela dor expressada por esses pacientes. Afinal, durante a formação aprendemos apenas a tratar a dor dos outros e não a lidar intimamente com ela de forma que ela não se torne também a nossa.

A dor física do paciente pode ser diminuída com a dose certa da medicação, acalentando nossos corações. Mas, e a dor da perda da própria imagem? E a dor dos familiares? E a angústia diante às incertezas e dúvidas geradas pela nova situação? Estes são questionamentos que impulsionam o desejo de pesquisar sobre a temática queimadura, em especial, sobre os aspectos psicossociais que tangem a reabilitação de crianças e adolescentes.

Desta forma, no decorrer de meu estágio curricular final no CQ/ACSCRG, percebi que os indivíduos, principalmente crianças e adolescentes, ao se deparar com sua nova imagem corporal reagem com medo ou agressividade às mudanças. Considerando as novas reações, e sabendo que os danos psicossociais dificultam ainda mais o processo de reabilitação, passei a questionar-me sobre quais seriam os possíveis prejuízos ao relacionamento social destes jovens.

Quanto a isso, sabe-se que a saúde física e psicológica influencia potencialmente a qualidade de vida de um indivíduo, sendo as relações interpessoais estabelecidas fundamentais neste processo. Desta forma, considera-se imprescindível compreender o impacto da queimadura para uma criança ou adolescente, considerando os sistemas que circundam seu desenvolvimento. Assim, desenvolvi um estudo sobre as vivências de crianças e adolescentes vítimas de traumas térmicos.

A ocorrência da queimadura em qualquer fase do ciclo vital é capaz de provocar mudanças físicas, comportamentais e familiares, além de estresse, ansiedade e, no mínimo, dois traumas. O primeiro trauma corresponde à queimadura em si e o segundo relaciona-se ao processo de reabilitação, manifestando-se a partir das incertezas quanto ao futuro e das rotinas de procedimentos desagradáveis e necessários (desbridamentos, enxertias, troca de curativos, fisioterapia, entre outros), causadores de intensa dor e ansiedade (MCGARRY et al., 2013a).

Em grande parte dos casos, o trauma acompanha a criança ou o adolescente durante toda sua vida. As cicatrizes e/ou limitações funcionais marcam permanentemente os indivíduos e são fonte de grandes preocupações entre esses indivíduos que mesmo após anos de sua ocorrência continuam descontentes com sua imagem corporal (POPE et al., 2007).

A hospitalização torna-se parte do crescimento e desenvolvimento de uma criança, pois demanda longos períodos de internação. Crianças e adolescentes que sofreram queimaduras convivem com alterações emocionais e psicossociais intensas a partir do ocorrido (BAKKER et al., 2013).

No primeiro mês após a queimadura observaram-se nas crianças apego excessivo, pesadelos, dificuldade para dormir, irritabilidade, agressividade e muita resistência para falar sobre o trauma. Após esse período pelo menos um terço das crianças manifestou algum distúrbio emocional ou comportamental, como Transtornos de Ansiedade de Separação, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Déficit de atenção com Hiperatividade, Transtorno de estresse pós-traumático e Transtorno Depressivo Maior (YOUNG et al., 2012).

Neste sentido, a ocorrência da queimadura contribui para a regressão da capacidade de aprendizagem, de socialização e de execução de atividades complexas das crianças ou adolescentes (PEREIRA, 2008). Quanto às limitações, aponta-se que grande parte das crianças apresentam dificuldades em longo prazo relacionados com a aparência e problemas psicossociais (VAN BAAR et al., 2011; SVEEN; SJÖBERG; ÖSTER, 2013; STUBBS et al., 2011; DODD et al., 2010).

Quanto às estatísticas do trauma, no Brasil não há dados precisos sobre queimaduras, os registros são falhos e por isso não são suficientes para estimar corretamente sua ocorrência.

Em certa medida, esta escassez de informações representa uma forma de descaso com a saúde da população, visto que as queimaduras são um problema de saúde pública de nível mundial, causando cerca de 195 mil mortes por ano, e são uma das principais responsáveis por deficiência, especialmente em países de baixa e média renda (WHO, 2012).

As crianças e os adolescentes correspondem ao percentual de 30% a 60% da amostra total de estudos com queimaduras, sendo as crianças com idade entre um e quatro anos as mais atingidas (BARRETO et al., 2008; ARAGÃO et al., 2012; GAWRYSZEWSKI et al., 2012). Nas crianças o principal agente etiológico são os líquidos quentes (ARAGÃO et al., 2012) e entre adolescentes, observa-se a prevalência do álcool como agente causal (SERRA et al., 2012; ANDRETTA et al., 2013).

Durante a internação hospitalar, esses indivíduos são assistidos em tempo integral pela equipe de enfermagem. Entretanto, o cuidado nem sempre é integral. As rotinas intensas de banhos e curativos, os inúmeros registros e as diversas burocracias comprometem o cuidado psicossocial que também deveria ser dispensado pelo enfermeiro.

Além disso, o trabalho do enfermeiro junto ao paciente queimado, apesar de gratificante, é desgastante. Os profissionais relatam vulnerabilidade e despreparo, principalmente emocional, para cuidar de crianças e adolescentes neste tratamento contínuo (DUARTE et al., 2012; DIEL, 2013).

Enquanto isso, a alta hospitalar, momento mais esperado pelo paciente e seus familiares, é permeado por angústias e dúvidas que até então não foram discutidas ou não foram devidamente consideradas pelos profissionais de saúde. Ressalta-se que estas dúvidas também angustiam os profissionais, os quais frequentemente se questionam sobre as vivências de crianças e adolescentes junto à família, escola e comunidade após a alta hospitalar.

Neste sentido, sabe-se que o aumento da sobrevivência após a ocorrência de traumas térmicos levou pesquisadores a preocuparem-se mais com a morbidade psicológica dos indivíduos. Assim, o tratamento passou a objetivar além do reestabelecimento dos prejuízos físicos, também os psicológicos (BLAKENEY et al., 2008), sendo o acompanhamento multidisciplinar fundamental, mesmo anos após a alta hospitalar (NOVELLI et al., 2009).

Além disso, as mudanças no aspecto físico (cicatrizes e limitações motoras) ou na vida diária dos sobreviventes (separação da família, trabalho ou escola, perda de autonomia, entre outros) geradas por queimaduras contribuem para o surgimento de alterações na saúde mental e psicossocial do indivíduo (WALLIS et al., 2006; ROSSI; DALRI, 2008).

Em geral, as queimaduras provocam distorção da imagem, podendo, apesar da sobrevivência física, resultar em menor qualidade de vida (POPE et al., 2007) e "morte social"

(MACHADO et al., 2009). Ainda, a literatura apresenta índices altos de características antissociais em vítimas de queimaduras, representando cerca de 17% (THOMAS et al., 2012).

As queimaduras visíveis, como em face, resultam em maiores problemas de socialização do que em outras áreas, entretanto, pouco tem sido feito para avaliar ou tratar seu impacto nos resultados funcionais e psicossociais (STUBBS et al., 2011). A alteração na aparência da face, por transformar a imagem corporal como um todo, pode interferir na identidade do indivíduo, causando sentimentos negativos, os quais passam a fazer parte do seu dia a dia (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010).

Em geral, as vítimas de queimaduras além de proteger e esconder as cicatrizes para evitar exposições, tornaram-se menos comunicativas em seu grupo social ou, ainda, não apresentam convívio social fora do espaço doméstico. Ainda, o sofrimento psíquico e os danos causados a autoimagem e integração social dos indivíduos não podem ser subestimados perante desconfortos físicos e limitações funcionais decorrentes do trauma (COSTA et al., 2008).

Neste sentido, destaca-se que a imagem corporal, a autoimagem e a autoestima são autopercepções instáveis, as quais recebem forte influência de estados emocionais, conflitos psíquicos e mudanças físicas ou estéticas ocasionadas por acidentes ou doenças (KHOURY, 2003). A aparência física, portanto, é um forte fator de influência para a autoestima, sendo esta uma tendência estável para sentir-se bem ou mal em relação a si mesmo (indivíduos) (BANDEIRA et al., 2005) e aos outros, ou de se sentir parte de um grupo (sociedade) e dos padrões estabelecidos (beleza ou comportamentos).

Logo, pode-se considerar que as mudanças na estrutura ou funcionamento do corpo humano afetam a imagem corporal e a autoimagem do indivíduo, comprometendo também a qualidade de vida dos mesmos. Ainda, há a influência dos padrões estéticos pré-determinados pela sociedade atual, os quais supervalorizam padrões de beleza, contribuindo cada vez mais para o surgimento de sentimentos de desvalorização em pessoas que sofreram mudanças em sua imagem corporal.

Nestes casos, a enfermagem possui uma importante tarefa na reabilitação do indivíduo, por meio de intervenções de cuidado que estimulem a aceitação e a reflexão de como vivenciar a nova situação (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010). Ainda, a intervenção também pode facilitar o retorno ao processo de escolarização para os indivíduos e suas famílias não apenas em consequência do apoio para a recuperação da autoconfiança, mas também de forma que propicie o contato com as escolas e o estabelecimento de confiança dos pais na instituição educacional (HORRIDGE; COHEN; GASKELL, 2010).

Entre as decorrências das queimaduras, destaca-se que tempo para voltar à escola após a alta hospitalar foi de 10,5 dias (intervalo, 0-40 dias) para crianças e adolescentes, de seis a 18 anos nos Estados Unidos da América. Os fatores mais fortemente associados com o retorno tardio à escola foram o tempo de permanência hospitalar e idade do paciente (CHRISTIANSEN et al., 2007).

Em Bangladesh, a média de afastamento da escola foi de 48,3 dias, variando entre um e 90 dias (MASHREKY et al., 2008). A diferença de tempo para retorno às atividades entre os países pode ser explicada pela diferença econômica entre eles, assim como o investimento em programas de reabilitação.

Para os familiares de indivíduos queimados na infância e juventude, a ocorrência da queimadura foi marcada por desconforto em relação às cicatrizes, principalmente em relação aos olhares ou às provocações dispensados às vítimas do trauma em locais públicos (PHILLIPS; FUSSELL; RUMSEY, 2007). Na literatura sobre a temática, também é destacado como comum a indagação sobre as cicatrizes, o que gera constrangimento entre as vítimas de trauma térmico (DIAS et al., 2008).

Durante a adolescência, sabe-se que o impacto das mudanças físicas e a expansão das habilidades cognitivas desencadeiam alterações psicológicas e sociais, as quais são influenciadas pelo contexto social, histórico, cultural e familiar em que o adolescente está inserido (CEITLIN et al., 2001). Ainda, há o envolvimento de medos, riscos e instabilidade, também influenciados por esses fatores (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005).

As transformações físicas e psicológicas somam-se a profundas interações sociais e diversas crises, normais a faixa etária, sendo associadas ao contexto histórico e informações adquiridas nas interações diárias do adolescente com os outros (WHO, 2012; SENNA; DESSEN, 2012). Desta forma, salienta-se que as mudanças normais à adolescência ocorrem principalmente a partir das transformações histórico-culturais, sociais, políticas e econômicas, atribuídas à época e ao local em que se vive (BRONFENBRENNER, 1996).

Neste sentido, tantas mudanças, quando acompanhadas de acontecimentos traumáticos, como uma queimadura, podem levar o adolescente a buscar o isolamento, muitas vezes por temer um novo trauma térmico, ou pelas mudanças físicas, pois estas influenciam intensamente a autoimagem e autoestima do indivíduo. Ambas tem sua principal importância na busca pela boa aceitação na escola, trabalho e outros locais de convívio social, sendo que alterações na imagem corporal podem contribuir para a exclusão social, mesmo quando há assiduidade escolar ou laboral.

Além disso, independente da vivência de traumas, a instabilidade emocional normal à

adolescência, quando em níveis extremos, pode levar a problemas sociais, como estigmatização ou discriminação (WEINSHENKER, 2002). A ocorrência de um grave acidente por queimaduras, o qual leva a um período longo de hospitalização e interfere no processo de crescimento e desenvolvimento da criança ou do adolescente.

