



**Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento**

**INSTRUÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO PARA
A REALIZAÇÃO DE CURATIVO SEM SEDAÇÃO EM
ENFERMARIA COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURA**

FABIANA PEREIRA SABINO DE OLIVEIRA

Belém, PA

2011



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

**INSTRUÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO PARA
A REALIZAÇÃO DE CURATIVO SEM SEDAÇÃO EM
ENFERMARIA COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURA**

FABIANA PEREIRA SABINO DE OLIVEIRA

Tese apresentada Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor. Orientadora: Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira.

Trabalho parcialmente financiado pelo CNPq, através de bolsa de doutorado.

Belém, PA

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central/UFPA, Belém-PA

Oliveira, Fabiana Pereira Sabino de, 1978-

Instrução como estratégia de enfrentamento para a realização de curativo sem sedação em enfermaria com crianças vítimas de queimadura / Fabiana Pereira Sabino de Oliveira; orientadora, Eleonora Arnaud Pereira Ferreira. — 2011.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2011.

1. Psicologia Infantil. 2. Psicologia clínica da saúde. 3. Queimaduras em crianças. I. Título.

CDD - 22. ed. 155.4

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (UFPA, Orientadora)

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior (UnB, Membro)

Profa, Dra. Ana Emília Vita Carvalho (CESUPA, Membro)

Profa. Dra. Marilice Fernandes Garotti (UFPA, Membro)

Prof. Dr. Romariz Barros (UFPA, Membro)

Data: 05 de abril de 2011

À minha princesinha Clara, que me ensinou muito sobre a vida e ser feliz, mesmo diante de seu sofrimento. Às crianças vítimas de queimadura que, mesmo na presença de dor e limitações, me recebiam com muita alegria e vontade de se recuperar. Levo o exemplo e a vontade de viver de vocês para sempre. Vocês realmente são exemplos de vida!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Eleonora Arnaud Pereira Ferreira, a quem serei eternamente grata por ter-me acolhido desde a graduação, por ter acompanhado o meu crescimento profissional e pessoal, pelo carinho de sempre, pela disponibilidade em compartilhar seu conhecimento com muita competência. Você fez meus obstáculos acadêmicos serem mais fáceis de alcançar. Muito obrigada pelos anos de parceria;

Aos meus amados filhos Celso Júnior e Carlos Antônio, que ainda que não entendam, mas são os meus maiores incentivadores;

Ao meu amado marido Celso, por todos esses treze anos de convivência, pela cumplicidade, pela dedicação e compreensão do quão importante é este desafio;

À equipe do CTQ e da Pediatria do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, pelo carinho, pela amizade, pelo apoio e incentivo para a conclusão deste trabalho;

Às minhas auxiliares de pesquisa, Vera Novaes e Jeisiane Lima, por toda a dedicação e apoio na coleta de dados;

Às minhas queridas amigas que sempre me motivaram e demonstram muito orgulho pelas minhas vitórias;

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro (bolsa de Doutorado) que permitiu a realização deste trabalho;

Aos meus queridos pais, por todos os ensinamentos, carinho e disponibilidade em me ajudar;

Aos meus irmãos: José Alfredo e Anna Laura, pelo modelo a ser seguido, de toda a amizade e incentivo.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| RESUMO | ix |
| ABSTRACT | x |
| INTRODUÇÃO | 1 |
| Prognóstico e tratamento da queimadura | 4 |
| Estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>) | 6 |
| Enfrentamento da dor | 12 |
| Estratégias comportamentais para a realização de procedimentos invasivos | 21 |
| | |
| ESTUDO 1 | 30 |
| OBJETIVOS | 30 |
| MÉTODO | 30 |
| 1. Participantes | 31 |
| 2. Ambiente de coleta de dados | 31 |
| 3. Instrumentos | 33 |
| 4. Materiais e Equipamentos | 36 |
| 5. Procedimento | 36 |
| 5.1 Coleta de dados | 36 |
| 5.2 Análise dos dados | 37 |
| RESULTADOS | 39 |
| Características sociodemográficas dos participantes | 40 |
| Características do contexto do acidente | 41 |
| Problemas de comportamento identificados nas crianças antecedentes à hospitalização | 43 |
| Comportamentos observados durante o procedimento de curativo | 43 |
| Análise dos comportamentos da equipe de enfermagem | 48 |
| Dor percebida pelas crianças participantes | 50 |
| Resultados do acompanhamento da rotina hospitalar | 51 |
| Análise da significância clínica | 52 |

| | |
|---|----|
| ESTUDO 2 | 53 |
| OBJETIVOS | 53 |
| MÉTODO | 53 |
| 1. Participantes | 53 |
| 2. Ambiente de coleta de dados | 54 |
| 3. Instrumentos | 54 |
| 4. Materiais e Equipamentos | 55 |
| 5. Procedimento | 55 |
| 5.1 Coleta de dados | 55 |
| 5.2 Análise dos dados | 57 |
| RESULTADOS | 58 |
| Caracterização dos Participantes | 58 |
| Conhecimento acerca do acidente | 60 |
| Conhecimento acerca do tratamento | 61 |
| Problemas de comportamento identificados nas crianças antecedentes à hospitalização | 62 |
| Comportamentos observados durante o procedimento de curativo | 63 |
| Comportamentos observados durante as duas sessões de curativo | 63 |
| Análise dos comportamentos da equipe de enfermagem na primeira sessão | 65 |
| Análise dos comportamentos da equipe de enfermagem na segunda sessão | 66 |
| Análise comparativa entre a frequência de ocorrência de comportamentos entre os Estudos 1 e 2 | 70 |
| Dor percebida pelas crianças participantes | 71 |
| Acompanhamento da rotina de hospitalização | 72 |
| DISCUSSÃO | 73 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 84 |
| REFERÊNCIAS | 89 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabela 1 | Características Sociodemográficas das Crianças e de Seus Acompanhantes | 40 |
| Tabela 2 | Características do Contexto em que Ocorreu o Acidente que Provocou a Queimadura | 41 |
| Tabela 3 | Agente Causador, Área Atingida, Grau e Superfície Corporal da Queimadura e Tempo de Internação de cada Criança | 42 |
| Tabela 4 | Tempo de Duração da Sessão e Frequência Absoluta de Comportamentos Concorrentes e Não Concorrentes Observados em Cada Participante em Duas Sessões Consecutivas de Curativo sem Sedação em Enfermaria | 43 |
| Tabela 5 | Frequência Absoluta e Relativa das Categorias de Comportamentos Emitidos pelas Crianças Durante a Realização das duas Sessões de Curativo | 45 |
| Tabela 6 | Frequência de Comportamentos não Concorrentes Emitidos pelas Crianças Relacionada à Frequência das Categorias Comportamentais Emitidas pela Equipe de Enfermagem | 48 |
| Tabela 7 | Dor Percebida pelas Crianças nas Duas Sessões de Curativo e Obtida por meio da Escala de Faces | 50 |
| Tabela 8 | Tempo de Duração da Sessão e Total de Comportamentos Concorrentes e Não Concorrentes Observados em Cada Participante Antes e Depois da Intervenção | 63 |
| Tabela 9 | Frequência Absoluta e Relativa das Categorias de Comportamentos Emitidos pelas Crianças Durante a Realização das duas Sessões de Curativo do Estudo 2 | 64 |
| Tabela 10 | Frequência de Comportamentos Não Concorrentes Emitidos pelas Crianças Participantes do Estudo 2 na Primeira Sessão de Curativo sem Sedação Relacionados à Frequência das Categorias Comportamentais Emitidas pela Equipe de Enfermagem | 66 |
| Tabela 11 | Frequência de Comportamentos Não Concorrentes Emitidos pelas Crianças na Fase de Intervenção, Relacionados à Frequência das Categorias Comportamentais Emitidas pela Equipe de Enfermagem | 67 |
| Tabela 12 | Frequência de Comportamentos Concorrentes e Não Concorrentes Emitidos por P6 e P7 nas duas Sessões de Curativo | 68 |

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Frequência de comportamentos concorrentes e não concorrentes observados em cada participante nas duas sessões de curativo. 47

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- ANEXO 2 Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
- ANEXO 3 Roteiro de entrevista com a criança
- ANEXO 4 Roteiro de entrevista com o cuidador
- ANEXO 5 Escala de observação comportamental OSBD
- ANEXO 6 Escala facial para avaliar a percepção de dor da criança
- ANEXO 7 Protocolo de acompanhamento da rotina de hospitalização
- ANEXO 8 Manual de Instruções sobre o Curativo

Oliveira, Fabiana Pereira Sabino de (2011). *Instrução como estratégia de enfrentamento para a realização de curativo sem sedação em enfermaria com crianças vítimas de queimadura*. Tese de Doutorado. Belém: Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.