Essa interferência modifica, em maior ou menor grau, seu cotidiano, separando-o do convívio familiar e social. Desta forma, a queimadura pode alterar a vida dos indivíduos, acarretando diversas restrições no seu modo de viver. Antes do acidente, suas prioridades envolviam ir à escola, brincar, correr, trabalhar, praticar esportes, namorar, sair com os amigos e entre outras e, após surge a necessidade de adaptar-se às limitações relacionadas às condições físicas, psicológicas e de socialização.

Apesar de tantas repercussões negativas sobre a vida dos indivíduos que são acometidos por queimaduras, o estado não oferece recursos suficientes para o tratamento das sequelas físicas, psicológicas e sociais decorrentes do trauma térmico. Mesmo sendo este um direito garantido em lei, a qual se prevê o direito de crianças e adolescentes à *“integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”* (BRASIL, 1990).

No estado de Santa Catarina, em virtude de grande parte dos sobreviventes de queimaduras não encontrar nos serviços públicos tratamento para as sequelas, a Lei N° 16.285/2013 foi estabelecida. Nela são garantidos benefícios aos portadores de sequelas incapacitantes de queimaduras, as quais podem ser de origem física ou psicológica, de forma que os indivíduos recebam tratamento integral, conforme suas necessidades (SANTA CATARINA, 2013).

Para a enfermagem, destaca-se a relevância da realização de estudos sobre a vivência de crianças e adolescentes acometidos por queimaduras tendo em vista a necessidade de incluir cuidados que contribuam para que o indivíduo desenvolva condições para reformular sua nova imagem. Desta forma, acredita-se ser necessário planejar ações voltadas à aceitação da nova imagem e ao convívio social dessas vítimas. Ainda, estabelecer cuidados de enfermagem mais específicos e abrangentes, os quais precisam ser estudados e aprofundados.

Neste sentido, é possível ampliar a atuação do profissional enfermeiro nessa área, visto sua maior proximidade com os pacientes. E, por isto, representa o profissional mais habilitado a reconhecer necessidades e fragilidades das vítimas de queimaduras, assim como a contribuir nas intervenções que tangem as consequências psicossociais do trauma térmico.

Diante disto, evidencia-se a importância da realização de estudos com crianças e

adolescentes vítimas de queimaduras, abordando as mudanças decorrentes do trauma e suas consequências nos aspectos físicos, emocionais e sociais que influenciam seu modo de vida após a queimadura. Portanto, a questão norteadora para este estudo foi: **Como as crianças e adolescentes vítimas de queimaduras referem suas vivências?**

2 OBJETIVOS

Nesta seção, serão expostos os objetivos que nortearam a construção do presente estudo. Para sua execução adotou-se um objetivo geral e três objetivos específicos.

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer as vivências de crianças e adolescentes vítimas de queimadura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as mudanças, decorrentes do acidente, percebidas pelas crianças e adolescentes vítimas de queimaduras;
- Identificar as condições que possibilitaram um melhor enfrentamento das queimaduras pelas crianças e adolescentes;
- Identificar as expectativas das crianças e adolescentes vítimas de queimaduras quanto ao seu futuro.

3 REFERENCIAL TEÓRICO BASEADO NA TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Para conhecer as vivências das crianças e adolescente que sofreram queimaduras se faz necessário ter uma percepção ampliada sobre o contexto no qual os sujeitos estão inseridos. Desta forma, considera-se a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner¹ necessária para a presente pesquisa.

A teoria originou-se a partir de críticas de Bronfenbrenner ao modelo tradicional de desenvolvimento humano, o qual estudava o homem em um ambiente restrito, sem valorizar as influências do contexto em que vive (BRONFENBRENNER, 1996). Ao longo dos anos, o autor a reformulou algumas vezes, modificando conceitos e ampliando A concepção ecológica do desenvolvimento humano.

Em sua primeira análise sobre o desenvolvimento humano, Bronfenbrenner dava ao ambiente o foco principal de seu modelo teórico. Com a reformulação, detalhou os aspectos do desenvolvimento vinculados ao indivíduo e suas características biopsicológicas (PRATI et al., 2008; BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Para o modelo bioecológico, o desenvolvimento define-se como um “conjunto de processos pelos quais as propriedades da pessoa e do ambiente interagem para produzir a constância e a mudança das características biopsicológicas das pessoas ao longo do seu ciclo vital” (BRONFENBRENNER, 2011. p.139). A teoria estuda o desenvolvimento do indivíduo em seu contexto ecológico, através de interações com os ambientes nos quais suas relações se estabelecem, ou seja, onde vive.

Para o referido autor, as interações correspondem às relações estabelecidas entre pessoas, objetos e símbolos, inclusos em processos proximais, sendo sua ocorrência contínua, de forma que cada vez mais, tornem-se mais complexas. Quando uma criança ou um adolescente sofre uma queimadura, novos indivíduos e ambientes inserem-se no seu cotidiano, ou seja, seu cotidiano insere-se em uma diferente perspectiva. Assim, altera-se o ciclo de seu desenvolvimento, o indivíduo deve aprimorar suas habilidades e criar

¹ Bronfenbrenner nasceu em 1917 na Rússia e mudou-se para os Estados Unidos com sua família durante a Revolução Russa. Cresceu acompanhando o trabalho do pai uma instituição para pessoas em sofrimento psíquico. Os conhecimentos passados pelo pai e o rico terreno biológico e social influenciaram muito seus pensamentos. Além disso, recebeu influência de autores como: Kurt Lewin, Dilthey e George Mead. (BRONFENBRENNER, 1996).

oportunidades para novas interações com o contexto, favorecendo, desta forma, sua reabilitação.

De acordo com esta percepção teórica, existe uma reciprocidade entre indivíduo e diversos ambientes de inserção. Estes se organizam a partir de um processo de mútua interação, pela relação entre estruturas concêntricas: micro-, meso-, exo-, macro e cronossistema (YUNES; JULIANO, 2010).

O microsistema constitui-se através de padrões de atividades, papéis e relacionamentos vivenciados em um determinado ambiente com características físicas, sociais e simbólicas. São exemplos: família, escola, clube e entre outros. Neste contexto, há contato direto entre indivíduos e influências bidirecionais (BRONFENBRENNER, 2011). A forma como o indivíduo percebe suas vivências no ambiente extrapola apenas as características objetivas desse meio. As interações no microsistema são permeadas pelas características de força, de recurso e de demandas das pessoas envolvidas (BRONFENBRENNER, 1996; NARVAZ; KOLLER, 2004).

Enquanto isso, o mesossistema constitui-se de inter-relações entre os ambientes em que os indivíduos fazem parte, sendo um sistema de microsistemas. Há influências mútuas entre os papéis e as atividades diárias da pessoa nos diferentes ambientes frequentados por ela. São exemplos: as relações entre a família e a escola, a escola e a vizinhança, a família e o trabalho, entre outros (BRONFENBRENNER, 2011).

Já no exossistema, a pessoa em desenvolvimento não é ativa, entretanto, recebe influência em decorrência de eventos que nele ocorrem e afetam os ambientes em que vivem. Sua influência sobre o desenvolvimento de indivíduos ocorre de forma indireta, por exemplo, um marido descontente no trabalho, pode tratar mal a esposa em casa (BRONFENBRENNER, 2011).

O macrossistema faz referência a determinada cultura ou subcultura na forma e conteúdo de seus micro-, meso- e exossistemas representados por qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente (BRONFENBRENNER, 1996). Enquanto o exossistema refere-se a contextos específicos, o macrossistema inclui protótipos gerais existentes em diferentes culturas, as quais influenciam o complexo de estruturas e atividades ocorrentes nos níveis mais concretos. Neste sentido, relaciona-se com características de determinadas sociedades ou culturas: valores, crenças, maneiras de ser ou fazer, hábitos, estilos e formas de viver.

E, por fim, o cronossistema é responsável por mostrar os efeitos do tempo nos demais sistemas, considerando as influências das mudanças familiares, socioeconômicas, entre outras no desenvolvimento do micro, meso, exo e macrossistemas (BRONFENBRENNER, 2011).

De acordo com Bronfenbrenner (2011), a relevância desta conceituação específica de ambientes relaciona-se a possibilidade de análise da mediação e moderação dos processos que constituem as ligações entre e dentro destes sistemas que desenvolvem o fluxo do ambiente humano.

Para pesquisas da enfermagem, cujo objeto compreende elementos relacionados à família considera-se de extrema relevância a aplicação de teorias sistêmicas, pois entende-se os grupos particulares em diferentes contextos culturais, sociais e econômicos (ZILMER, et al.; 2011). Neste sentido, reforça-se a ideia da existência de influência recíproca entre diferentes contextos (BRONFENBRENNER, 2011).

Desta forma, a família encaixa-se no bairro; este na cidade, no trabalho e no governo; e, todos estes contextos fazem parte de um sistema ainda maior: a cultura. Neste sentido, é imprescindível afirmar que “qualquer fator que influenciar algum contexto maior influenciará, também a unidade mais íntima, a família” (BRONFENBRENNER, 2011; p. 278). Assim, diante do objeto de pesquisa, ressalta-se que eventos não normativos, como a ocorrência de uma queimadura em uma criança ou adolescente, podem interferir tanto no desenvolvimento do indivíduo quanto na estrutura familiar como um todo, pois tem um impacto significativo sobre sua dinâmica social.

A teoria bioecológica defende que para serem efetivas as interações, alterações e mudanças em um contexto, essas devem ser balizadas por processos proximais. Estes dizem respeito aos padrões duradouros de interação e correspondem a força motriz primária do desenvolvimento humano. Segundo esta perspectiva teórica, o desenvolvimento deve ser observado a partir da interação de núcleos inter-relacionados: processo, pessoa, contexto e tempo, sendo necessário investigar o papel dos quatro componentes para alcançar informações adequadas a sua compreensão (BRONFENBRENNER, 2011).

O processo corresponde a formas particulares de interação com o ambiente e envolvem os processos proximais, os quais são influenciados pelo tempo, características pessoais e contextos imediatos e remotos. A pessoa considera três grupos de características: a força, recursos bioecológicos e características de demanda, sendo que sua diferenciação é capaz de explicar as diferenças de curso e força dos processos proximais. O contexto compõe-se a partir da compreensão do micro, meso, exo e macrosistemas. E, o tempo corresponde à: continuidade e descontinuidade dos processos proximais, microtempo; periodicidade dos intervalos entre os processos proximais, mesotempo; e macrotempo, expectativas e eventos em mudanças no âmbito da ampla sociedade, através de gerações e ao longo do ciclo de vida (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Para Bronfenbrenner (2011), o tempo também pode alterar o curso do desenvolvimento tanto para indivíduos quanto para populações. Por exemplo, de acordo com o período temporal entre o fato acontecido, ou seja, a queimadura e a data da entrevista, diversos fatores podem ter influenciado as mudanças nos hábitos e comportamentos dos indivíduos, famílias ou comunidade.

Desta forma, ao utilizar esta teoria, tornou-se possível, por meio do reconhecimento do indivíduo em seu contexto familiar e social, compreender as vivências das crianças e adolescentes acometidos por queimaduras.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se uma pesquisa do tipo Estudo de Caso, caracterizada por uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo subjetivo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que não se resumem a dados estatísticos. Esta metodologia proporciona o surgimento de aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea (MINAYO, 2010).

A utilização desta metodologia possibilita a compreensão sobre as mudanças decorrentes das queimaduras em crianças e adolescentes, assim como suas vivências. Neste sentido, atribui-se a realização de um Estudo de Caso, pois esse considera particularidades e complexidades de um caso, com o intuito de compreender as circunstâncias determinantes para sua ocorrência (STAKE, 1998).

Destaca-se, ainda, que Simons et al.(2004) incentivam o uso da abordagem de estudo de caso como uma boa opção para estudos sobre as consequências de queimaduras em crianças e adolescentes. Neste estudo a abordagem oportunizou melhor compreender de que forma a ocorrência da queimadura influenciou a vida de crianças e adolescentes.

4.2 CONTEXTO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no CQ do Hospital Cristo Redentor (HCR), localizada em Porto Alegre – RS. O referido CQ possui 12 leitos, nos quais internam pacientes adultos e pediátricos, sendo apenas dois exclusivos pediátricos. A unidade não possui espaço reservado para fisioterapia ou recreação, sendo esta realizada nos leitos. Possui também uma sala de hidroterapia, uma sala cirúrgica e uma sala de recuperação.

O CQ oferece acompanhamento de equipe de enfermagem, médica geral, cirurgia plástica, psicologia, fisioterapia, assistência social, nutrição e terapia ocupacional. O ambulatório da unidade realiza acompanhamento após alta hospitalar e, enquanto houver

necessidade, oferece atendimento multidisciplinar de psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

No período entre janeiro de 2012 e março de 2013 houve em torno de 32 internações de crianças em idade escolar e adolescentes. As causas mais frequentes foram a escaldadura em crianças e a combustão de álcool ou outros líquidos inflamáveis em a adolescentes.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Elegeram-se como possíveis participantes do estudo crianças em idade escolar (seis a 12 anos) e adolescentes (12 a 18 anos) que receberam tratamento em regime de internação no CQ/HCR. Os critérios de inclusão foram: crianças e adolescentes que apresentassem sequelas físicas aparentes decorrentes do trauma térmico, ter tido alta hospitalar entre três e 18 meses e apresentar condições de responder a entrevista. O critério de exclusão foi a não autorização dos pais, apesar de terem as condições necessárias para participar.

A partir da consulta aos prontuários, foram selecionados 22 crianças e adolescentes. Entretanto, participaram sete informantes, cinco com idade entre nove e 15 anos e duas mães. Os municípios de residência são Porto Alegre, Viamão, Gravataí, Osório e Capão da Canoa.

Cabe ressaltar que não era intenção de analisar ou mesmo incluir os pais. No entanto a presença dos mesmos ficou a critério dos participantes e seus responsáveis. Apenas duas mães permaneceram no local e auxiliaram nas informações por solicitação dos participantes. Decidiu-se então utilizar seus depoimentos como complementares na análise.

4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações ocorreu no período entre abril e dezembro de 2013, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Realizou-se preliminarmente uma visita ao serviço para os primeiros contatos com a chefia do setor para esclarecimento do projeto e autorização para a consulta ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), aos prontuários dos prováveis participantes do estudo que

atendiam os critérios de inclusão. O instrumento de coleta dos prontuários (Apêndice A) contemplava informações como: data da queimadura e da alta hospitalar, agente causal, circunstâncias do acidente, superfície corporal queimada, profundidade e localização da queimadura, ocupação do paciente e contato dos responsáveis.

Selecionou-se a entrevista como técnica de coleta tendo em vista que essa, corresponde a uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes à objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2010).

Após a seleção dos participantes, realizou-se primeiramente, por telefone, o contato com as famílias. Esse foi um período que exigiu um tempo prolongado com muitos telefonemas sem êxito. Quando possível o contato com algum familiar, se informava os objetivos e a justificativa da pesquisa e, caso aceitassem participar, eram agendados encontros no local, horário e datas de preferência dos participantes.

No momento agendado, a pesquisadora conversava com os participantes e seus familiares sobre os detalhes da pesquisa. Nestas ocasiões apresentava-se o roteiro da entrevista e os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice B) para o familiar ou adulto responsável legal do participante e do termo de assentimento pela criança ou adolescente (Apêndice C) para assinatura.

Neste estudo, com o objetivo de utilizar uma linguagem interessante à criança e ao adolescente, as entrevistas foram chamadas de bate-papo. Esse era conduzido baseando-se em um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice D), o qual é composto por questões aparentemente básicas, mas que, proporcionam amplo campo interrogativo, decorrente de novas hipóteses surgidas à partir das respostas do informante (TRIVIÑOS, 2006).

As questões de pesquisa foram adaptadas e realizadas de acordo com a possibilidade de questionamento do bate-papo, sendo que os tópicos foram organizados de maneira simples, com linguagem adequada para cada faixa etária. As entrevistas duraram entre 20 e 40 minutos e foram gravadas em áudio digital. Os bate papos foram gravados utilizando-se gravadores de áudio e desprovidos de formalidade, iniciando após um período de ambientação e reconhecimento entre pesquisador e pesquisados.

Para a manutenção do anonimato dos participantes, os adolescentes foram identificados pela letra A seguida de números (A1, A2 e A3), as crianças pela letra C seguida de números (C1 e C2) e as mães participantes pela letra M seguida da identificação de seu filho (MC1 e MC3).

Quando necessário e permitido pelo participante e sua família realizou-se mais de um encontro. Assim, foi realizado um encontro com A2 e A3, visto que residiam fora da região metropolitana de Porto Alegre, já com os demais participantes realizou-se mais de um encontro, sendo dois com A1 e três com C1 e C2, totalizando dez visitas domiciliares para realização das entrevistas. Entre idas e vindas, algumas com sucesso e outras não, percorreu-se cerca de 850 quilômetros entre Porto Alegre, Viamão, Gravataí, Osório e Capão da Canoa.

A transcrição das gravações foi realizada na íntegra, respeitando fielmente a fala dos sujeitos conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998). As informações coletadas corresponderam à 146 minutos e 88 páginas transcritas em papel A4, letra Times New Roman fonte 12, espaçamento 1,5. Os arquivos foram codificados e gravados em dispositivos virtuais.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O material resultante das informações fornecidas pelos participantes foi analisado com base no método de análise temática. Esta consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2010). A análise temática subdivide-se em três etapas principais:

A pré-análise consiste na seleção inicial do material a ser analisado conforme os objetivos do estudo e compilação de dados que convergem à interpretação final. Pode ser decomposta em subfases: leitura flutuante, ler e reler o material até a imersão total do pesquisador no conteúdo dos discursos; constituição do corpus, organização do material de acordo com critérios que validem os temas emergentes: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e, formulação de hipóteses e objetivos, formação dos núcleos de sentido iniciais e categorização que permita compreender estas unidades.

A exploração do material é a operacionalização do processo de codificação. Para a organização do material foi utilizado o *software* QRS Nvivo 9, como ferramenta facilitadora no agrupamento das informações. Este pode ser empregado na análise de dados qualitativos de diversas áreas. O programa procura captar os dados que apresentam semelhança entre si, agrupando-os desta forma, assim o *software* compila e sintetiza as ideias do pesquisador,

podendo-se alterar os materiais que estão sendo analisados, ou seja, pode-se acrescentar, ligar, modificar, reescrever e cruzar as informações (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Nesta fase, os dados puros necessitam alcançar núcleos de sentido que permitam a compreensão do texto. Primeiramente exploram-se os recortes do texto que após sucessivas leituras permitem a formação de índices passíveis de quantificação em relação ao número de ocorrências de determinado assunto. Finalizando esta fase, faz-se a construção de categorias teóricas que reflitam o sentido do tema aprofundado.

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação consiste em retomar os dados gerados nas fases anteriores e submetê-los à análise para aprofundamento das categorias. A partir disto, o pesquisador faz inferências e interpretações orientadas conforme o referencial teórico utilizado e evidências emergentes no processo investigativo.

4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

As questões bioéticas foram respeitadas e empregadas conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e após, encaminhado à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo CEP do GHC, sob número 226.678.

O TCLE para os pais ou responsáveis e termo de assentimento para as crianças e adolescentes, foram elaborados assegurando o direito às informações sobre a pesquisa, à participação voluntária e à autorização para publicação dos dados. Os termos foram assinados em duas vias, ficando uma cópia com o adolescente e seu responsável e outra com a pesquisadora.

As entrevistas com os participantes não previam nenhum tipo de risco, no entanto em algumas situações perceberam-se sentimentos de intimidação, vergonha, medo, sendo necessário interromper as entrevistas em duas situações devido à emoção dos mesmos. No entanto, tanto os participantes quanto seus familiares fizeram questão de continuar a entrevista.

Após essas situações, conversou-se com os familiares sobre a possibilidade de retorno ao HCR para acompanhamento com a psicóloga responsável. Entretanto, familiares e

participantes julgaram não ser necessário, elencando diversos agravantes que impossibilitam a ida ao serviço, como distância e falta de recursos financeiros para deslocamento.

Acredita-se que os benefícios com esse estudo poderão ser avaliados em médio e longo prazo, por meio de outras investigações, pois ao se compreender as vivências das crianças e dos adolescentes, assim como as mudanças e os fatores que dificultam a vida destes indivíduos, possibilita-se o planejamento de ações, desde o período de hospitalização, para a promoção de um retorno às suas atividades diárias com a possibilidade de um menor grau de sofrimento e uma readequação mais imediata.

4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresentou diversas limitações para a sua exequibilidade. Dos 22 prontuários que atendiam os critérios de inclusão seis não possuíam telefone para contato ou o mesmo era inválido. Outros cinco possíveis participantes selecionados não foram localizados, pois ao ligar para os telefones fornecidos, as pessoas que atendiam referiam não conhecer a família, criança ou adolescente procurado.

Quanto aos demais, três não aceitaram participar do estudo, justificando que não queriam falar sobre o assunto; um participante/familiar não estava em casa no encontro marcado e posteriormente não atendeu mais as ligações da pesquisadora; e, um não apresentava qualquer cicatriz aparente.

Além destas, outra limitação importante, refere-se ao fato dos participantes não conseguirem ou não demonstrarem querer dar detalhes sobre como foi o retorno à sua vida e à residência. Portanto, focou-se nos demais objetivos, coletando-se informações referentes às mudanças ocorridas e alguns fatos que marcaram a vida dos participantes após a ocorrência da queimadura e ao seu momento atual de vida.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta sessão apresentam-se as características dos participantes e categorias temáticas surgidas a partir do processo de análise das informações obtidas por meio das entrevistas, assim como a interpretação e a discussão desses achados.

Os participantes do estudo apresentavam idade entre nove e 15 anos, eram estudantes, conviviam em espaço domiciliar há no mínimo oito e no máximo dezessete meses após a queimadura, possuíam cicatrizes em membros superiores e inferiores, face e tórax, e o principal agente causal foi combustão de álcool. As informações obtidas permitiram identificar principalmente relações estabelecidas nos micro e mesossistemas, representadas pelo envolvimento com/entre família, escola e vizinhos. Além disso, verificou-se influência do macrosistema sobre os hábitos e comportamentos dos participantes de ambas as faixas etárias. Na figura a seguir expõem-se as categorias observadas:

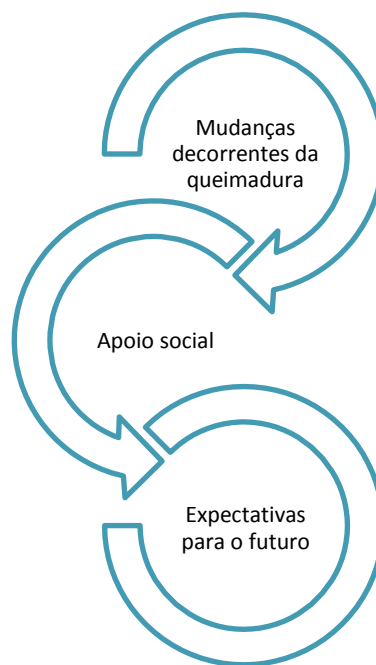


Figura 1 – Categorias temáticas emergentes do processo de análise das informações

Fonte: Autor.

5.1 NÃO GOSTO DE COMO ESTOU: mudanças decorrentes da queimadura

Nessa categoria ficou evidente que a mudança mais perceptível para as crianças e adolescentes está relacionada às alterações na imagem corporal. Pode-se considerar que as modificações na estrutura ou funcionamento do corpo humano afetam a imagem corporal e a autoimagem do indivíduo, comprometendo também a qualidade de vida dos mesmos. Entre os participantes apenas um referiu não ter qualquer problema com a aparência das cicatrizes.

A presença de cicatrizes e/ou limitações funcionais conduziu as crianças e os adolescentes a sentimentos negativos em relação à própria imagem, evidenciando manifestação de baixa autoestima e dificuldades de socialização em consequência do trauma. Os participantes relataram descontentamento com as cicatrizes, ansiedade e medo perante a possibilidade de serem rejeitados ou ridicularizados, diante de suas sequelas.

Não estou 100% por causa da cicatriz.. Também não é 100% né? Eu não gosto de como estou. Daí não dá para ficar (C2).

Cem por cento eu não sei. Fiquei com essa marca né?! Dai cem por cento não estou. Mas só isso (A3).

Ele não dizia pra mim, mas eu sabia que era vergonha né (MC1).