RESUMO

A queimadura corresponde ao quadro resultante da ação direta ou indireta do calor do fogo, de substâncias químicas ou da eletricidade sobre o organismo humano. Alguns estudos apontam as crianças como as maiores vítimas. Procedimentos inerentes ao processo de recuperação são reconhecidos como particularmente dolorosos. A frequência de procedimentos médicos invasivos, situação constante ao paciente vítima de queimadura, favorece a emissão de comportamentos concorrentes pela criança, bem como pode ocasionar a generalização do caráter aversivo do procedimento invasivo para estímulos presentes no ambiente, justificando estudos sobre a eficácia de intervenções neste contexto. A pesquisa foi dividida em dois estudos com objetivos específicos. Estudo 1 (n=5): caracterizar comportamentos de crianças vítimas de queimadura emitidos durante procedimento de curativo sem sedação em enfermaria e comparar a frequência de comportamentos concorrentes e não concorrentes emitidos por estas crianças em duas sessões consecutivas deste procedimento. Estudo 2 (n=2): analisar os efeitos do uso de instrução sobre a frequência de comportamentos concorrentes e não concorrentes em crianças vítimas de queimadura durante procedimento de curativo sem sedação em enfermaria. Participaram sete crianças (4 meninos e 3 meninas; 7 a 12 anos) vítimas de queimadura em área corporal inferior a 70% e seus acompanhantes, selecionados em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ). Como instrumentos, foram utilizados: (a) Protocolo de consulta à equipe de saúde; (b) Lista de Verificação Comportamental para crianças/adolescentes (CBCL 6-18anos); (c) Roteiro de entrevista com a criança; (d) Escala de observação comportamental OSBD (*Observation Scale of Behavioral Distress*); (e) Escala facial para avaliar a percepção de dor da criança (FACES); e (f) Manual de instrução sobre o procedimento de curativo. No Estudo 1, observou-se maior frequência de comportamentos concorrentes sobre os não concorrentes nas duas sessões de curativo. No Estudo 2, após o uso do Manual de instrução, observou-se redução estatisticamente significativa na frequência do comportamento concorrente *Choramigar* (= 0,0447) e aumento significativo (= 0,0324) na frequência do comportamento não concorrente *Auxiliar na execução do procedimento*. Houve correlação significativa (p-valor = 0,0066) entre a frequência de comportamentos não concorrentes entre as crianças do Estudo 1 e as que participaram do Estudo 2, sugerindo que a intervenção, por meio de instruções, foi eficaz para aumentar a frequência de comportamentos não concorrentes nas crianças participantes do Estudo 2.

Palavras-chave: queimadura, procedimento invasivo, curativo sem sedação, observação de comportamento, OSBD.

Financiamento: CNPq (Bolsa de Doutorado).

Oliveira, Fabiana Pereira Sabino de (2011). *Instruction as a coping strategy for the realization of dressing in a ward with child burn victim*. Doctorate Thesis. Belém: Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.

ABSTRACT

One may define “burn” as the resulting picture or the outcome of a direct or indirect action of heat, chemical compounds or electricity over the human organic structure. Some studies point out children as the majority of victims. Procedures, inherent to the process of recovery, are known to be particularly painful. The frequency of invasive medical procedures on burn-victims, favors the production of concurrent behaviors from the child and can lead to the generalization of the aversive feature of the invasive procedure to stimuli existing in the environment, thus justifying studies over the effectiveness of such invasive interventions. The research was divided into two studies with specific objectives. Study 1 (n = 5): to characterize behaviors of children which are burn-victims, produced during curative procedures without sedation in wards and to compare the frequency of concurrent and non-concurrent behaviors generated by these children in two consecutive sessions of this procedure. Study 2 (n = 2): to analyze the effects of the use of instruction on the frequency of concurrent and non-concurrent behaviors in children which are burn-victims during the curative procedure without sedation in wards. Seven children (four boys and three girls, ages 7-12) victims of burns on body lower areas inferior to 70% and their companions, selected from a Burn Treatment Center (BTC) participated. The following were used as instruments: (a) Health Care Team Consultation Protocol, (b) Child Behavioral Check List (CBCL 6-18 years), (c) Guide Book for interviewing the child, (d) Observation scale of behavioral distress OSBD, (e) Scale to evaluate the child’s facial pain perception and (f) Instruction Manual on curative procedures. In Study 1, it was noticed a higher frequency of concurrent behavior over the non-concurrent one in two sessions of curative procedures. In Study 2, upon using the Instruction Manual, it was noticed a statistically significant reduction in the frequency of the concurrent behavior *Whimpering* (p-value = 0.0447) and a significant increase (p-value = 0.0324) in the frequency of non-concurrent behavior *Assistant in the implementation of the procedure*. There was a significant correlation (p-value = 0.0066) between the frequency of non-concurrent behaviors among children in Study 1 and those who participated in Study 2, therefore suggesting that the intervention was effective in increasing the frequency of non-concurrent behaviors in children participating in Study 2.

Keywords: burn, invasive, curative without sedation, behavioral observation, OSBD.

A literatura aponta que acidentes por queimaduras são frequentes na população pediátrica, sendo marcados por experiências aversivas e dolorosas (Castro, Abrantes, Lamounier & Lemos, 1999; Damasceno, 2005; Martins & Andrade, 2007; Rossi, Camargo, Santos, Barruffin & Carvalho, 2000).

A *queimadura* corresponde ao quadro resultante da ação direta ou indireta do calor sobre o organismo humano, de substâncias químicas ou da eletricidade. Embora a pele normalmente seja a parte do corpo que é queimada, os tecidos subcutâneos (localizados sob a pele) e os órgãos internos também podem ser queimados mesmo quando a pele não é afetada, como quando uma pessoa ingere líquido muito quente ou uma substância cáustica (e.g. ácido forte), ocasionando queimaduras no esôfago e no estômago (Bicho & Pires, 2002; Guerrero, 2008; Macedo, Rosa, Macedo & Castro, 2005).

De acordo com o mecanismo agressor, as lesões causadas por queimaduras podem ser classificadas em químicas e físicas. As causadas por agentes químicos podem ser provocadas por ácidos ou álcali¹, sendo identificados mais de 25.000 produtos capazes de provocar estas lesões. Os agentes físicos podem ser térmicos, radiantes e elétricos (Rossi, Ferreira, Costa, Bergamasco & Camargo, 2003).

São conhecidas como situações que oferecem riscos para acidentes por queimaduras, a manipulação de líquidos superaquecidos, de produtos químicos e/ou inflamáveis, metais aquecidos, o uso de fogões improvisados na presença de crianças, manipulação de panelas no fogão, cabo de panela para fora do fogão, tomadas elétricas, bombas festivas e fios desencapados ao alcance de crianças (Organização Não Governamental Criança Segura, 2006; Rossi et al., 2003).

A gravidade de uma queimadura depende da quantidade de tecido afetado e da profundidade da lesão, que é classificada como de primeiro, de segundo ou de terceiro

¹ álcali: são substâncias como cloro de piscina e produtos de limpeza.

graus (Macedo et al., 2005). São queimaduras de *primeiro grau*, aquelas menos graves, onde a pele atingida fica hiperemiada (vermelha), dolorosa, muito sensível ao tato e úmida e edemaciada (inchada), não ocorrendo a formação de bolhas. As queimaduras de *segundo grau* causam uma lesão mais profunda, formam-se bolhas na pele, com base vermelha ou branca, contêm um líquido claro e espesso e são dolorosas ao tato. As de *terceiro grau* produzem uma lesão mais profunda, na qual a área queimada perde a sensibilidade ao tato e, ocasionalmente, formam-se bolhas e os pelos da área atingida podem ser facilmente arrancados das raízes; normalmente são indolores porque as terminações nervosas da pele são destruídas, sendo a dor percebida apenas quando a área atingida é manipulada (Guerrero, 2008; Macedo et al., 2005; Silveira & Moulin, 2003).

A maioria dos acidentes por queimaduras poderia ser evitada. Entretanto, no Brasil são escassos os programas de prevenção desse tipo de acidente. Dados de uma pesquisa realizada na Unidade de Queimados do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, SP, demonstraram que 80% dos acidentes que vitimaram os pacientes lá internados ocorreram em ambiente doméstico, atingindo principalmente crianças; 8% ocorreram no trabalho, atingindo adultos do sexo masculino; 7% foram vítimas de tentativas de suicídio; 3% de acidentes automobilísticos e 2% foram vítimas de agressões (Rossi, Garcia, Chianca & Barrufini, 1998).

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde, em 1998 ocorreram 282.000 mortes em decorrência de queimaduras, sendo 96% em países em desenvolvimento. Esses dados mostram que a queimadura é a quarta causa de morte por injúria unidirecional nos Estados Unidos da América (Crisóstomo, Serra & Gomes, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras (2006), no Brasil, acontecem um milhão de casos de queimaduras a cada ano, dos quais 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização em centros de referência. As

queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para acidentes de transporte e homicídios. Alguns estudos apontam as crianças como as maiores vítimas (Rossi et al., 2003; Werneck & Reichenheim, 1997).

De acordo com o senso apresentado pelo DATASUS para o ano de 2006, houve 16.573 internações de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras menores de 15 anos, correspondendo a 14% das internações por causas externas no Brasil.

Na maioria dos casos, as queimaduras em crianças acontecem em ambiente doméstico e são provocadas pelo derramamento de líquidos quentes sobre o corpo. Nestes casos, costumam ser mais superficiais, porém mais extensas (Costa, Abrantes, Lamounier & Lemos, 1999). Acidentes com chamas são mais frequentemente observados em crianças a partir da idade pré-escolar (Bicho & Pires, 2002).

No Pará, Oliveira, Ferreira e Carmona (2007) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a clientela pediátrica atendida em um hospital referência no atendimento a pacientes queimados, no período de março a julho de 2006. Participaram 55 crianças internadas vítimas de queimadura. Os dados foram coletados por meio da análise de prontuário, atendimentos individuais e protocolos de atendimento à família. Das 55 crianças atendidas, 37 eram do sexo masculino e 23 estavam na faixa etária de um mês a dois anos. Quanto ao agente causador da queimadura, 26 crianças foram vitimadas em decorrência do derramamento de líquidos aquecidos. Quanto às características dos cuidadores, 32 eram provenientes do interior do estado, a maioria (n=18) estava na faixa etária de 26 a 30 anos; 30 apresentavam o Ensino Fundamental incompleto e 38 tinham mais do que dois filhos. Os achados deste estudo são semelhantes aos encontrados na literatura nacional e internacional.

Prognóstico e tratamento da queimadura

Guerrero (2008) destaca que a queimadura, além de constituir um atentado à integridade física das pessoas, representa uma experiência de grande potencial traumático devido ao elevado grau de dor, às lesões de tecidos, órgãos ou membros, além das cicatrizes que afetam a imagem corporal e a sensibilidade da pele.