Fiquei bem ansioso, não saiba como é que os colegas iam reagir por causa da cicatriz da mão, essas coisas (A2).

Um estudo apontou que os problemas com a aparência foram relatados em todas as faixas etárias de indivíduos acometidos por queimaduras, com frequência de até 43% (VAN BAAR et al., 2006). Quanto às limitações, outra pesquisa demonstrou que grande parte das crianças e adolescentes apresentaram limitações em longo prazo, após o acidente com queimaduras, principalmente relacionados com a aparência e a problemas psicossociais (VAN BAAR, 2011).

Neste contexto, destaca-se que os adolescentes com cicatrizes em face sofreram maiores dificuldades psicossociais do que os demais (STUBBS, 2011) e os com queimaduras nas mãos apresentavam menor melhora em relação à aparência e aspectos psicossociais, do que indivíduos sem queimaduras de mão (DODD, 2010). Corroborando, tem-se o relato de pais de crianças com idades entre 5-18 anos sobre problemas com a aparência e saúde emocional (SVEEN; SJÖBERG; ÖSTER, 2013).

Nas falas dos participantes evidenciaram-se sentimentos de baixa autoestima, expressos por meio de relatos de medo de serem rejeitados pelos amigos devido à presença de

cicatriz. Neste sentido, o estudo realizado por Pope et al. (2007) mostrou que enquanto os adolescentes em geral preocupam-se com o peso e altura, as vítimas de queimaduras tem sua maior preocupação concentrada nas cicatrizes.

Portanto, pode-se destacar que houve uma influência negativa do macrosistema sobre crianças e adolescentes que sofreram queimaduras. Esta influência se expressa por meio dos padrões estéticos pré-determinados pela sociedade atual os quais supervalorizam a beleza física e contribuem para a manifestação de sentimentos de desvalorização, ou seja, baixa autoestima nos indivíduos que apresentaram mudanças em sua imagem corporal. Assim, percebe-se nitidamente a imposição de obstáculos à recuperação psicológica destes indivíduos.

A avaliação da autoestima em sujeitos acometidos por queimaduras foi realizada em alguns estudos quantitativos, utilizando-se diferentes escalas. Silva e Silva (2002; 2004) avaliaram-na durante o acompanhamento ambulatorial, mostrando que entre os 80 entrevistados, 15 (18,75%) apresentavam baixa autoestima, 26 (32,05%) apresentavam valores de média autoestima e 39 (48,75%) de alta autoestima. Os resultados destes estudos mostraram que os pacientes com menor autoestima apresentavam maior superfície corporal queimada.

Lawrence et al. (2004) evidenciaram que a autoestima atribuída à autoavaliação da aparência em geral e avaliação dos outros relaciona-se com superfície corporal queimada, número de cirurgias realizadas e número de áreas corporais atingidas pela queimadura. Outro estudo demonstrou que sofrimento psicológico maior não está correlacionado com a gravidade da desfiguração causada pela queimadura, mas sim quando o autor da agressão é familiar da vítima (MANNAN et al., 2006).

Orr, Reznikoff e Smith (1989), os primeiros a investigar autoestima em sobreviventes de queimaduras, referem que ao longo do processo de reabilitação, a diminuição da visibilidade das cicatrizes e das sequelas motoras, levam as vítimas de queimaduras a níveis de autoestima semelhantes ou superiores aos da população não queimada. O que de certa forma baliza a percepção deste trabalho no que tange a importância do apoio do profissional de enfermagem durante o tratamento e do apoio familiar.

Outro fato deste importante indicador de saúde mental é que as redes de apoio social determinam melhor autoestima e autoconfiança. Desta forma, os indivíduos que dispõem de maior suporte apresentam, em situações adversas, estratégias mais adaptativas para um enfrentamento positivo do trauma (LEVER; MARTÍNEZ, 2007).

A partir da análise das falas dos participantes, percebeu-se também que os olhares

estranhos geraram desconforto para os participantes. Os descontentamentos com a nova imagem contribuíram para que os adolescentes e as crianças mudassem seu hábito de vestir, escondendo a região queimada. Essas mudanças foram decorrentes do sentimento de medo quanto a piadas e “olhares estranhos”:

Eu tinha medo deles começarem a rir de mim, daí eu comecei a usar calça. (C1).

Eu uso manga comprida, daí as pessoas não veem e daí não incomoda. (C2).

A literatura demonstra mudanças no hábito de vestir-se de indivíduos vítimas de queimaduras, sendo que Echevarría-Guanilo (2012) considera esta uma adaptação natural de defesa na tentativa de melhorar a aparência física e reduzir sentimentos depreciativos.

Como alternativa para a redução da visibilidade das cicatrizes, a utilização de uma máscara que simula a pele normal sobre cicatrizes proporcionou melhora significativa dos sintomas psicossociais. Em geral, aqueles que a utilizaram se sentiam mais confiantes, mais felizes, e gostavam mais de passeios sociais quando usavam a máscara (MARTIN, 2008). As medidas para camuflar as cicatrizes foram consideradas uma ferramenta válida para ajudar as crianças com cicatrizes a participarem ativamente da vida social dentro de suas comunidades (MASKELL et al., 2014.)

Percebe-se quanto ao medo de exclusão, que a família do indivíduo que sofreu queimaduras deverá criar meios para adaptar-se às transformações para dissipar o isolamento e preconceitos por meio da elaboração de uma nova visão da vida, ou seja, ter um papel ativo na readaptação e reinserção do indivíduo (FERREIRA, 2006). Ainda, mesmo escondendo as cicatrizes, alguns dos participantes confidenciaram ter sofrido constrangimento devido às sequelas das queimaduras:

Por que como me olham, falam baixinho. As pessoas não riem, mas tem pena de mim... Até já me disseram que se não fosse as cicatriz eu ia se bonita. (C2).

Riam, brincavam, mas não dava muita importância.. (A3)

Carvalho, Rossi e Ciofi-Silva (2008) ressaltam que a piedade consiste em uma reação emocional comum dos familiares frente à aparência física atual do paciente, evidenciado principalmente pelo choque diante às marcas da queimadura. Enquanto isso, Ferreira (2006) enfatiza o enfrentamento social como uma situação traumática, visto que o indivíduo torna-se diferente, fisicamente e emocionalmente, gerando desconforto, medo, insegurança e receio de enfrentar o mundo da forma como ficou após a queimadura.

Outro aspecto relevante evidenciado nas falas trata-se da amizade. Um dos participantes refere que com a vivência da queimadura, foi possível identificar os amigos verdadeiros:

Eu não gostava do jeito de algumas pessoas, daí esses eu me afastei. Vi quem é amigo também. A gente sabe que a pessoa é amigo só quando isso acontece.. Esses não são amigos de verdade. (A3).

Neste contexto, sabe-se que a amizade corresponde a uma necessidade essencial de encontro com o outro. Na criança, nasce como contraponto ao amor não correspondido, paralelamente à ambivalência dos sentimentos. A amizade proporciona a possibilidade de autonomia do pensamento, da fala e de uma construção interior complexa que não se realiza no contexto da família. Sua busca não se desprovê de sentido. Na infância, relaciona-se à procura de alguém para compartilhar solidão ou decepções, inventar um novo estilo ou novo mundo, confrontar pais e mestres (BRUN, 2007).

O principal elo com os amigos corresponde à possibilidade de conversar, de forma que seja possível estabelecer uma relação de confiança e expor sentimentos pessoais (PEREIRA, 2003). Os amigos desempenham um importante papel ao longo de todo o ciclo vital dos indivíduos, sendo que influencia melhorias na qualidade de vida. A literatura aponta que relações de amizade mais fortes e confiáveis proporcionam benefícios relacionados às habilidades sociais, saúde e mesmo longevidade (SOUSA; CERQUEIRA-SANTOS, 2011).

Da infância para a adolescência, a função do grupo de amigos modifica-se gradativamente, assim como a percepção da própria amizade. Na adolescência, a transição da vida familiar protegida para a vida independente como adulto confere aos amigos a função de veículo para essa transição (BEE, 1997).

Para Bronfenbrenner (1996), o monitoramento do próprio comportamento frente ao juízo moral do “melhor amigo” ou do grupo está relacionado ao conceito da díade primária (mutualidade de sentimentos positivos, sendo que os valores morais do amigo e da díade continuam a valer nos momentos de afastamento, influenciando os comportamentos). O teórico pondera que as relações afetivas criadas nas díades de atividade conjunta tendem a se manifestar por meio de sentimentos.

A capacidade de formar e manter as amizades, ainda segundo Bronfenbrenner (1996), constitui-se como base fundamental para a socialização, de forma que um indivíduo com dificuldades para seu estabelecimento pode sofrer isolamento por não responder em mesma

proporção ao parceiro-amigo, não conseguindo o equilíbrio necessário para que a díade se desenvolva. Ao mesmo tempo, as díades favorecem o surgimento de estruturas relacionais maiores como as tríades, tétrades e etc. Ainda, identificaram-se mudanças referentes ao tempo destinado a brincadeiras e convivência com amigos fora de casa, como pode ser evidenciado nas falas:

Eu acho que mudou um pouco porque antes ele brincava mais ele era mais... agora ele é pouco preso ficou um pouco preso, antes brincava mais saía mais, agora não. Mas que saía pouquinho né.. (MA2).

Eu vivia na rua e agora não tenho vontade de sair que não gosto de que olhem e daí tenho que ficar escondendo. Daí eu era mais legal e agora to mais fechada, sei lá. (C2).

Neste sentido, estudos apontam que sobreviventes de acidentes por queimaduras podem tornar-se menos comunicativos em seu grupo social ou, ainda, não apresentam convívio social fora do espaço doméstico. Desta forma, considera-se o retorno às atividades escolares como indispensável para um bem-sucedido processo de reabilitação social (STALEY et al., 1998). Justifica-se isto, principalmente devido à importância das relações de amizade durante a infância e adolescência no espaço escolar.

De maneira a propiciar ambientes em que a criança e o adolescente sintam-se seguros para viver suas relações de amizade e, no futuro, de amor, torna-se necessário oferecer novas formas de convívio. Estas devem dispor de atividades e pessoas com as quais a criança e o adolescente estabeleçam relações de reciprocidade e, conseqüentemente, de mútua aceitação e amizade.

Bronfenbrenner (1996) expõe que a casa de familiares e amigos próximos constitui-se em ambientes mais acolhedores. Desta forma, a primeira transição ecológica após a ocorrência da queimadura deve ocorrer nestes espaços, proporcionando ampliação do espaço relacional dos indivíduos.

No presente estudo um dos informantes, abandonou a escola seis meses após a ocorrência da queimadura, relatando excesso de faltas, desconforto diante as brincadeiras rotineiras dos colegas e grande possibilidade de não atingir média para avançar ao próximo ano escolar. Percebe-se influência de uma baixa autoestima do jovem, por este não reconhecer em si potencial para aprovação e optar por desistir do ano letivo.

Assim, evidencia-se que apenas “o retornar”, à escola, ao trabalho ou às demais atividades, não deve ser o único fator determinante para o sucesso do retorno ao seu contexto social. Além disso, deve ser considerado o seu relacionamento com os outros, verificando,

como se dá a formação e a manutenção dos vínculos afetivos, o comportamento diante de desconhecidos e dos próprios amigos.

Destaca-se que, a partir da possibilidade inicial de retorno à escola, os profissionais de saúde, envolvidos na reabilitação das vítimas de queimaduras, devem discutir com os familiares e profissionais da escola sobre as necessidades e as expectativas da criança ou adolescente (KASSIRA; NAMIAS, 2008). Desta forma, nota-se que o retorno escolar, assim como a permanência das crianças e adolescentes na escola, é responsabilidade não apenas da família do sobrevivente de um trauma térmico, mas também da equipe de saúde envolvida em seu tratamento e dos profissionais de educação da escola.

Destaca-se a importância de equipes interdisciplinares e interinstitucionais, os quais atuam como facilitadores do processo de reescolarização ou mediadores nas escolas podem contribuir para diminuição do abandono escolar de crianças e adolescentes (PIDCOCK et al., 2003).