O prognóstico para o tratamento da queimadura melhorou acentuadamente nos últimos anos devido ao reconhecimento da importância do debridamento² precoce e ao emprego de substitutos biológicos da pele. Entretanto, as queimaduras ainda configuram importante causa de mortalidade, além de resultarem em morbidade pelo desenvolvimento de sequelas. Dentre as mais frequentes estão: (a) a incapacidade funcional, principalmente quando atinge as mãos; (b) as deformidades, sobretudo da face; (c) as sequelas de ordem psicossocial, e (c) dependendo da localização, as queimaduras podem ainda causar danos neurológicos, oftalmológicos e geniturinários (Vale, 2005).

Dependendo da gravidade, a queimadura pode traduzir-se em hospitalizações por vezes prolongadas e demandando a realização de procedimentos invasivos, necessários para o tratamento. Com isso, o paciente fica privado de seu convívio familiar e de suas interações sociais, além de ficar exposto à dor física provocada pelo tratamento. Destaca-se que, entre as lesões pediátricas mais dolorosas e que necessitam de períodos de internação prolongados, está a queimadura, mais do que qualquer outro tipo de lesão (Bicho & Pires, 2002).

O tratamento da queimadura difere de acordo com a gravidade da lesão. Comumente, a área afetada é anestesiada e esfregada com uma escova seguida da aplicação de um creme com antibiótico. A seguir, é feito um curativo, geralmente com gaze, para

² Debridamento: é o processo de remoção de tecidos desvitalizados, necróticos e de corpos estranhos do leito da ferida (Vale, 2005).

proteger a área queimada de contaminação e de outras possíveis lesões (Bicho & Pires, 2002; Gomes, Serra & Pellon, 1995; Rossi et al., 2003; Vale, 2005).

As queimaduras mais graves exigem um tratamento imediato, de preferência em um hospital referenciado. Quando a derme é muito lesada, geralmente é necessária a realização de enxerto de pele. O enxerto consiste na retirada de um pedaço de pele saudável de áreas não queimadas do corpo da vítima, denominado de autoenxerto (Gomes et al., 1995).

Procedimentos inerentes ao processo de recuperação, como hidroterapia, limpeza das lesões com remoção do tecido desvitalizado, mudança de compressas e fisioterapia, são reconhecidos como particularmente dolorosos. Por exemplo, as mudanças de compressas (curativos) são usualmente dolorosas, mesmo com a utilização de sedativos (Bicho & Pires, 2002).

Dependendo do grau e profundidade da lesão, os curativos são realizados em Bloco Cirúrgico com o uso de sedação³ para que a criança não sinta a dor decorrente da manipulação da queimadura e para que toda a secreção, que pode ocasionar infecção, seja removida. Com a evolução do tratamento e avaliação dos médicos, a criança passa a realizar os curativos sem o uso de sedação, haja vista a necessidade de considerar os riscos do uso frequente de medicação sedativa (Vale, 2005).

Esses eventos estressores fazem parte do tratamento e afetam diretamente as crianças e seus familiares. No entanto, espera-se que por meio do manejo de variáveis contextuais, sejam estabelecidos repertórios comportamentais que permitam à criança controlar mais eficientemente as variáveis ambientais apontadas como aversivas ou ameaçadoras.

³ Sedação: termo utilizado para designar uma técnica anestésica que promove inconsciência total, abolição da dor (analgesia / anestesia) e relaxamento do paciente, possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica conhecida. Pode ser obtida com agentes inalatórios, comumente utilizados com paciente pediátricos, e/ou endovenoso (Pereira, Trugilho, Eulálio & Jamel, 2006).

Assim, o procedimento de curativo, necessário ao tratamento da criança vítima de queimadura, pode estar associado a diversas consequências de caráter aversivo, passíveis de serem observadas. Entre elas: desconforto ao retirar as ataduras, já que na maioria das vezes, esta fica colada na área lesionada; o ardor da ferida; a manipulação da ferida com a medicação; a aplicação da medicação e o fechamento do curativo, quando as ataduras são pressionadas sobre a pele da criança. Assim, faz-se necessário intervir diretamente com a criança, objetivando desenvolver habilidades de enfrentamento da dor.

Estratégias de enfrentamento (*coping*)

O termo enfrentamento é originário da tradução de *coping* para a língua portuguesa. Motta, Enumo e Ferrão (2006) afirmam que este termo era utilizado pela “Psicologia do Ego” como referência aos mecanismos de defesa e lhe era atribuída a característica de algo estável. Na década de 1960, Susan Folkman e Richard Lazarus atribuíram ao termo uma abordagem cognitivo-comportamental para o processo de enfrentamento. Sendo assim, consideravam que este termo estava relacionado às respostas adotadas pelo indivíduo, de acordo com a sua função, podendo orientar para a situação a ser enfrentada e/ou para o conteúdo emocional da situação.

Em alternativa às abordagens clássicas de enfrentamento, Lazarus e Folkman (1984) desenvolveram um modelo de análise e de compreensão desse processo, designado por abordagem transacional ou interacionista, aceito como referencial teórico por diversos autores que investigam o tema (e.g. Causey & Dubow, 1992; Compas, 1987; Frydenberg & Lewis, 2000; Rudolph, Dennig & Weisz, 1995; Ryan-Wenger, 1990; Seiffge-Krenke, 1995; Serra, 2002; Skinner & Wellborn, 1997; Somerfield & McCrae, 2000; Stroebe & Stroebe, 1995; Tennen, Affleck, Armeli & Carney, 2000; Weinman, Wright & Johnston,

1995) e que tem sido sistematizado e aperfeiçoado até aos nossos dias (Cleto & Costa, 2000). Assim, o enfrentamento seria:

Os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas pela pessoa como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos. Estes esforços cognitivos e comportamentais estão constantemente em mudança, em função de avaliações e reavaliações contínuas da relação pessoa-meio, que está também continuamente em mudança (Folkman & Lazarus, 1991, p. 210).

Os estudos sobre as estratégias de enfrentamento têm demonstrado que estas são esforços de regular as emoções negativas associadas às situações estressantes, sendo consideradas importantes para reduzir os efeitos adversos destes eventos (Compas, Malceme & Fondacaro, 1988). As estratégias de enfrentamento têm por objetivo manter o bem-estar do indivíduo através de mecanismos que amenizem os efeitos estressantes de condições aversivas, como doença e hospitalização (Santos & Enumo, 2003).

Estratégias de enfrentamento podem ser treinadas em diferentes contextos, a hospitalização, por exemplo, pode possibilitar que o paciente aprenda mais sobre a doença e o funcionamento de seu corpo; conheça sobre as profissões da área da saúde; adquira habilidades para lidar com as contingências em vigor; interfira nas decisões de seu tratamento, mantenha a sua independência, autocontrole e autoconfiança, tornando-se, assim, participante ativo de sua recuperação (Rushforth, 1999).

Com a intenção de reduzir, minimizar ou tolerar uma situação estressora, por meio de um conjunto de esforços de ajustamentos cognitivos e comportamentais, o enfrentamento é visto com um mediador entre o estressor e o resultado que advém deste (Peterson, 1989).

Motta e Enumo (2002) apontam a escassez de estudos realizados acerca do

enfrentamento desenvolvidos com a população infantil, o qual apresenta algumas particularidades. Sobre esse aspecto, Compas et al. (1988) destacam que a influência de características do desenvolvimento cognitivo e social tendem a afetar o que as crianças experimentam como estresse e como lidam com estas situações. Assim, variáveis como idade, hábitos familiares, crenças sobre a autopercepção e autoeficácia seriam responsáveis pelas respostas de enfrentamento emitidas pela criança durante a hospitalização. Motta e Enumo, enfatizando a influência dessas variáveis, destacam que os estudos sobre enfrentamento em crianças têm investigado eventos de vida considerados estressantes, como o divórcio dos pais, consultas médicas e odontológicas, situações relacionadas a resultados escolares, além da experiência de hospitalização.

De acordo com o Modelo Comportamental de Enfrentamento, o indivíduo aprende a comportar-se com a finalidade de reduzir ou evitar consequências aversivas diante de circunstâncias adversas, a partir do pressuposto de que há a possibilidade de alteração das relações estabelecidas entre o ambiente e o indivíduo (Carpenter, 1991). Sendo assim, ocorre uma ampliação de repertório comportamental, ou seja, ocorre a aquisição e manutenção de um novo comportamento mais adequado para lidar com a situação aversiva (Costa Jr., 2005). Carpenter descreve este modelo como sendo eficaz, pois possibilita a obtenção de indicadores positivos de qualidade de vida, como a redução de queixas de dor.

Autores que investigam a eficácia da utilização de técnicas de enfrentamento têm realizado estudos com crianças submetidas a procedimentos médicos invasivos, tais como punção venosa (Costa Jr., 2001; Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001), hemograma (Ribeiro, Sabatés & Ribeiro, 2001) e tratamento odontológico (Moraes et al. 2006).

Atualmente, ainda que tenha ocorrido um avanço na produção científica sobre o tema em diversas áreas de conhecimento, as medidas de enfrentamento e sua efetividade ainda são consideradas desafios da área. Em revisão crítica sobre a estrutura de

enfrentamento, Skinner, Edge, Altman e Sherwood (2003) estabeleceram, como consenso na área, a compreensão sobre como o estresse afeta a vida das pessoas. Entretanto, ressaltam a dificuldade sobre como definir ou medir o enfrentamento.

Tentando contornar alguns desses problemas Motta e Enumo (2002) desenvolveram um instrumento denominado de *Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização* (AEH). Este permite a identificação dos comportamentos mais frequentemente apresentados pelas crianças ao lidarem com a situação de hospitalização. Trata-se de material lúdico que facilita o acesso e a avaliação de crianças hospitalizadas, pela psicóloga, em um curto espaço de tempo. A avaliação consiste em apresentar pranchas com 20 cenas desenhadas sobre temas que retratam possíveis estratégias de enfrentamento da hospitalização. Estas foram classificadas como estratégias facilitadoras (adaptativas) e não facilitadoras (não adaptativas à situação), segundo avaliação prévia da pesquisadora apoiada no senso comum de adequação.