5.2 MINHA FAMÍLIA E MEUS AMIGOS ME AJUDARAM BASTANTE PARA EU FICAR BEM: apoio social

Esta categoria surgiu a partir da pergunta “*o que mais te ajudou a melhorar e estar como tu estás hoje?*”. No presente estudo identificou-se que o suporte social constituiu-se principalmente por família ampliada, amigos e vizinhos, os quais foram capazes de apoiar as crianças e os adolescentes nos momentos em que se encontraram mais fragilizados. Os participantes do estudo destacaram:

*A minha família e meus amigos me ajudaram bastante para eu ficar bem... De vez em quando, por exemplo tem um trabalho em grupo, a maioria queria fazer comigo pra me ajudar. Quando às vezes eu não sabia, eles me ajudavam.
A2.*

Para Bronfenbrenner (1996), as interações que ocorrem entre as pessoas determinam o desenvolvimento conforme o nível de reciprocidade na relação. Desta forma, corroborando com outros estudos, os participantes que apresentam forte apoio social e relações familiares harmoniosas expuseram melhor adequabilidade à nova condição física (LANDOLT; GRUBENMANN; MEULI, 2002; PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2008; KLINGE et

al., 2009). Assim, a rede social de apoio é promotora de benefícios incomparáveis ao sujeito que se utiliza dela (SILVA, 2010).

A ocorrência da queimadura e a hospitalização conduzem os familiares a vivenciarem um período de crise e desafios, o qual influencia sua rotina em relação à vida diária, à administração dos recursos financeiros, aos relacionamentos e ao trabalho. Esses aspectos marcam a dinâmica familiar, podendo favorecer o surgimento de uma crise instalada a partir da necessidade de adaptação frente à instabilidade provocada pelo trauma.

Assim, o resultado dessa experiência nem sempre promove o desenvolvimento do sistema familiar (CARVALHO; ROSSI, CIOFI-SILVA, 2008). E por isso, a família pode não ser capaz de suprir todas as necessidades do paciente em relação a sua reabilitação física e emocional.

De qualquer forma, sabe-se que a qualidade da relação entre pais e adolescentes desempenha um fator protetivo para o desenvolvimento (OLIVA et al., 2009). A partir do primeiro ano após a queimadura percebe-se a ocorrência de uma reorganização familiar, sendo compreendida como um processo em que a família é capaz de integrar as mudanças decorrentes no seu dia a dia, de uma forma construtiva, permitindo-lhe crescer e desenvolver-se como um todo (PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2008).

No presente estudo, as duas mães, ao complementarem as falas dos filhos, expressaram sentir-se responsáveis pelo acidente térmico, choraram ao lembrar as situações vivenciadas por seus filhos. As famílias sofrem com o desconforto provocado por algumas experiências desagradáveis vivenciadas após o trauma térmico, como: a rotina de curativos, o convívio com a dor, as sequelas físicas e psicológicas. Além disso, prevalece o sentimento de culpa por não ter sido capaz de prevenir a queimadura.

Evidencia-se, assim, a necessidade de conduzi-las ao enfrentamento positivo dessas situações, contribuindo para que as mesmas aprendam a lidar com o próprio desconforto (Phillips; Fussel; Rumsey, 2007). Portanto, cabe ressaltar a importância de oferecer apoio social aos familiares e às pessoas próximas aos sobreviventes de queimaduras. Afinal, estes devem estar em condições psicológicas de oferecer suporte necessário para uma reabilitação menos traumática.

Neste sentido, percebe-se que as famílias apresentam recursos individuais singulares, os quais permitem suportar a crise instalada com novas dinâmicas internas e externas, ou seja, uma nova forma de perceber e agir com esta criança ou adolescente, pois ela não é a mesma anterior ao evento da queimadura. Antes do acidente, o indivíduo poderia ter características comportamentais ou mesmo sociais diferentes das atuais, o que requer um modo de

reorganização familiar. Da mesma forma, a apresentação desse indivíduo portador de cicatrizes para o meio social exige da família um novo comportamento. Esse pode ser traduzido por proteção exacerbada, configurada por vergonha, sentimentos de menos valia e até por um autoconceito familiar prejudicado.

Assim, destaca-se a necessidade da equipe de enfermagem perceber esta dinâmica, considerando que as famílias são únicas, de forma a prestar o melhor apoio diferenciado (PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2008). De acordo com Silva e Santos (2011), a família, especialmente os pais, constitui-se em um elemento fundamental para o processo de reabilitação e adaptação saudável da criança que sofreu queimadura.

A partir da fala de C2: “*Minha família ficou comigo no hospital. Me ajudaram a comer, a não me achar feia e a eu sair de casa*”, verifica-se a importância do apoio familiar para a aceitação da nova imagem corporal. Silva e Santos (2011) consideram a aceitação dos pais à nova condição imposta pelo trauma térmico fundamental para a reabilitação, pois favorece o suporte social ao indivíduo. Afinal, é por meio desse apoio que a criança e o adolescente passam a integrar sua nova imagem e recebem forças para enfrentar seus medos durante a reabilitação.

As entrevistas revelaram que as crianças e os adolescentes seguiam as orientações médicas referentes aos cuidados após alta hospitalar somente devido à insistência de seus familiares, especialmente das mães:

Minha mãe que me obrigou a voltar pro colégio... Tenta ajudar a fazer os exercícios que ensinaram no hospital. Mas daí não consigo porque dói e incomoda. Ela insiste. (C2).

A gente fazia os exercícios com ele, ajudava tudo, lembrava ele, dava uma pausa, fazia tudo de novo. A gente não deixava ele parado pra não perder o movimento. (MA2).

Meus pais pegaram a muleta, forçavam eu a caminhar bastante. Daí eu comecei a andar com a muleta, depois comecei a me agarrar e fui. (C1).

O esforço dos familiares por meio da insistência para realização das atividades físicas orientadas pelos profissionais de saúde do hospital corrobora com outros estudos, os quais destacam que as figuras parentais ajudam a criança e o adolescente a conscientizar-se de suas forças e seus talentos, encorajando-os a arriscar, seguir em frente (SILVA; SANTOS, 2011). Entretanto, mesmo identificando alguma estratégia que contribua para a reabilitação, os familiares apresentam dificuldade para conviver com a pessoa que sofreu a queimadura (ROSSI, 2001).

Ainda, Bronfenbrenner (1996) afirma que o envolvimento da família à rede de apoio favorece potencialmente o desenvolvimento da pessoa. Neste sentido, ao considerar o ambiente hospitalar como uma rede de apoio ao indivíduo que sofreu uma queimadura evidencia-se que a família deve participar do processo de reabilitação desde o período de internação hospitalar.

Expõe-se que deve existir uma contratualização/negociação de cuidados, sendo mediados pelo enfermeiro e familiar, de forma que o indivíduo que sofreu a queimadura esteja independente na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais (PINTO; MONTINHO; GONÇALVES, 2008). Assim, visualizando a alta hospitalar, a equipe contribui para o aprendizado dos familiares, permitindo que estes busquem sua autonomia e autoconfiança.

Quanto ao retorno e permanência nas atividades escolares, quatro dos cinco participantes do estudo continuam frequentando as aulas com o apoio de amigos, colegas e professores o que vai ao encontro do que refere Bronfenbrenner (1996), p.167: “o desenvolvimento da criança tanto na família quanto na escola é facilitado pela existência de canais abertos de comunicação em ambas as direções”. A relação estabelecida entre escola e família é observada na fala dos participantes:

A professora falou comigo que ele tava bem, que está animado, que os colegas tão ajudando. Daí eu fiquei mais aliviada. (MA2)

Corroborando com Silva e Santos (2011), pode-se observar a importância de uma intervenção preventiva à criança e sua respectiva família, o que pode contribuir para sua reorganização e facilitar a aceitação das mudanças decorrentes do processo de adaptação. Ainda, é importante destacar que a maioria dos CQ dos países em desenvolvimento presta assistência integral apenas aos aspectos físicos da queimadura, não oferecendo a atenção necessária à saúde psicossocial da vítima (MISRA; THUSSU; AGRAWAL, 2012).

Desta forma, a família torna-se, muitas vezes, o único apoio ao indivíduo, constituindo-se em um recurso fundamental para o processo de reabilitação e adaptação saudável da pessoa que sofreu queimadura. Por essa razão, entende-se como imprescindível incluí-las em programas de apoio psicossocial capazes de auxiliar no processo de reformulação do papel parental protetor e de suporte, tornando-os mais disponíveis e eficazes na sua resposta aos apelos e necessidades da criança. (SILVA; SANTOS, 2011).

Neste sentido, percebe-se o importante papel dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento, em especial, dos enfermeiros. No presente estudo, apenas dois participantes relataram outros apoios, sendo ele o serviço de psicologia do hospital e o grupo de escoteiros:

A professora respeitou a queimadura, explicava pra ele que isso ai é uma coisa que acontece, que ela já teve caso na família, que precisava de apoio e tudo. Ela disse pra mim procurar psicóloga, foi onde daí ele melhorou. (MC1).

Todo mundo me ajudou. Minha família, amigos e o pessoal dos escoteiros. Sou cozinheira do meu patrulhão, daí não posso nem ter medo de fogão. (A1).

Não foram identificados relatos sobre grupos de apoio institucionais. Sobre isto, Badger e Royse (2010) apontam que grupos de apoio para sobreviventes do trauma térmico influenciam positivamente a reabilitação psicológica de seus membros, pois permite sentimento de esperança, confiança e pertencimento a um grupo em que as pessoas têm uma experiência em comum. Além disso, os indivíduos estabeleceram uma real situação de troca entre os participantes do grupo.

5.3 QUERO TERMINAR O COLÉGIO E TRABALHAR: expectativas para o futuro

Esta categoria surgiu do agrupamento das unidades de significado que evidenciaram as expectativas das crianças e adolescentes para o futuro, tanto em relação às profissões quanto à possibilidade de melhora da aparência das cicatrizes. Assim, um dos participantes da pesquisa relatou muito desconforto para usar a malha compressiva, alegando que apenas faz uso dela com a esperança de que no futuro a aparência das cicatrizes melhore.

Quanto ao futuro profissional as crianças e os adolescentes referem o desejo de trabalhar e estudar. Uma das crianças relatou seu desejo de ser bombeiro e acrescentou que a vontade aumentou depois da ocorrência de sua queimadura, pois quer poder salvar vidas. No estudo de Querino (2010) identificou-se que as crianças queriam ser iguais aos seus “heróis”, no caso, representadas pela figura de bombeiro, policial, médico ou professor.

Neste sentido, heróis são representações de pessoas que demonstram coragem frente a obstáculos e situações de perigo e destacam-se por suas qualidades e valores, tornando-se modelos de comportamento para as crianças. A figura do herói contribui para a formação do

ser humano, pois, inspira o esforço, a superação de obstáculos e a conquista de objetivos (QUERINO, 2010).

No presente estudo, os participantes já apresentam convicção em relação a seu futuro profissional. Os planos das crianças e adolescentes incluem estudar agora para começar a trabalhar e, com isso, poder continuar estudando:

E eu quero ser corretor imobiliário. Eu tenho um tio que trabalha com isso. Dai quero trabalhar com ele. Tem que fazer um curso depois que terminar o colégio. Mas daí com 16 eu já penso em trabalhar com ele pra já ir aprendendo um pouco. (A3)

Quero terminar o colégio e trabalhar numa loja pra poder estudar mais. (C2)

Segundo Querino (2010) os maiores sonhos das crianças incluem um emprego e um curso universitário. Da mesma forma, no estudo de Hirt (2010), as crianças e os adolescentes são motivados pela expectativa de altas remunerações, boas condições de trabalho, qualidade de vida e formação acadêmica. Existe ainda, o nítido desejo de mudar de vida, poder ajudar a família e ter um destino promissor (QUERINO, 2010).

Quanto a relacionamentos amorosos, uma criança participante relatou não querer ter um relacionamento, justificando que namorar atrapalha os estudos. Os demais revelam ainda não possuir namoradas (os), mas confidenciam amores, por enquanto, platônicos.

Eu gosto dela... Acho que é ela gosta de mim. Mora aqui em cima também. Eu tenho meu amigo daí meu amigo mora do lado da casa dela. C1

Estou de olho... É bem minha amiga... só meu amigo sabe.. Ele me apoiou...tenho receio dela rejeitar, essas coisas. A2

Os participantes referem que ainda não conseguiram declarar seus sentimentos, relatando sentirem medo de estragar a amizade. Quando se falou sobre sexo, os indivíduos trataram o assunto com muita distância. Em outras condições crônicas de saúde, adolescentes e crianças a partir dos nove anos, já expressam com maior nitidez interesse pelo assunto (NASCIMENTO et al., 2011). Acredita-se que este distanciamento o assunto sexo está relacionado à vergonha e ao medo de expor-se fisicamente para outros, diferenciando-se de crianças e adolescentes que não apresentam imagem corporal alterada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo constituiu-se de um grande desafio, marcado por um período de reflexões sobre continuar, trocar o tema ou mesmo desistir. A decisão por continuar permeou outros questionamentos sobre o porquê de tantas negações e desistências em participar da pesquisa, os quais foram acompanhados de sentimentos de alegria durante a expectativa dos encontros com os participantes e frustração pela demora do retorno das famílias quanto à aceitação para colaborarem com o estudo.

Porém, cabe destacar que esses percalços impulsionaram o “seguir em frente” e motivaram a conclusão. Tantas negativas em participar do estudo evidenciaram o receio das famílias em falar sobre as vivências após a queimadura, sendo a tristeza e vergonha as justificativas para as desistências.

Desta forma, ao propor conhecer as vivências de crianças e adolescentes acometidos por queimaduras observou-se que seriam necessários elementos internos para auxiliar a pesquisadora diante o sofrimento alheio. Precisava ser forte para enfrentar o que pudesse encontrar, tanto por parte das crianças e adolescentes quanto de seus familiares.

Assim, percebeu-se mais uma vez a importância de investigar o tema, de forma que fosse possível obter resultados que possibilitassem conduzir de uma forma diferente de intervenções junto aos indivíduos acometidos por queimaduras, proporcionando-lhes um processo de reabilitação mais saudável, no qual, indivíduos e famílias, consigam viver de forma mais livre, com menos sentimentos de intimidação, vergonha e medo.

Quanto às informações obtidas junto aos participantes, destaca-se que foi possível compreender as vivências de crianças e adolescentes após o trauma térmico. Os informantes vivenciaram situações de constrangimento após a alta hospitalar.

Essas experiências incluírem a identificação de olhares estranhos e piadas sobre a ocorrência do trauma e suas implicações físicas. Em consequência, devido ao descontentamento e aos constrangimentos, os participantes da pesquisa apresentaram mudanças na forma de vestir-se, no comportamento e na sua sociabilidade.

Os resultados evidenciaram que a vida das crianças e dos adolescentes acometidos por queimaduras foi marcada não somente pela presença de cicatrizes e limitações funcionais, mas principalmente por mudanças psicossociais, as quais repercutiram de forma negativa. Estas mudanças compreenderam o comprometimento da autoestima; introspecção, sentimentos de vergonha e medo; afastamento de pessoas consideradas amigas antes do

trauma térmico; desejo de permanecer mais tempo em casa; abandono escolar e, desmotivação quanto ao convívio com amigos e vizinhos.

O reestabelecimento do bem e o enfrentamento das crianças e dos adolescentes vítimas de queimaduras com a sua nova situação não ocorreu integralmente. Os indivíduos e as famílias permanecem com as dificuldades, especialmente, as psicossociais já apresentadas. Entretanto, o apoio social, evidenciado por meio do suporte oferecido pela família foi a principal condição identificada para a promoção do enfrentamento da queimadura.

Evidenciou-se a família como fundamental para reabilitação física após a alta hospitalar. Por exemplo, sendo responsável pela realização de curativos, manutenção dos hábitos de exercícios e garantia do uso da malha compressiva. Ainda, os familiares, foram imprescindíveis para promoção da autonomia dos indivíduos, na aceitação da nova imagem corporal, no retorno escolar e também na convivência social fora do espaço doméstico.

As expectativas quanto ao futuro das crianças e dos adolescentes revelaram-se de forma operacional, relacionando-se apenas ao futuro profissional. Os participantes expuseram desejo de estudar e posteriormente trabalhar nas profissões de bombeiro, corretor de imóveis ou vendedora, de forma que o trabalho possa possibilitar realização de novos estudos.

Assim, evidenciou-se a importância de sonhar para as crianças e os adolescentes que vivenciaram uma queimadura. Os sonhos estimulam a criatividade, tornando-se de extrema relevância esse exercício, inclusive também para a reabilitação, pois por meio do sonho de um futuro promissor, o indivíduo estabelece motivos para seguir em frente.

De forma geral, os resultados do presente estudo apontaram para que a família deva ser compreendida e inserida nos cuidados destinados à criança e ao adolescente acometido por queimaduras. No que tange a resignificação das mudanças decorrentes do trauma, o profissional enfermeiro pode oferecer, tanto ao indivíduo quanto a sua família, alternativas que contribuam para a promoção da autoconfiança.

Destacam-se iniciativas como: inclusão total da família no tratamento, visando à promoção da autonomia; apoio psicológico incondicional às crianças, aos adolescentes e também aos familiares; formação de grupos que possibilitem a troca de experiências entre os indivíduos, compartilhando as experiências e as medidas que solucionaram os problemas vivenciados; consolidação de vínculo com a família após a alta hospitalar, permitindo que esta busque a equipe em situações de vulnerabilidade; utilização de recursos lúdicos, visando a diminuição do impacto da queimadura sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente durante a hospitalização; e, estabelecimento de um círculo de relações recíprocas entre familiares, unidade básica de saúde de referência, escola e equipe de saúde hospitalar, de

forma que a família disponha de uma rede de apoio assistencial e social efetivo.

Neste sentido, cabe destacar que para tornar isso possível os profissionais de saúde e de enfermagem, em particular, precisam desenvolver habilidades específicas para trabalhar com essa população. Esta afirmação justifica-se em virtude de que sempre é possível abranger os sujeitos como um todo, pois todos são indivíduos únicos, com necessidades físicas semelhantes, porém, psicossociais distintas.

Ainda, ressalta-se que cabe à sociedade e ao estado oferecer alternativas para aqueles que sofreram qualquer tipo de trauma, abrindo portas para a realização de sonhos. No caso específico das queimaduras, oferecendo suporte interdisciplinar e interinstitucional para a superação das dificuldades decorrentes das limitações físicas e psicológicas que podem surgir.

Além disso, é preciso incentivar, na comunidade, a formação de posturas e ações acolhedoras. Para isso, há um longo trabalho de conscientização da população, no sentido de desfazer os padrões pré-estabelecidos sobre o que é belo ou feio e certo ou errado, os quais são os principais responsáveis pela discriminação e estigmatização de diversos grupos vulneráveis.

Assim, salienta-se que o bem estar físico, psicológico e social da criança e do adolescente, assim como da família que vivenciou o trauma térmico, deve ser prioridade da equipe de saúde responsável pela reabilitação. Para isso, os profissionais devem tornar-se sensíveis aos pacientes, sendo capazes de compreender as demandas impostas pela nova condição.

Acredita-se que esta sensibilização parte de um processo individual do profissional, sendo este intrínseco e solitário. Ela inclui estar disponível para compreender as necessidades dos indivíduos e famílias, respeitar seus desejos e programar intervenções efetivas para sua reabilitação psicossocial. Desta forma, é possível fomentar essa sensibilização desde que os trabalhadores de saúde também sejam assistidos pela instituição. Esta por sua vez, deve contribuir para que seus profissionais consigam assimilar a dor assistida cotidianamente, sem ter que construir barreiras frágeis de proteção, como rigidez e intolerância, que apenas distanciam o profissional do paciente, amenizando muito pouco o sofrimento interno do profissional.

A realização deste estudo não esgotou o assunto. Pelo contrário, instigou diversos questionamentos que devem tornar-se pesquisas relacionadas às crianças e adolescentes acometidos por queimaduras. Entre elas, destaca-se a investigação de temas como sexualidade, autoestima, representação social, resiliência, intensidade de prurido e dor após a alta hospitalar, entre outras.

Por fim espera-se com este estudo, sensibilizar os profissionais quanto à necessidade de implantar alternativas que minimizem o sofrimento das famílias e dos acometidos por queimaduras, sejam eles adultos, crianças ou adolescentes. Quem sabe, em um tempo próximo possamos analisar a implementação das estratégias sugeridas, sendo estas realizadas tanto em nível hospitalar quanto nos serviços de atenção básica, junto às famílias.

REFERÊNCIAS

- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.127-139, 2005.
- ANDRETTA, I.B. et al. Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 a 2008. **Rev. Bras. Queimaduras**, Limeira, v.12, n.1, p.22-29, 2013.
- ARAGAO, J. et al. Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe . **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v.27, n.3, p. 379-382, 2012.
- BADGER, K.; ROYSE, D. Adult burn survivor's views of peer support: a qualitative study. **Soc. Work Health Care**, Philadelphia, v.49, no.4, p.299-313, 2010.
- BAKKER, A. et al. Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: a review of the empirical literature. **Clin. Psychol. Rev.**, Tarrytown, v.33, no.3, p.361-371, 2013.
- BANDEIRA, M. et al. Comportamento assertivo e a sua relação com ansiedade, locus de controle e auto estima em estudantes universitários. **Estud. Psicol.**, Campinas, v.22, n.2, p.111-121, 2005.
- BARRETO, M.G.P. et al. Estudo epidemiológico de pacientes queimados em Fortaleza, Ceará: revisão de 1997 a 2001. **Rev. Pediatr.**, Fortaleza, v.9, n.1, p.23-29, 2008.
- Bee H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997
- BLAKENEY, P.E. et al. Psychosocial care of persons with severe burns. **Burns**, Amsterdam, v.34, no.4, p.433-440, 2008.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311 de 18 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html> Acesso em: 17 abr 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 17 abr. 2014.
- BRASIL. **Lei nº 9.610/1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9610.htm>. Acesso em: 17 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. 4. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2008. 137p.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 10 ago. 2012.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011. 310p.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P.A. The ecology of developmental process. In: DAMON, W.; SIGEL, I. E.; RENNINGER, K. A. (eds). **Handbook of child psychology**. New York: John Wiley & Sons, 1998. v. 1, p. 993-1027.

BRUN, D. A gramática amorosa da amizade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 311-19, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982007000200011> Acesso em 22 fev. 2014.

CEITLIN, L.H.F. et al. **O Ciclo da vida humana**. São Paulo: Artes Médicas. 2001. p.117-127.

CHRISTIANSEN, M. et al. Time to school re-entry after burn injury is quite short. **J. Burn Care Res.**, Hagerstown, v.28, no.3, p.478-481, 2007.

COSTA, M.C. et al. The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. **Rev. Lat- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.2, p.252-259, 2008.

DIAS, M.A.T. et al. Peculiaridades no cuidado de enfermagem à criança queimada. In: LIMA JUNIOR, E.M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**, 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008. p.223-232.

DIEL, P.K.V. **O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente vítima de queimaduras**: implicações para a prática da enfermagem. 2013. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

DODD, A.R. et al. The effect of hand burns on quality of life in children. **J. Burn Care Res.**, Hagerstown, v.31, no.3, p.414-422, 2010.

DUARTE, M.L.C. et al. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.77-84, 2012.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E. et al. Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. **Rev. Bras. Queimaduras**, Limeira, v11, n.3, p.120-124, 2012.

FERREIRA, L.A. **Ser-mãe-no-mundo com o filho que sofreu queimaduras**: um estudo compreensivo. 2006, 109f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.629-640, 2012.

GUIZZO, B.S.; KRZIMINSKI, C.O.; OLIVEIRA, D.L.L. O software QRS Nvivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.1, p.53-60, 2003.

HIRT, L.U. **Análise das expectativas dos jovens sobre escolha profissional e orientação profissional numa escolar pública de ensino médio**. 2010, 164f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2010.

HORRIDGE, G.; COHEN, K.; GASKELL, S. BurnEd: parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education. **Burns**, Amsterdam, v.36, no.5, p.630-638, 2010.

KASSIRA, W.; NAMIAS, N. Outpatient management of pediatric burns. **J. Craniofac. Surg.**, Boston, v.19, no.4, p.1007-1009. 2008.

KHOURY, K. **Com a corda toda**: autoestima e qualidade de vida. 3. ed. São Paulo: SENAC, 2003.