Posteriormente, Motta (2007) analisou os comportamentos de enfrentamento de 12 crianças com câncer internadas em um hospital público, com idades entre 7 a 12 anos, divididas em grupo controle e grupo experimental. Além do AEH, foi utilizado, também, o CBCL - Lista de Verificação Comportamental, para avaliar problemas de comportamentos prévios à hospitalização. As crianças do grupo experimental foram submetidas à intervenção clínica com profissional de psicologia para aquisição de estratégias de enfrentamento da hospitalização. Os resultados não apontaram correlação entre problemas de comportamento, preferências lúdicas e estratégias de enfrentamento antes da intervenção. Houve um aumento de comportamentos facilitadores (adaptativos) à hospitalização, além da redução significativa de comportamentos não-facilitadores, identificada apenas no grupo experimental.

Em contextos de saúde e doença, pesquisas sobre estratégias de enfrentamento têm valorizado a análise do padrão e/ou repertório de enfrentamento, bem como a identificação de variáveis sociodemográficas, médico clínicas e emocionais associadas à utilização de estratégias de enfrentamento (Endler & Parker, 1999; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001).

É fato que tanto crianças como adolescentes apresentam comportamentos de ansiedade diante da hospitalização. Entretanto, quando confrontadas com situações estressoras, como a exposição a procedimentos dolorosos, podem apresentar uma variedade de estratégias de enfrentamento e, ainda assim, aprender novas técnicas de controle da dor, que, se lhes forem ensinadas de forma efetiva, favorecem o aumento de comportamentos adequados após a experiência de internação (Le Roy et al., 2003).

Costa Jr. (2005) alerta para vários problemas metodológicos, em estudos sobre enfrentamento realizados com crianças, que dificultam a avaliação da eficácia das estratégias utilizadas. Dentre estes problemas, destaca a inexistência de uniformidade no modo como se investigam as relações funcionais entre o contexto de tratamento e as formas de enfrentamento, a falta de critérios que permitam padronizar indicadores de enfrentamento em situações específicas, e muitos trabalhos conduzidos em contextos domiciliares ou ambulatoriais reduzindo sua aplicabilidade ao ambiente hospitalar.

Pesquisas apontam que as crianças quando internadas adotam diversas estratégias de enfrentamento consideradas facilitadoras ou não-facilitadoras. Dentre elas, procurar informações sobre a doença ou aproveitar a sua condição de enfermidade para obter benefícios (Costa Jr., 2005; Motta & Enumo, 2002). Assim, faz-se necessário que tanto a equipe de saúde como a família da criança permaneçam atentas para que ganhos secundários advindos da doença não influenciem a sua recuperação.

A intervenção psicológica utilizada durante a execução de procedimentos invasivos que vise o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, de acordo com Costa Jr.

(2001), pode incluir a execução de um programa de modificação de *comportamentos concorrentes*, entendidos como uma classe de respostas, operantes e respondentes, que impedem, atrasam ou dificultam a execução de um procedimento invasivo e que sinalizam a ocorrência de sofrimento físico e/ou psicológico. Assim, a intervenção objetiva possibilitar que a criança adquira comportamentos que, quando emitidos, não permitam a ocorrência simultânea de comportamentos concorrentes.

Costa Jr. (2001) destaca ainda que, antes de selecionar as estratégias de enfrentamento mais adequadas para serem treinadas com a criança, é necessário identificar as variáveis que condicionam a criança a discriminar o caráter estressante de determinada situação, além de analisar a forma com que a criança lida com essas variáveis e se expressa através de comportamentos.

No que se refere à manutenção de respostas adquiridas a partir de intervenções psicológicas baseadas no modelo comportamental de enfrentamento, autores como Carpenter (1991) e Siegel (1995) apontam resultados positivos, ao longo do tempo, em participantes que passaram por intervenções baseadas neste modelo.

Com pacientes vítimas de queimaduras, a realização de procedimentos invasivos poderá continuar acontecendo mesmo após a alta médica, uma vez que, dependendo das sequelas ocasionadas pela queimadura, a criança necessitará de outros curativos durante o acompanhamento ambulatorial. Assim, espera-se que a criança, ao aprender a enfrentar situações aversivas, como o curativo da queimadura realizado em enfermaria, generalize seus comportamentos não concorrentes que possam facilitar a execução do procedimento, independente do ambiente onde o procedimento for realizado.

Enfrentamento da dor

A dor é subjetiva e tem sido descrita como aquilo que o indivíduo que a experimenta diz que é. Sendo assim, a intensidade, a duração e os significados atribuídos são determinados pelo próprio indivíduo. De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional associada a uma lesão de tecidos ou descrita em termos de tais danos. Em todas as situações de dor, sejam elas pequenas ou severas, a interação de pensamentos, crenças, emoções e atitudes relacionadas a essas sensações que ocorrem nos corpos criam a experiência de dor. Tal definição tem sido comumente utilizada. Entretanto, Correia e Linhares (2008) consideram tal definição incompleta haja vista que não abrange bebês e pessoas com déficits cognitivos, pois ainda que sintam dor, não possuem repertório apropriado para descrevê-la.

Alguns autores destacam a necessidade de avaliar a dor individualmente, uma vez que a experiência dolorosa é associada a fatores como extensão e localização do ferimento, história de vida, contexto socioeconômico, suporte social, equipe de saúde, estado emocional, nível de ansiedade e de tolerância à dor, experiências anteriores, faixa etária e a cultura (Hortense & Sousa, 2009; Menossi, Lima & Corrêa, 2008; Rossi et al., 2000).

Kuttner (2004) ressalta que crianças, quando encorajadas a controlar sua dor e a descrevê-la, de acordo com sua sensação, tendem a ter a sua recuperação mais rápida. Destaca, ainda, que a orientação adequada fornecida à criança pode possibilitar que esta descreva de forma mais precisa o tipo e intensidade de sua dor. Assim, o tratamento passa a ser melhor direcionado.

Damasceno (2005) objetivou identificar o perfil epidemiológico e avaliar a dor de crianças vítimas de queimaduras a fim de fornecer subsídios ao serviço de queimados do Instituto Dr. José Frota em Fortaleza. Participaram 100 crianças, onde 56% eram meninos

e 61% tinham idade entre 2 e 10 anos. Foi aplicado um protocolo de entrevista e a Escala Visual Analógica [EVA]. Constatou-se que 60% das crianças sofreram acidentes na cozinha e 66% por líquidos quentes. A dor esteve presente, no momento do acidente, em 91% dos participantes, principalmente nas crianças que apresentavam queimaduras de 2º e 3º graus. Quando o protocolo de entrevista foi aplicado, 23% afirmaram estar com dor. Sendo assim, é evidenciado a necessidade de elaborar estratégias que minimizem sofrimentos futuros, além de adequar os instrumentos de mensuração e reorganizar a dinâmica de atendimento e funcionamento da equipe de saúde.

Em crianças pequenas, o repertório de enfrentamento da dor é limitado até que esses comportamentos sejam adquiridos durante o desenvolvimento e o processo de socialização da criança (Álvarez & Marcos, 1997).

O desenvolvimento de processos cognitivos e a aquisição da linguagem em crianças favorecem a descrição dos seus sentimentos em relação à dor. Entretanto, ainda que a criança tenha uma boa capacidade de comunicação, pode não apresentar repertório comportamental para dispor de estratégias que reduzam a sua dor (Álvarez & Marcos, 1997).

Para Kuttner (2004), crianças pré-escolares podem achar que a dor é consequência de seu mau comportamento ou uma forma de punição. Na fase escolar, as crianças já seriam capazes de fazer relação entre as causas e consequências de sua dor.

Critérios para a avaliação da dor em crianças durante a realização de procedimentos invasivos têm como objetivo obter medidas quantitativas como: a intensidade da dor, o grau de ansiedade, a presença e a intensidade de comportamentos indicadores de desconforto, entre outras. Atualmente, existe uma variedade de escalas para a avaliação da dor, sendo a escolha determinada pelo nível de desenvolvimento da criança. Escalas padronizadas permitem uma melhor comunicação sobre a dor (Kazanowski & Laccetti,

2005). As melhores escalas para serem utilizadas com crianças são as visuais, feitas com cores, em blocos separados que podem estar combinados com palavras descritivas ou com classificação numérica. O uso de cartões com expressões faciais, variando desde “feliz” até “chorando”, também é útil em estudos com crianças.

Em pesquisa, os métodos mais frequentemente usados com crianças são as escalas de avaliação descritiva, como a escala de faces (Álvarez & Marcos, 1997), que consiste em desenhos ou figuras de faces com diferentes expressões de dor. Cada expressão varia de acordo com a intensidade que se deseja representar.

Correia e Linhares (2008) realizaram um estudo a fim de identificar os principais instrumentos utilizados para avaliar os comportamentos de crianças pré-escolares diante de situações de dor, em produções científicas no período entre 2001 e 2006. Foi evidenciado que a Escala de Faces se adequou a esta população, possibilitando análises satisfatórias.

Hortense e Sousa (2009) conduziram uma pesquisa com trinta pacientes adultos e com sessenta profissionais de saúde interessados em verificar a efetividade de escalas que mensuram a dor, comparando as de intensidade e de magnitude e as possíveis relações entre elas. Os resultados apontaram semelhanças tanto na intensidade quanto na magnitude da avaliação da dor de pacientes com câncer, infarto, doentes renais e aids. Entretanto, houve diferenças na percepção da intensidade de dor, no que se refere aos grupos estudados, pois a equipe de enfermagem subestimava a percepção da dor descrita pelos pacientes. Em geral, houve um significativo nível de concordância entre os métodos utilizados para a avaliação da dor em adultos.

Devido à dificuldade em distinguir dor de demais reações de sofrimento e desconforto, o termo *distresse* é melhor utilizado para definir o desconforto que inclui a dor, o medo e a ansiedade diante da realização de procedimentos invasivos (Álvarez & Marcos, 1997; Routh, 1993).