KLINGE, K. et al. Psychological adjustments made by postburn injury patients: an integrative literature review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v.65, n.11, p.2274-2292, 2009.

LANDOLT, M.A.; GRUBENMANN, S.; MEULI, M. Family impact greatest: predictors of quality of life and psychological adjustment in pediatric burn survivors. **J. Trauma**, Baltimore, v.53, no.6, p.1146-1151, 2002.

LAWRENCE, J.W. et al. Visible vs hidden scars and their relation to body esteem. **J. Burn Care Rehabil.**, Hagerstown, v.25, p.25-32, 2004.

LEVER, J.P.; MARTÍNEZ, Y.I.C. Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en três niveles socioeconómicos. **Rev. Interam. Psicol.**, Austin, v.41, n.1, p.177-188, 2007.

MACHADO, T.H.S. et al. Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral do Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. **Rev. Bras. Queimaduras**, Limeira, v.8, n.1, p.3-9, 2009.

MANNAN, A. et al. Psychosocial outcomes derived from an acid burned population in Bangladesh, and comparison with western norms. **Burns**, Amsterdam v.32, p.235-241, 2006.

MARTIN, G. et al. Spray on skin improves psychosocial functioning in pediatric burns patients: a randomized controlled trial. **Burns**, Amsterdam, v.34, no.4, p.498-504, 2008.

MASHREKY, S.R. et al. Consequences of childhood burn: findings from the largest community-based injury survey in Bangladesh. **Burns**, Amsterdam, v.34, no.7, p.912-918, 2008.

MASKELL, J. et al. Psychological and psychosocial functioning of children with burn scarring using cosmetic camouflage: a multi-centre prospective randomised controlled trial. **Burns**, Amsterdam, v. 40, no.1, p.135-149, Feb. 2014.

MCGARRY, S.; ELLIOTT, C.; MCDONALD, A.; VALENTINE, J.; WOOD, F.; GIRDLER, S. Paediatric burns: from the voice of the child. **Burns**, Amsterdam, 2013. In Press. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.08.031>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISRA, A.; THUSSU, D.M.; AGRAWAL, K. Assessment of psychological status and quality of life in patients with facial burn scars. **Indian J. Burns**, Mumbai, v.20, no.1, p.57-61, 2012.

MOSTARDEIRO, S.C.T.S.; PEDRO, E.N.R. Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.100-107, 2010.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In KOLLER, S.H. **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 51-65.

NASCIMENTO, E.S. et al. Atuação de equipe interdisciplinar a crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS. **Plaza Pública: Rev. Trab. Social**, Tandil, v. 4, n. 6, p. 386-399, 2011.

NGUYEN, T.J.; THALLER S. Psychological rehabilitation of pediatric burn patients. **J. Craniofac. Surg.**, Boston, v.19, no.4, p.882-887, 2008.

NOVELLI, B. et al. Quality of life impact as outcome in burns patients. **G. Ital. Med. Lav. Ergon.**, Pavia, v.31, n.1 supl. A, p.A58-63, 2009.

OLIVA, A.; JIMÉNEZ, J. M.; PARRA, A. Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. **Anxiety Stress & Coping**, London, v.22, no.2, p.137-152, 2009.

ORR, D. A.; REZNIKOFF, M.; SMITH, G. M. Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. **J. Burn Care Rehabil.**, Hagerstown, v.10, no.5, p.454-461, 1989.

PEREIRA, C.S. Ser e parecer patricinha: família, amigos e identidade na adolescência. **Revista da Faced**, Salvador, n.7, p.163-185, 2003.

PEREIRA, M.J.L. Peculiaridades de queimaduras em crianças. In: LIMA JUNIOR, E.M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008. p. 201-222.

PHILLIPS, C.; FUSSELL, A.; RUMSEY, N. Considerations for psychosocial support following burn injury a family perspective. **Burns**, Amsterdam, v.33, no.8, p.986-994, 2007.

PIDCOCK, F.S. et al. The rehabilitation/school matrix: a model for accommodating the noncompliant child with severe burns. **J. Burn Care Rehabil.**, Hagerstown, v.24, no.5, p.342-346, 2003.

PINTO, J.M.; MONTINHO, L.; GONÇALVES, P. O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família. **Referência: revista de educação e formação em enfermagem**, Coimbra, v.2, n.6, p. 69-76, 2008.

POPE, S. J. et al. Body image, mood and quality of life in young burn survivors. **Burns**, Amsterdam, v. 33, no. 6, p.747-755, 2007.

PRATI, L.E. et al. Revisando a inserção ecológica: uma proposta de sistematização. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.21, n.1, p.160-169, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722008000100020&script=sci_arttext> Acesso em: 12 de jan 2014.

QUERINO, A.A. Pobreza X sonho: uma análise acerca da expectativa de vida de crianças pobres. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA A POBREZA E A DESIGUALDADE, 1., 2010, Natal, RN. **Anais...**, Natal: UFRN, 2010. 14 f.

ROSSI, L.A. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.35, n.4, p.336-345, 2001.

ROSSI, L.A.; DARLI, M.C.B. Atendimento de Enfermagem. In: LIMA JUNIOR, E.M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**, 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008. p.201-222.

SANTA CATARINA. **Lei Nº 16.285, de 20 de dezembro de 2013**. Dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de seqüela grave advinda de queimaduras e adota outras providências. **Diário Oficial [de Santa Catarina]**, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2013/016285-011-0-2013-001.htm>>. Acesso em 17 de abr. 2014.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 28, n.1, p.101-108, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/13.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SERRA, M.C. et al. Perfil das queimaduras em adolescentes. **Rev. Bras. Queimaduras**, Limeira, v.11, n.1, p.20-22, 2012.

SILVA, I.G.; SANTOS, A.J. Qualidade da vinculação e modelo interno de funcionamento do Self, em crianças vítimas de queimaduras. **Rev. Enferm. Ref.**, Coimbra, Ser.III, n.3, p.85-93, 2011.

SILVA, M. N. R. M. O. **Redes sociais significativas na saúde mental: (des)coabrindo relações no sofrimento psíquico grave e (redes) coabrindo elos de encontro**. 2010. 155 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

SILVA, M.F.; SILVA, M.J.P. A autoestima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.2, p.206-216, 2004.

SILVA, M.F.; SILVA, M.J.P. A autoestima de pacientes ambulatoriais com queimaduras. **Rev. Baiana de Enferm.**, Salvador, v.17, n.3, p.75-84, 2002.

SIMONS, M.; ZIVIANI, J.; TYACK, Z.F. Measuring functional outcome in paediatric patients with burns: methodological considerations. **Burns**, Amsterdam, v.30, no.5, p.411-417, 2004.

SOUSA, D.A.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Redes sociais e relacionamentos de amizade ao longo do ciclo vital. **Rev. Psicopedag.**, São Paulo, v.28, n.85, p.53-66, 2011.

STAKE, R.E. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Morata, 1998. 159p.

STALEY, M. et al. Return to school as an outcome measure after a burn injury. **J. Burn Care Rehabil.**, Hagerstown, v.19, no.1, p.90-94, 1998.

STUBBS, T.K. et al. Psychosocial impact of childhood face burns: a multicenter, prospective, longitudinal study of 390 children and adolescents. **Burns**, Amsterdam, v.37, no.3, p.387-394, 2011.

SVEEN, J.; SJÖBERG, F.; ÖSTER, C. Health-related quality of life in Swedish pediatric burn patients and associations with burn and family characteristics. **Burns**, Amsterdam, 2013. In Press. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.10.005>> Acesso em: 27 Nov. 2013.

THOMAS, C.R. et al. Personality disorders in young adult survivors of pediatric burn injury. **J. Pers. Disord.** New York, v.26, no.2, p.255-266, 2012.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 175p.

VAN BAAR, M.E. et al. Functional outcome after burns: a review. **Burns**, Amsterdam, v.32, no.1, p.1-9, 2006.

VAN BAAR, M.E. et al. Quality of life after burns in childhood (5-15 years): children experience substantial problems. **Burns**, Amsterdam, v.37, no.6, p.930-938, 2011.

WALLIS, H. et al. Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. **J. Burn Care Res.**, Hagerstown, v.27, p.734-741, 2006.

WEINSHENKER, N. Adolescence and body image. **School Nurse News**, Parsippany, v.19, no.3, p.12-16, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Burns**. 2012. Factsheet 365. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>>. Acesso em: 02 jul. 2012

YOUNG, A.C.; KENARDY, J.A.; COBHAM, V.E.; KIMBLE, R. Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. **J. Child Psychol. Psych.**, Oxford, v.53, no.1, p.56-63, 2012.

YUNES, M.A.M.; JULIANO, M.C. A Bioecologia do desenvolvimento humano e suas interfaces com educação ambiental. **Cad. Educ.**, Pelotas, v.37, p.347-379, 2010.

ZILLMER, J.G.V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M.; MEINCKE, S.M.K. Modelo bioecológico de urie bronfenbrenner e inserção ecológica: uma metodologia para investigar famílias rurais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.4, p.669-674, 2011.

APÊNDICE A**Roteiro de pesquisa para coleta de dados de banco de dados e prontuário do hospital**

Código de Identificação do sujeito: _____

Data de nascimento: __/__/____ Data do acidente: __/__/____

Data de internação: __/__/____ Data alta hospitalar: __/__/____

Agente causal e circunstâncias do acidente: _____

_____.

Sequelas físicas decorrentes do trauma: _____

_____.

Responsável: _____

Parentesco: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefones: _____

Observações: _____

_____.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você, na condição de pai/mãe ou representante legal de _____ está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho científico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul intitulada: **“Vivências de crianças e Adolescentes Vítimas de Queimaduras”**, que tem como objetivo principal conhecer Compreender as vivências de crianças e adolescentes vítimas de queimadura.

Com este estudo, pretendemos ajudar os profissionais envolvidos no tratamento de queimaduras a entender como melhorar o cuidado oferecido, pensando no retorno para casa, escola, trabalho, família, brincadeiras e outros.

O trabalho está sendo realizado por mim, Enfermeira Karen Jeanne Cantarelli, sob a supervisão e orientação da Prof. Dra. Eva Neri Rubim Pedro. Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 minutos, na qual o adolescente irá responder a sete perguntas pré estabelecidas. Os dados de identificação são confidenciais e os nomes reservados.

A entrevista com a criança ou adolescente não prevê nenhum tipo de risco, no entanto, poderá causar intimidações, vergonha, medos, entre outras reações. Nesses casos comprometo-me a interromper a entrevista em qualquer momento, solicitar auxílio dos familiares, tranquilizar o adolescente e se necessário encaminhar ao serviço de psicologia oferecido no ambulatório de queimaduras do Hospital Cristo Redentor, o qual já foi contatado anteriormente e tomado ciência.

As mesmas informações que estão sendo fornecidas a você serão repassadas ao adolescente, e a pesquisa somente será realizada se ambos concordarem em participar. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante cinco anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/2014).

Eu, _____, representante legal do adolescente acima descrito, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a participação do mesmo na pesquisa.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a participação do adolescente é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a criança/adolescente;
- Da garantia que não seremos identificados quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o roteiro de entrevista que será seguido durante a entrevista com o adolescente;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Karen Jeanne Cantarelli, telefone (51)99482744, e-mail: kjcantarelli@yahoo.com.br e endereço: Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco, Porto Alegre;
- Que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, as la 11, das 9h às 12h e das 14h 30min às 17h. Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__

Assinatura do Participante

Pesquisadora Responsável: Prof.Dra.Eva Neri Rubim Pedro; Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFRGS; Rua São Manoel, 963; Bairro Rio Branco; Porto Alegre/RS. Telefone: 51.3308.5081.

Pesquisadora: Mestranda Karen Jeanne Cantarelli; Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFRGS Rua São Manoel, 963; Bairro Rio Branco; Porto Alegre/RS. Telefone: 51.3308.5081/ 51.99482744.

Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição; Av.Francisco Trein 596, 3ºandar, Bloco H, sala 11. Bairro Cristo Redentor. Porto Alegre/RS. Telefones:51.3357.2407. Atendimento das 9h às 12h e das 14h 30min às 17h.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS; Av.Paulo Gama,110.7º andar. Bairro Farroupilha. Porto Alegre/RS. Telefone: 51.3308.3738.