É reconhecido que a ansiedade e experiências anteriores de dor influenciam no distresse ocasionado pela realização de repetidos procedimentos invasivos. Desse modo, para minimizar tanto a dor como a ansiedade durante a realização de tais procedimentos, técnicas que vão desde o ensino de estratégias de enfrentamento, até sedações que levam à perda de consciência, têm sido utilizadas (Hain, Campbell, Space & Bauchner, 2001).

Costa Jr. (2001) destaca a influência de variáveis presentes no ambiente social e familiar da criança, pois podem interferir no seu comportamento de distresse durante o procedimento invasivo. Essas variáveis seriam: comportamentos de superproteção materna, agressividade familiar e utilização de práticas punitivas parentais. Sendo assim, chama atenção para a necessidade de analisar funcionalmente o comportamento da criança durante o procedimento médico invasivo.

Pesquisas que visam reduzir a dor de crianças durante a realização de procedimentos invasivos têm-se tornado cada vez mais frequentes. Um destes estudos foi realizado por Schiff, Holtz, Peterson e Rakusan (2001) com o objetivo de verificar o efeito de intervenções na redução da dor e distresse durante procedimentos de punção venosa em crianças portadoras de HIV. O levantamento da linha de base foi feito por meio de observações diretas dos comportamentos emitidos pela criança durante o primeiro procedimento. Após o consentimento do cuidador, foi utilizada uma pomada anestésica (EMLA) e a punção foi realizada em uma sala especial na qual estavam dispostos recursos lúdicos. A intervenção seguinte, realizada no momento do retorno, consistia em a criança e o cuidador serem submetidos a uma sessão para encorajar a intervenção utilizando técnicas de distração com o objetivo de ambos se sentirem mais confortáveis em seguir as intervenções do estudo. O psicólogo treinava a criança para o procedimento, a aplicação de EMLA era mantida e o procedimento de intervenção consistia em uma sessão de preparação, ensaio e treino de estratégias de enfrentamento. Na sessão subsequente, não

era oferecida estratégia para administração da dor, a EMLA e o reforçamento eram mantidos. Durante cada procedimento, o pesquisador media o nível de distresse por meio de observação direta; cuidador e criança também informavam a medida subjetiva do distresse após cada procedimento. Durante a intervenção, a criança era instruída que sua tarefa era manter o braço calmo e que poderia escolher o que usar para distração. O cuidador era incentivado a participar oferecendo reforço verbal. Como medidas comportamentais foram usados os seguintes recursos: *Procedure Behavior Checklist* (PBCL) com a criança, bem como a escala de faces; e, para os cuidadores, foi usada uma escala de avaliação da ansiedade. Os resultados indicaram significativo decréscimo tanto no comportamento de distresse como no relato da dor como resultado da intervenção.

Costa Jr. (2001) realizou um estudo descritivo com os seguintes objetivos: (a) descrever o repertório de comportamentos de crianças em tratamento de câncer expostas a procedimentos médicos invasivos, definindo categorias de comportamento das crianças e eventos ambientais antecedentes, e (b) descrever o repertório de comportamentos de crianças expostas à punção venosa (PV), através da simulação de uma situação de PV anterior à execução do procedimento real. O estudo foi desenvolvido por meio de um programa de treinamento para observadores, com o registro de categorias de comportamentos das crianças e auxiliares de enfermagem apresentados durante o procedimento. Um estudo preliminar identificou os comportamentos emitidos durante a realização da PV em 20 crianças. Foram observados os comportamentos concorrentes emitidos durante o procedimento e agrupados em categorias de análise. O estudo seguinte, também descritivo, foi realizado com 18 crianças e ocorreu por meio de registros de comportamentos observados a partir das categorias de análise identificadas no estudo preliminar. Os resultados mostraram que, durante 54 sessões de PV, houve a necessidade de mais de uma tentativa em 11 crianças. Em seguida, foi realizado um estudo

experimental que consistiu em intervenção objetivando reduzir o número de comportamentos concorrentes durante a PV. A intervenção consistiu na manipulação de procedimentos de simulação de PV anteriores à situação real, verificando-se os efeitos obtidos sobre o repertório de comportamentos das crianças. Participaram deste estudo, 10 crianças na faixa etária de 4 anos a 10 incompletos. A intervenção consistia no fornecimento de informação sobre o material utilizado em PV, através de miniaturas de enfermagem e de instrumentos médicos. Os estímulos eram 11 objetos utilizados na execução do procedimento e uma foto dos auxiliares de enfermagem. Eram fornecidas dicas de como se comportar para diminuir a dor. O total de ocorrências de comportamentos, por categoria, comparando-se a primeira e a segunda sessão de todos os participantes, demonstrou uma redução no total de comportamentos concorrentes da ordem de 16,54%. Houve aumento de 366,7% nos comportamentos não concorrentes e, em apenas uma sessão foram necessárias duas tentativas de PV.

Observa-se, portanto, que grande parte das pesquisas que têm crianças como participantes utiliza, como método de avaliação da dor e do distresse, técnicas de observação comportamental, medidas de autorrelato como a Escala de Faces e medidas fisiológicas.

Siegel (1995) enfatiza a dificuldade de quantificar o distresse devido a este ser associado a diversas variáveis, como elementos cognitivos, afetivos e comportamentais, que podem interferir na avaliação. Assim, sugere que para que haja uma correta avaliação, é necessário que se utilize vários métodos além de considerar a influência do tipo de intervenção utilizada, o estágio de desenvolvimento da criança, sua experiência com eventos estressores, além do tipo de procedimento a ser realizado.

A observação direta de comportamentos emitidos pela criança tem como objetivo registrar os comportamentos observados durante situações de dor ou ansiedade.

Atualmente, existem escalas já padronizadas para alcançar esse objetivo (Álvarez & Marcos, 1997). Uma dessas escalas, a Observation Scale of Distress Behavioral (OSBD), inclui onze comportamentos indicativos de distresse como: lacrimejar, gritar, enrijecer os músculos, resistir verbal ou fisicamente e demandar por suporte social (Álvarez & Marcos, 1997; Costa Jr., 2001).

De acordo com Peterson, Crowson e Holdridge (1999), a OSBD é a escala comportamental mais utilizada para investigar o comportamento de crianças expostas a procedimentos médicos. Acrescenta-se ainda, o fato de ela ter-se mostrado sensível para a identificação de mudanças de comportamento em crianças submetidas a diferentes procedimentos invasivos (Blount, Sturges & Powers, 1990; Dahlquist, Power, & Carlson, 1995).

Entretanto, ainda que as escalas sejam recursos fidedignos de avaliação, respostas fisiológicas (como pressão sanguínea sistólica e diastólica, batimentos cardíacos, resposta galvânica da pele e taxa de suor das mãos) e registros de estresse comportamental, avaliado por profissionais de saúde, também podem ser utilizadas como instrumentos de avaliação da dor durante a realização de procedimentos médicos (Elliott, Jay & Woody, 1993).

De acordo com Carr, Lemanek e Armstrong (1998), as medidas fisiológicas mais utilizadas em estudos de manejo de dor e distresse analisam, por meio de aparelhos acoplados ao corpo da criança, o registro dos batimentos cardíacos e da pressão sanguínea. Entretanto, Kuppenheimer e Brown (2002) e Young (2005) destacam a falta de coerência observada entre as medidas fisiológicas e o distresse observado ou descrito pela criança. Enfatizam assim, a necessidade de considerar funcionalmente as variáveis que antecedem o procedimento e as que estão presentes durante e após este.

Além de focalizar a criança no que se refere a sua percepção de dor, estudos como o de Rossi et al. (2000) buscaram identificar os significados culturais atribuídos pela

equipe de enfermagem às manifestações de dor apresentadas por pacientes internados em uma unidade de queimados, além de identificar as percepções dos pacientes frente à dor causada pela lesão e à atenção prestada pela equipe de saúde nestas situações. Participaram 4 enfermeiros, 5 auxiliares de enfermagem e 12 pacientes, entre adultos e crianças. Foram realizadas observações durante o procedimento e entrevistas com a equipe e com o paciente. Constatou-se que, os procedimentos realizados, como os curativos, são geradores de dor intensa, difícil de ser descrita ou mensurada, tanto por pacientes quanto pela equipe. Identificou-se um maior estresse em realizar tais procedimentos em pacientes pediátricos, tanto para a equipe, quanto para o paciente. Pelo fato de o curativo ser uma rotina, os pacientes já começavam a expressar dor intensa e incontrolável quando eram informados da realização do procedimento, ou ao mais leve toque dos profissionais de enfermagem. Mesmo após o curativo, muitos pacientes apresentavam dificuldades para dormir, relatando que já estavam “pensando” no curativo do dia seguinte.

Quanto ao procedimento invasivo se tornar uma rotina, Costa Jr. (1998), considerando a experiência de punção venosa, sugere a análise de fatores relacionados à história prévia que poderiam estar maximizando a percepção de aversividade e condicionando um quadro de responsividade comportamental indicativo de sofrimento. Tais fatores seriam: a experiência de dor aprendida a partir de condicionamento de estímulos associados a eventos aversivos; estado afetivo e motivacional, incluindo ansiedade antecipatória por meio da qual a criança identifica os riscos de sofrer consequências negativas da situação, e o repertório de comportamentos sociais e habilidade geral da equipe de enfermagem.

De acordo com Vessey, Carlson e McGill (1994), Torritesi e Vendrúsculo (1998) e Rossi et al. (2000), o *distresse comportamental* apresentado pelos pacientes pediátricos pode aumentar o tempo de realização do procedimento invasivo, afetando a relação entre

profissional e paciente. Assim, a avaliação clínica que a equipe faz em relação à dor descrita pela criança pode acarretar no uso desnecessário de medicações analgésicas.

Quanto a isso, Kuttner (2004) destaca a importância da utilização de procedimentos que busquem a redução do uso de medicações analgésicas para o controle da dor, especialmente no caso de crianças. Tais medicações têm o poder de minimizar a dor em um espaço curto de tempo. Entretanto, o seu uso excessivo em crianças pode acarretar na necessidade de doses cada vez mais fortes, que podem desenvolver dependência.