APÊNDICE C

TERMO DE ASSENTIMENTO

Eu sou Karen Jeanne Cantarelli, estou fazendo um estudo com crianças e adolescentes que, como tu, sofreram algum tipo de queimadura. Por isso, quero conversar contigo sobre isso e conhecer como tem sido tua vida depois do acidente. Nós esperamos que, com esse estudo, possamos saber melhor sobre o que te ajuda ou te atrapalha para que tu faças tuas atividades do dia a dia. Depois disso, queremos ajudar os profissionais envolvidos na reabilitação a entender como melhorar o tratamento, pensando no retorno para casa, escola, trabalho, família, brincadeiras e outras coisas.

Então, eu, Enfermeira Karen Jeanne Cantarelli, te convido para participar de minha pesquisa do mestrado que se chama “Vivências de Crianças e Adolescentes Vítimas de Queimaduras”. Eu faço o mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e quem me orienta é a Professora Doutora Eva Neri Rubim Pedro. Para ti não ficar na dúvida, queremos saber como tu te sente e como está a tua vida e de outras pessoas depois de voltar para casa após o acidente, como na escola, convívio com colegas, amigos e vizinhos e, também, outros aspectos.

Bom, precisamos nos conhecer melhor e para isso quero te entrevistar. Isso será como um bate-papo com duração de cerca de 30 minutos. O teu nome e endereço não serão ditos para ninguém. Tudo o que conversarmos será gravado, se tu deixares, e servirá apenas para esse estudo. Quando terminar, as gravações do nosso bate-papo serão guardadas por cinco anos.

A entrevista não prevê nenhum tipo de risco, no entanto, poderá causar intimidações, vergonha, medos, entre outras reações. Nesses casos comprometo-me a interromper a entrevista em qualquer momento, solicitar auxílio dos teus familiares, te tranquilizar e se necessário te encaminhar ao serviço de psicologia oferecido no ambulatório de queimaduras do Hospital Cristo Redentor, o qual já foi contatado anteriormente e tomado ciência.

Eu, _____, declaro que fui informado(a) com detalhes, clareza e sem constrangimento de tudo que vai ocorrer com a minha participação. Estou ciente que posso ajudar a Karen a conhecer como ficou a minha vida depois da queimadura e quero participar deste estudo. Sei que poderei retirar meu assentimento a qualquer momento, sem nenhum constrangimento. Confirmo que assinei duas cópias deste Termo de Assentimento. Eu fiquei com uma cópia e a Karen com outra, de duas páginas cada.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadora Responsável: Prof.Dra.Eva Neri Rubim Pedro; Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFRGS; Rua São Manoel, 963; Bairro Rio Branco; Porto Alegre/RS. Telefone: 51.3308.5081.

Pesquisadora: Mestranda Karen Jeanne Cantarelli; Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFRGS Rua São Manoel, 963; Bairro Rio Branco; Porto Alegre/RS. Telefone: 51.3308.5081/ 51.99482744.

Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição; Av.Francisco Trein 596, 3ºandar, Bloco H, sala 11. Bairro Cristo Redentor. Porto Alegre/RS. Telefones:51.3357.2407. Atendimento das 9h às 12h e das 14h 30min às 17h.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS;

Av.Paulo Gama,110.7º andar. Bairro Farroupilha. Porto Alegre/RS. Telefone: 51.3308.3738.

APÊNDICE D
Roteiro de entrevista para entrevista semi-estruturada

Código de identificação do sujeito: _____

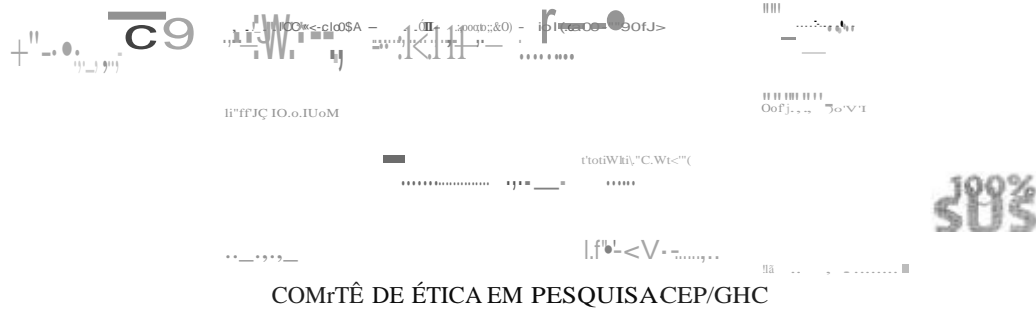
Código da gravação da entrevista: _____

1. Como foi voltar para casa?
2. Como tem sido estar em casa com tua família e amigos?
3. O que você considera que foi mais importante durante a internação para você estar melhor hoje?
4. O que te ajuda/ajudou a retomar suas atividades?
5. O que te prejudica/prejudicou a retomar suas atividades?
6. O que tu considera que foi importante para tu voltares a conviver com teus familiares, colegas, amigos e vizinhos?
7. Gostarias de falar mais alguma coisa?

Observações: _____

_____.

ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 20 de março de 2013, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 13 030

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Participantes:

KAAELIANNE (ANTARE.W)

EVA NEU RUIBIP4 PEORO

Título: O processo de reinserção social de adolescentes vítimas de queimaduras.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Daniela Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 21 de março de 2013.

ANEXO B - Parecer Consultado do CEP GHC



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela InetrWtçloC ↯lctpll'ttt

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

TítulO diilP•aqu.aa:oproceS&Oce relrserç.Sosoda! c@.1Cio1ttctnttt vt m.u Cll quH'n JI!..t.&

equtta«w: EVANERF RUIMPEDRO

Arta Ttmatlca:

verUO= 2

CA.AE: 086593121JX100.S3-L7

INIIUÇto PR:lpOfllfttt:Urrü'VeRSDAOE f!DERALDO'UOCJV.Ntle OO DE E11CAEM

Pa PrlnDpat: oeJ.pe. Cit PtrMo Jot HMit ((CA?ESD

DADOS DO PARECER

...-...oOD226.618

DD0aJt...mtta: umao13

taÇIOoDPrefit'to:

TmHt Cle Pfile'tooc lue oo elo Ot...E GJE&CO>a

ot <trm.»gCSi UFRGSoa m=stano.a xaren JunM Cantartfl. O n:u:\$0.aoorGJ - tanauea oo

X ottiCtll t vmnu C» ou.ra.ape\$QUs.ad!Ab oomprttno•cotnO t VNK com < Ca: Ues

qu O\lra no conbiçio tamHiar,t.ocUlo: r.a telaço com o oU".ro

c...-.= t.Ht:oomo e6Wo:tqw!!al!vo oo spo K!ll»de ta50.o cont.xiO IfrJ' ro3<leatenatnert»a

vt UII»oe que!m3Citns no Hos;t'hl cmto Reo.:lentor.toc.iiiUCLa tm PoROAitgrt.

Of paruelpanes6er2o onstlillelospor 15 adotefcen.te. Yftlmnoe quilm.-ouru com lo..ta.e entrf 12 e ta

ltiOl..ot Jm006 os uxot.,qw Ja teMam recebiOo.lttJCIImtn-10 ttnrtglntn ót Inttm 3o na rEr.IIJJ

urllCDCM.. onllr!letOae p.ramespoaera ser maior cumtnor.. OtptMenoo d)5 lrtom 3Q!lesool:SOas p.ara

o lle..!C.d06cqe!lve& proÇ<16b:ls.Para a ceieta eie 1 Mf1\lItuor)comotKinOa m.e

ltLJ.IMotCCift.:flle»p.na te

O OfWíOoaPMqulu:

— • 000

.o:mtclrOpt0Ca60O? soelilde ,. .,.ot

-- O Ollõ:CIIMMOI.dntto &tt: O:

ld*tet!T.tl vftir!""35 de

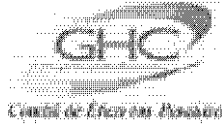
f,,.....: 'T - g.a.-,,....., e.c..II O"JNNCW.\t

ClitiiTOf EfIEH""Oift CEPI r..o-3)0

1/1', fill M.-ldpio. PORTOALEGRE

f - OIMI !UIJlii:7.Z4G7 f-. fSt}IIG7,iOOQIC.....

— j



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



• IM!F!!leaf 12;llllii 1)!<=1 1 1 1f! 41!!l: Jtllílll)'K <lrAi -1AArrJiill 5rtriaii111 !!;lll!írlil!!S o trauma
ll!rmi«Jo;

AnHÇi! ?IMfiíHii8

Ol> llr!T!Eii!IM sã!l menllloo {lll no projeto e estão relacionados a quantificação do cuidado ao adolescente
llim:ii líie 1:11mtllíllr.il e srJaltmllla" Sllíllí5(11mticl - proillí<iUtill;S d:il ilrltIde e ellíl tvão em geral, e da
plrlIt-,oo rÁ) p-oo para a promoção de
m retomo íl6 íllBí :llíllíllllí;S 131!í;SllE!!! tomftmo.

Olinll:l .<a :llllll<llm ;s:'M e!!llEíllStall --!!liOalle<i rt:ID 1?M!-CP-l'!!!llm
— •AO !l!rtllrtlo r m>El:li G" errlri! llídirini; N>!!llíllíllí oii;So;S a
cur:llr"om:e a emtrl?'llsta em !!!Ome!lto, s<: lle+ur llfw:l:lo dOí
Itmlll- llr:ii1111%llltzar o ;adol nli>e ee FISO!!Mílllo MwmlnJ41r ao lle o.llórlíllíllkt no
ambulatorio de "l!S:lm< :lliril5oo C"llí>J - - _ { #llllí: i).Ollí-Ciíi!"llí!!)f!11Efl!è e -!!Im
O!Mlll<!:

c --CH- 6E a :q Da "
à estoo ll;'llri!efl:a allíllílll«1-ro e a llíllí(+:iD !llí ler:allzl<l é iiií !lllWdo"
:llirilíllí !llllí:H e a& :a:ool"llfl q !llíll riltre -C!!ld:il;d:l üíld"! líie ao:-!AI's rllma llie
fllllíllm:llfd:llr.: s. as •t!lo em"m::llidOii bma eiarill e ronalií:ii a :mo e ronellíllOO lle fol!l'a

CCílll< llíllí êE SIOOfl"" — da lp'llll1!111ttçllo:il !llíll' l'!!ll:
as !ll!OOs utllro o em ror:mnarmla oom ;; N!s!llHlll&
Cooíiebo N:Dooal !le llaooe" o Tenn:J Con!llíllíllrnel"ll:í u"re e: EíCJllre:llzl<l e o T!llm:lo llie AB>81:1lme:rrto,
•uen.Jam le:M rom !le! ll'aell'111S " mm :ll:lra e <l 110
:lliril5Deme "fam!l;ar

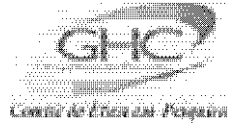
o o l'llllldéiw:l&a 100íllB: - 11111111ie"llí!!llí!í B:

— " " i!lllllllll-"
i:lllllll!ÇllUO Plm!OW:

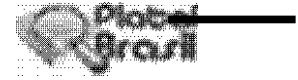
Necessita Apreciação da CONEP:
Não.

Clll!eíllllíllíTlÇOIM flíllllllllll 114ll'!il'rllo clíll CIEP:
l!le!lqllíllí:d:IX llíllxl email 110,fií: >!lrdik !le+l'íllí 111 adequações no TCLE. Foram anexados

Endereço: Francisco Thom, 256 - Bloco H, 3ª andar, Escola GHC (HNSC), sala 31
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.364-000
UF: RS Município: ?;)RTV AIEC:tçE
Telefone: (51)3572.2497 fá J7Y,t: ?JJ? c-mt



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO/HOSPITAL NOSSA SENHORA DA



na PLATBR CEP-GHC

FORTO ALEGRE, 22 de de 2013

AM18191 p<
 Dllllllllllllmt mc f-Imo
 111m

Endereço: Francisco Trein, 556 - Bloco H, 2º andar, Escola GHC (HNSC) sala 11
 Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.302-900
 UF: RS Município: pU.Çifli
 Telefone: 51.3022.2627 Fa 17"!:?F. '7