Neste sentido, ao investigar o uso de placebo⁴, Cindy (2000) destaca que achados científicos enfatizam os mecanismos responsáveis pelos seus efeitos e que o seu uso pode ter função fundamental no processo de melhora clínica do paciente. Entretanto, ao se tratar da dor do paciente vítima de queimadura, Dourado, Fernandes, Meireles e Monteiro (2004) sugerem que tanto o uso do placebo como o de analgésicos, habitualmente utilizados, na verdade não podem ser considerados como procedimentos terapêuticos comprovados já que, nesses casos, a melhora atribuída ao uso de determinadas drogas corresponderia a um possível efeito placebo apresentado pela mesma. A história natural e a melhora no quadro clínico podem justificar a melhora da dor que pode ser atribuída aos efeitos específicos do tratamento. Assim, há um crescente interesse em verificar até que ponto é válido utilizar placebos e até mesmo qual o real efeito dos medicamentos usados no combate à dor.

Embora não haja evidências sobre os benefícios advindos do uso de placebo para controle da dor em crianças, procedimentos que não fazem uso de medicação para auxiliá-las no controle do distresse comportamental quando expostas a procedimentos invasivos têm-se mostrado eficazes. Portnoi (2001) destaca os métodos educativos terapêuticos, dos quais as intervenções psicoeducativas e os programas interdisciplinares fazem parte, como

⁴ *Placebo*: definido como uma substância sem atividade farmacológica, que pode ser administrada como controle em tratamentos clínicos com medicamentos, ou pode ser dado ao paciente para tentar se alcançar efeitos benéficos (Arkader, Araújo, Silva, Hirschheimereu & Carvalho, 2006).

sendo um recurso para auxiliar o controle da dor em crianças. Tais intervenções são, de um modo geral, derivadas das terapias cognitivas e comportamentais e podem ser realizadas de maneira individual ou grupal.

Estratégias comportamentais para a realização de procedimentos invasivos

As técnicas de intervenção comportamentais incluem o ensino de estratégias que podem ser utilizadas para o manejo do distresse e da ansiedade. Essas técnicas ajudam os pacientes a antecipar, reconhecer e controlar os estressores psicológicos, comportamentais, emocionais e as respostas cognitivas resultantes da situação estressante (LeRoy et al. 2003). O objetivo geral dessas técnicas consiste na diminuição do medo e do distresse associados à realização de procedimentos invasivos. Suas principais vantagens incluem o fato de possuírem baixo custo em relação às técnicas de manejo farmacológico; são facilmente aplicadas pela equipe de saúde; favorecem a adaptação pós-intervenção; diminuem a angústia dos pacientes bem como a de seus familiares; proporcionam o aumento da adesão às instruções oferecidas pela equipe de saúde; reduzem o tempo para a realização do procedimento e a quantidade de fármacos utilizados para o controle da dor (World Health Organization, 1993).

De acordo com LeRoy et al. (2003), técnicas comportamentais utilizadas para a realização de procedimentos invasivos ajudam a criança, seus familiares e a equipe de saúde por reduzirem a ansiedade destes, propiciarem comportamentos colaborativos durante e após a realização dos mesmos, desenvolverem o autocontrole dos pacientes, ajudarem na recuperação destes e favorecerem ajustamentos emocionais e comportamentais no paciente e em seus familiares.

Le Roy et al. (2003) sugerem que, antes de se programar uma estratégia de intervenção comportamental com crianças, deve-se considerar fatores como: (1) o nível de

desenvolvimento da criança e os estilos de enfrentamento adotados; (2) o entendimento da situação clínica e do prognóstico do tratamento pela criança e seus familiares; (3) experiências prévias de internação, principalmente aversivas; (4) atual percepção emocional, cognitiva e física do paciente; (5) medos em geral e a procedimentos específicos; (6) a composição familiar, incluindo aspectos como cultura e religião; (7) que informação é melhor processada pelo paciente e seus familiares, como verbal, visual, escrito e sensorial; (8) estressores familiares como dificuldades financeiras, de transporte, sociais e outros problemas de saúde que afetem membros da família, e (9) estilo de enfrentamento familiar e modelos de tomada de decisão.

Quanto à classificação das estratégias de intervenção comportamental com crianças expostas a procedimentos invasivos, a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1993) classifica em três tipos: (1) as técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas para reduzir a ansiedade e o medo dos pacientes antes da ocorrência do procedimento, através de técnicas de relaxamento, estratégias de enfrentamento, modelação e situações de simulação de procedimentos médicos; (2) métodos comportamentais de treino de autocontrole, biofeedback e relaxamento dirigido por imaginação, e (3) controle instrucional, com apresentação de justificativas para a realização do procedimento.

A seguir são apresentadas as técnicas mais comumente usadas.

No que se refere a mais efetiva e utilizada técnica dentre as intervenções cognitivo-comportamentais para crianças, está a *distração*. Tal técnica consiste no redirecionamento da atenção da criança do estímulo estressor para estímulos distratores, que podem ser visuais, como vídeos, desenhos, balões, brinquedos com movimentos, livros e videogames, e auditivos, como músicas e cds de relaxamento (Álvarez & Marcos, 1997; Le Roy et al., 2003).

Pesquisas que utilizaram a distração como técnica de intervenção obtiveram resultados satisfatórios com crianças na faixa etária de dois meses a três anos submetidas a procedimentos invasivos (Cohen, 2002), crianças e adolescentes na faixa etária de 11 a 17 anos submetidas a tratamento de quimioterapia (Kolko & Rickard-Figueroa, 1985) e participantes na faixa etária de 6 a 18 anos submetidos a punção lombar de medula óssea (Smith, Ackerson & Blotcky, 1989).

Entretanto, de acordo com Kuttner (2004), o uso da distração não é indicado para crianças que são submetidas a experiências longas de dor. Tal procedimento demonstra que a criança pode usar sua capacidade cognitiva de tentar afastar a dor, entretanto, não exclui a existência da dor. Em procedimentos invasivos onde há lesões extensas, como pode ser o caso de curativo de queimaduras, os sintomas físicos de dor irão permanecer, independentemente da distração.

Outra técnica consiste no ensino, para a criança, de *relaxamento muscular*, através de palavras faladas pelo profissional até que o relaxamento corporal total seja conseguido. Normalmente, esta técnica se associa a exercícios de controle da respiração, que envolvem a respiração lenta feita pela inalação profunda de ar pelos músculos abdominais e expiração controlada (Le Roy, 2003). É difícil determinar contribuições específicas desta técnica, pois, em geral, estudos que utilizam o relaxamento e a respiração fazem uso destes em conjunto com outros procedimentos terapêuticos, como a distração (Álvarez & Marcos, 1997). No caso de paciente vítima de queimadura, a utilização do relaxamento muscular se torna limitada, haja vista que alguns destes pacientes estão com lesões muito extensas e em locais que dificultam a respiração normal.

Walker e Healy (1980) descrevem um estudo com uma criança de oito anos, vítima de queimadura de segundo e terceiro graus submetida ao procedimento de debridamento. A intervenção consistiu em combinações de técnicas comportamentais, como o treino de

relaxamento muscular e o uso de jogos e livros como distração. De acordo com os autores, o uso de variadas técnicas em resposta às necessidades emocionais da criança possibilitou uma redução no tempo utilizado para a realização do procedimento. Entretanto, através da descrição do procedimento utilizado não foi possível identificar de que forma as intervenções foram realizadas. Assim, é visto que, a associação de técnicas comportamentais demonstrou resultados positivos, entretanto, não é possível afirmar qual técnica se mostrou mais eficiente.

O *biofeedback* também tem sido muito utilizado. Seu uso facilita o relaxamento e o controle dos processos psicológicos através de parâmetros sensoriais que são avaliados por meio de equipamento monitorizado (LeRoy, 2003). Entretanto, as lesões presentes nas crianças vítimas de queimadura podem impedir a colocação do equipamento; sendo assim, tal técnica é inviável para essa população.

Ensinar a criança a se comportar de acordo com o modelo de outra criança, consiste na técnica de *modelação*. Através desta técnica é possível fornecer à criança informações sensoriais, como pensamentos e sentimentos, a respeito do procedimento e ao mesmo tempo modelar comportamentos de enfrentamento (Álvarez & Marcos, 1997). Ainda que autores como Araújo e Tubino (1996) afirmem que, a partir da modelação as crianças passam a ter acesso a um modelo de observação a ser seguido, no caso de criança vítima de queimadura, assistir o procedimento, ainda que seja por meio de filmes, pode desencadear comportamentos de ansiedade.

Situação semelhante se refere ao *ensaio comportamental*, que tem como objetivo incentivar a criança a praticar as estratégias ensinadas anteriormente pelo psicólogo. Pode ser realizada por meio de simulações, com bonecos e miniaturas, da situação real a ser experienciada pela criança. A criança é incentivada a “brincar como médica”, realizando o

procedimento na boneca, e a demonstrar de que forma ela mesma reagiria diante de situação semelhante (Álvarez & Marcos, 1997).

Por fim, destaca-se o uso de *manuals informativos*, os quais, de acordo com Bragado, Álvarez e Fernández (1997), são úteis para reduzir o nível de distresse diante da realização de procedimentos, priorizando ainda o uso de informação oral. Consistem no fornecimento de informações quanto o porquê da necessidade de realização do procedimento, de que forma é feito e as consequências em realizá-lo. A informação pode ser feita por meio de uma variedade de métodos como conversa com a equipe de saúde; vídeos sobre a hospitalização e/ou sobre o procedimento; informações escritas ou figuras em livros; classes de preparação para o procedimento; conhecer o hospital; estruturar sessões com animações de fantoches, e utilizar a internet (Le Roy et al., 2003). Quanto a esta última modalidade de intervenção, Le Roy et al. afirmam que a informação, quando antecede o procedimento médico, promove um sentido de autonomia ao permitir uma melhor compreensão a respeito do procedimento e a finalidade do mesmo.

De modo semelhante ao estudo realizado por Le Roy et al. (2003), os resultados obtidos por Webber (1990) apontam que o uso da informação foi eficiente, no que se refere à redução da ansiedade e de pensamentos de preocupação com o procedimento médico. Entretanto, destaca-se que neste estudo o uso de informação foi associado a outras estratégias comportamentais de intervenção.

Costa Jr. (2001) afirma que, dentre as intervenções realizadas antes da execução do procedimento invasivo, o fornecimento de informação preparatória, descritiva sobre o procedimento médico a ser executado e /ou sobre como a criança deve se comportar, na tentativa de colocar o comportamento sob controle instrucional, pode modificar a probabilidade de ocorrência de comportamentos indicadores de sofrimento.

Daher, Baptista e Giorgi (1999) afirmam que a informação é fundamental em processos de hospitalização, pois constitui, para o paciente, um facilitador potencial da compreensão de seu diagnóstico e prognóstico, estimulando o desenvolvimento de um repertório comportamental adequado ao tratamento e à adaptação da situação de internação. No entanto, a literatura é escassa no que se refere à investigação dos efeitos da informação sobre o repertório de comportamentos de pacientes.

Torrano et al. (1999), ao enfatizar as vantagens do uso de informação, afirmam que as orientações e esclarecimentos proporcionados podem contribuir para o desenvolvimento do repertório comportamental do paciente, fortalecendo a relação de confiança na equipe e em si próprio.

O sentimento de autocontrole no paciente, decorrente do acesso à informação, possibilitaria uma melhor avaliação de variáveis contextuais relacionadas a uma situação aversiva, por exemplo. Entretanto, Pereira e Araújo (2006), ao revisarem sobre estratégias de enfrentamento em tratamentos de saúde, discorrem que o modo como o paciente avalia a situação pela qual está passando reflete sua própria percepção e história de vida, de modo que uma determinada modalidade de intervenção (por exemplo, a transmissão de informação) poderia favorecer o enfrentamento para um paciente e dificultar o de outro.

De acordo com Leith (1998), manuais informativos que apresentam a estrutura do procedimento a ser realizado, possibilitam a redução da percepção de ansiedade tanto nos pacientes como em seus familiares. Tal afirmação é apoiada por Kenny et al. (1998), que descrevem que o uso de informação acarreta em benefício para paciente, família e equipe de saúde, ao permitir a aquisição de conhecimento a respeito do tratamento. Assim, enfatizam que o uso de informação escrita, através de manuais, em conjunto com explicações orais fornecidas por profissionais capacitados, possibilita a comunicação e o esclarecimento de todos os envolvidos no tratamento.

Mitchell e Courtney (2004) enfatizam que os familiares do paciente preferem que o manual seja aplicado de modo individualizado, considerando que a informação deve ser dada de acordo com a história de vida e as necessidades de cada paciente e contexto familiar.

Visando desenvolver e avaliar os efeitos do uso de manual com familiares de crianças internadas em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Linton, Grant e Pellegrini (2008) elaboraram um instrumento e solicitaram que os familiares respondessem a um questionário avaliativo. Foram consideradas a clareza das informações e a importância das informações contidas. De 50 familiares que receberam o material, apenas 35 devolveram o questionário com as respostas. Posteriormente, o manual foi adequado de acordo com as respostas e sugestões destes participantes. Após a sua adequação, o manual foi entregue para cada familiar dos pacientes, uma breve explicação era fornecida e o familiar era solicitado a responder a um questionário, diferente do anterior, que avaliava a efetividade das informações contidas no manual. Foram entregues a 50 familiares e, dessa vez, apenas 21 retornaram. Os resultados apontaram benefícios, descritos pelos familiares, no que se refere às informações contidas no manual. Entretanto, enfatiza-se a necessidade da aplicação individual com os familiares.

Assim, ressalta-se a necessidade de o manual se adequar à população-alvo. Comumente, manuais são direcionados a adultos e a pais e familiares de crianças que serão submetidas a procedimentos cirúrgicos. Destaca-se também a necessidade de que os manuais sejam explicados por um profissional capacitado e aplicado de forma individualizada.

Considerando que a informação poderia ser um dos recursos utilizados para auxiliar crianças a desenvolver comportamentos de enfrentamento para a realização de procedimentos invasivos, uma maneira de investigar os seus efeitos seria analisar a relação

entre a apresentação das informações e os comportamentos observados na criança vítima de queimadura durante a realização de procedimentos descritos na informação.

A literatura indica que a alta frequência de procedimentos médicos invasivos, situação constante no caso de crianças vítimas de queimadura, favorece a ocorrência de comportamentos concorrentes pela criança. Assim, os procedimentos a serem realizados têm o seu tempo prolongado, aumentando a percepção de dor na criança. A frequência com que os procedimentos dolorosos são realizados acarreta na generalização do caráter aversivo do procedimento invasivo para estímulos presentes no ambiente (Costa Jr., 2005). Desta forma, procedimentos invasivos dolorosos evocam comportamentos concorrentes.

Alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência de comportamentos concorrentes da criança diante da exposição a procedimentos invasivos, dizem respeito à falta de habilidade que a mesma apresenta diante da situação de desconforto, a própria característica da dor e a falta de preparação para o procedimento. Routh (1993) sugere que a preparação para a realização de procedimentos invasivos pode ser mais efetiva se for combinada com estratégias de enfrentamento.

Pesquisas apontam para a redução do tempo de realização de procedimentos invasivos quando técnicas cognitivas e comportamentais são empregadas (Costa Jr., 2001; Le Roy et al., 2003; Rouh, 1993). Le Roy et al. propõem um guia de preparação para a realização de procedimentos cardíacos invasivos em crianças maiores de 3 anos, onde técnicas como fornecimento de informação, treino de estratégias de enfrentamento e modelação, são descritas como eficientes para diminuir a ocorrência de comportamentos concorrentes durante o procedimento.

Com a intenção de utilizar uma técnica de intervenção psicológica que fosse contingente aos efeitos sobre os comportamentos das crianças, foi adotado neste estudo o uso de fornecimento de informação.

A intervenção direcionada à criança foi intencionalmente escolhida devido à hipótese de que desenvolvendo habilidades de enfrentamento no repertório comportamental da criança vítima de queimadura, esta seria capaz de controlar seus comportamentos diante de situações adversas. Assim, a possibilidade de generalização de comportamentos que auxiliassem a realização de procedimentos invasivos, independente do comportamento do agente executor, poderia ser instalado no repertório da criança.

Atualmente, o maior número de pesquisas realizadas com pacientes vítimas de queimaduras têm como objetivo analisar os fatores que agravam a situação física do paciente (Silva, Caparróz & Torquato, 2010) e sobre o perfil epidemiológico (Oliveira et al., 2007; Santana, 2010). Não foi encontrado na literatura brasileira pesquisas que visem o enfrentamento através de intervenções que tenham como objetivo a diminuição da dores nesses pacientes.

O momento de realização do curativo é caracterizado pela presença de dor ainda que o paciente receba algum tipo de analgésico. Pelas características do procedimento, nem sempre o acompanhante permanece ao lado da criança, uma vez que lhe é dada a oportunidade de escolha. Em nossa experiência profissional, temos observado que, rotineiramente, não é realizada intervenção que facilite a colaboração da criança neste momento. É percebido que a equipe que realiza o procedimento focaliza sua atenção para a conclusão do mesmo, ainda que a criança apresente comportamentos concorrentes, pois o objetivo é encerrar o procedimento pré-estabelecido.

Por ser uma condição que demanda cuidados ostensivos durante um período de tempo prolongado, com a realização de frequentes procedimentos dolorosos e falta de estudos conclusivos que apontem os benefícios do uso de técnicas de enfrentamento com crianças vítimas de queimaduras, esta pesquisa se propõe a verificar se o uso de manual informativo pode auxiliar crianças a desenvolver comportamentos de enfrentamento

durante a realização de procedimento de curativo sem sedação em enfermaria. Para alcançar tal objetivo, foram realizados dois estudos, um descritivo, com objetivo de caracterizar os comportamentos emitidos pelas crianças durante a realização de curativo sem sedação, e outro experimental, com o objetivo de verificar a eficácia da intervenção.

ESTUDO 1

Realizou-se um estudo descritivo com o objetivo principal de caracterizar os comportamentos emitidos por crianças vítimas de queimadura durante a realização de curativo sem sedação em enfermaria. Como objetivos específicos, procurou-se:

(a) Descrever os comportamentos emitidos pelas crianças durante duas sessões consecutivas de curativo sem sedação;

(b) comparar comportamentos concorrentes e não concorrentes quanto à frequência e ao tempo de realização do procedimento de curativo;

(c) analisar a percepção de dor descrita pelas crianças;

(d) relacionar a ocorrência de comportamentos não concorrentes mais frequentemente emitidos pelas crianças com os comportamentos emitidos pelos profissionais de enfermagem.

MÉTODOS

1. Participantes

Participaram cinco crianças vítimas de queimadura internadas em um hospital público de referência no tratamento de queimados, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

(a) Ter entre seis e 12 anos de idade;

- (b) Ter superfície corpórea de queimadura inferior a 70%;
- (c) Estar acompanhada por um adulto (entre 18 a 59 anos);
- (d) Estar com prescrição médica para realizar curativo em enfermaria sem sedação;
- (e) Participar voluntariamente do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) pelo acompanhante/responsável (Projeto aprovado pelo Comitê de Ética sob o Protocolo no. 024/2008, CEP-NMT/UFPA).(Anexo 2)

2. Ambiente de coleta de dados

O estudo foi realizado no Setor de Pediatria do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) de um hospital de referência para o atendimento a pacientes vítimas de traumas e queimaduras na Região Norte do Brasil.

O tempo médio de internação é de 15 dias, podendo ultrapassar 60 dias. Após a alta médica, todas as crianças precisam retornar ao hospital para uma consulta de acompanhamento. Nesta, a equipe de cirurgia plástica realiza a avaliação clínica da criança e identifica a possibilidade de alta definitiva, de controle semanal ou de reinternação. Desta forma, dependendo do grau da queimadura, sua profundidade e complicações associadas, como infecções e anemia, o tempo de internação é variável.

A permanência da criança no hospital depende da presença integral de um acompanhante, preferencialmente algum membro da família, seguindo as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Entretanto, devido ao próprio perfil de atendimento do hospital, é comum pessoas próximas à família e/ou técnicos do Conselho Tutelar acompanharem as crianças durante a hospitalização.

De acordo com as normas internas do hospital, as visitas só são permitidas no período da tarde, onde dois visitantes, de forma alternada, podem ir ao leito da criança. Comumente, pacientes oriundos de outros municípios permanecem sem receber visitas durante todo o período de internação.

A rotina de atendimento da criança no CTQ em geral é realizada no período da manhã e consiste em procedimentos de enfermagem (como verificação da temperatura e da pressão arterial, medicação e cuidados de higiene com banho no leito), exames de rotina e avaliação pelo médico pediatra.

Após a avaliação pela equipe médica do CTQ, dependendo de variáveis como a gravidade da lesão, a extensão e o tempo de internação (com sucessivas realizações de curativos em bloco cirúrgico), cabe à equipe de cirurgia plástica avaliar e programar os curativos a serem realizados. Comumente, as crianças passam por um período de internação onde o curativo somente é realizado por médicos em bloco cirúrgico. Logo que as lesões evoluem positivamente ao tratamento médico, os curativos podem ser feitos pela equipe de enfermagem, sem sedação. Quando a criança chega nessa fase do tratamento, a medicação analgésica só é realizada uma hora antes do procedimento do curativo. No início do tratamento, a criança recebe diariamente medicação analgésica, para evitar um desconforto maior. Gradativamente, essa medicação é reduzida. No entanto, caso a criança ou seu acompanhante solicite a medicação para dor fora do estabelecido na prescrição médica, o médico de plantão avalia a necessidade da aplicação.

Ainda que o curativo seja realizado por técnicos de enfermagem e enfermeiros, os médicos são solicitados a avaliar a lesão do paciente. Não há um número exato de idas ao bloco cirúrgico antes de o procedimento ser realizado em enfermaria sem sedação, estando este condicionado à melhora clínica do paciente. Entretanto, de acordo com análise da rotina do CTQ, são realizados em média até dois curativos em enfermaria antes que a

criança receba alta hospitalar. Caso a equipe médica identifique a necessidade de realização de mais curativos, após a alta hospitalar, a criança é encaminhada para realizar este procedimento no ambulatório do CTQ ou em um posto de saúde.

Quanto à presença de acompanhante durante a realização do curativo sem sedação, por se tratar de uma situação aversiva, a equipe de profissionais prioriza que este não esteja presente, como foi o caso de todas as sessões de curativo que foram observadas neste estudo.

O tempo médio de intervalo entre a primeira sessão de curativo sem sedação e a segunda foi de 4 dias para todas as crianças participantes deste estudo.

No dia em que o curativo era agendado, a criança permanecia no leito, em jejum, aguardando o momento de ir para o bloco cirúrgico. Nos dias em que não havia curativo, a criança permanecia na enfermaria assistindo televisão, fazendo atividades de pintura ou brincando. No período da tarde, poderia se deslocar à classe hospitalar localizada dentro do CTQ. Nos dias em que a criança estava com muita dor ou dificuldade de locomoção, a professora da classe hospitalar poderia ir até o leito. Além destas atividades, havia a visita do Projeto Sorria, com apresentações de palhaços, execução de esculturas com balões e atividades lúdicas como danças e conto de piadas.

3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram:

Prontuário da criança participante: documento comum a todos os profissionais do setor, contendo o registro de todos os atendimentos realizados com a criança durante o período de hospitalização, incluindo anotações sobre prescrições, resultados de exames e indicação de procedimentos.

Roteiro de entrevista com a criança (Anexo 3): contendo questões formuladas com o objetivo de obter informações sobre a compreensão da criança acerca de sua hospitalização, suas estratégias de enfrentamento e seus conhecimentos acerca do procedimento de curativo.

Roteiro de entrevista com o cuidador (Anexo 4): contendo questões referentes ao contexto familiar da criança, como composição, características da moradia, conjugalidade dos pais e escolaridade.

Lista de Verificação Comportamental para crianças/adolescentes (Child Behavior Check-List [CBCL] 6-18anos): trata-se de um instrumento de avaliação psicológica, desenvolvido em 1991 por Achenbach, composto por 138 itens, dos quais 20 se referem à avaliação da competência social e 118 à avaliação de problemas de comportamento em crianças com idade entre 6 e 18 anos. O perfil da criança na avaliação da competência social é obtido a partir de três subescalas individuais: Atividades, Sociabilidade e Escolaridade, cuja soma compreende a *Escala Total de Competência Social* (Silvares, Meyer, Santos & Gerencer, 2006). Nesta escala, o questionário é respondido pelos pais e/ou responsáveis, os quais devem emitir suas percepções comparando os comportamentos do filho com os de outra criança da mesma idade. Em relação aos problemas de comportamento, oito escalas individuais (Retraimento, Ansiedade/depressão, Queixas somáticas, Problemas com o contato social, Atenção, Pensamentos, Comportamento de quebrar regras e Comportamento Agressivo) se agrupam para dar origem à escala geral de *Distúrbio Internalizante*, que engloba comportamentos relativos a aspectos particulares e próprios da criança (retraimento, queixas somáticas e ansiedade/depressão) e à escala de *Distúrbio Externalizante*, caracterizada pelos comportamentos dirigidos ao ambiente (comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo) (Rocha & Silvares, 2006). Essas duas escalas se somam para gerar o perfil da *Escala Total de Problemas de*

Comportamento. O instrumento é respondido pelos pais e/ou responsáveis, podendo ser auto-aplicado. Em ambas as situações, o informante deve ter como base para as suas respostas, os últimos seis meses de vida da criança. A pontuação bruta, obtida em cada uma das escalas, é convertida em escores T, permitindo a classificação das crianças entre clínicas, não clínicas e limítrofes. No Brasil, Bordin, Mari e Caeiro (1995) realizaram uma validação da versão brasileira do instrumento, ressaltando seu rigor metodológico, o que assinala sua importância para a pesquisa e a prática clínica.

Escala de observação comportamental OSBD (Observation Scale of Behavioral Distress) (Anexo 5): elaborada em 1983 por Jay, Ozolins, Elliott e Caldwell e adaptada no Brasil por Borges (1999) e Costa Jr. (2001), contém 11 categorias morfológicas de comportamento, definidas operacionalmente, e que abrange respostas verbais, vocais e motoras da criança, indicativas do sofrimento experienciado por ela em situações de procedimentos médicos invasivos. O registro das categorias contidas na OSBD é feito a cada intervalo de 15 segundos, em um sistema de amostragem de tempo (Costa Jr., 2001). Este autor, adaptou a versão original propondo 13 categorias, as quais foram consideradas.

Escala facial para avaliar a percepção de dor da criança (FACES): (Anexo 6) denominada Wong-Baker FACES Pain Rating Scale, desenvolvida por Wong e Baker em 1988, foi adaptada para avaliação da dor pelos participantes da presente pesquisa. Esta escala tem mostrado validade e fidedignidade em diferentes amostras de crianças, com idades variando de três a 18 anos. Na presente pesquisa foi utilizada uma versão adaptada da FACES, a qual contém seis faces dispostas em sentido vertical, fato que segundo alguns autores pode facilitar o entendimento da escala em crianças mais novas. As faces presentes na escala mostram gradações de cores, com o extremo inferior da escala possuindo uma face sorridente de cor amarela e o extremo superior, uma face chorosa de cor alaranjada. Ao lado da escala facial, também na posição vertical, está presente uma escala numérica

variando de 0 a 5, contendo 5 categorias de palavras, as quais se referem a diferentes intensidades de dor. No extremo inferior fica o número zero e a expressão “sem dor”, e no extremo superior consta o número 5 e a expressão “pior dor possível”.

Protocolo de acompanhamento da rotina de hospitalização (Anexo 7): elaborado com o objetivo de registrar informações sobre as atividades que, rotineiramente, as crianças internadas em enfermaria realizam durante a hospitalização. Este protocolo foi preenchido por meio de observações e de registros no prontuário das crianças participantes. Tais informações incluíam: data do registro, duração, atividades realizadas e observações feitas no decorrer do período de internação.

4. Materiais e Equipamentos

Os materiais e equipamentos utilizados na coleta de dados do Estudo 1 foram: papel A4; caneta e lápis; uma câmera de vídeo marca Sony, modelo DCR-DVD610; e um computador marca LG.

5. Procedimento

5.1. Coleta de dados

Passo 1: Após identificar, por meio de análise do *Prontuário*, se a criança se enquadrava nos critérios de inclusão, e obtido o consentimento dos responsáveis, era aplicado o *Roteiro de entrevista com a criança*.

Passo 2: Em seguida, era aplicado o *Roteiro de entrevista com o cuidador*.

Passo 3: Após o preenchimento do roteiro de entrevista pelo cuidador, o mesmo era solicitado a responder ao *CBCL*. Neste estudo, após a explicação do correto preenchimento deste instrumento, a pesquisadora lia as questões e o responsável as respondia.

Passo 4: Prosseguindo, foram realizadas duas sessões de observação direta, filmadas em vídeo, de dois procedimentos de curativo sem sedação em enfermaria. Imediatamente após cada uma dessas sessões, solicitava-se que a criança selecionasse, na *Escala FACES*, a face que mais correspondesse a sua dor sentida durante a realização do procedimento.

Passo 5: Por fim, era feito o registro do *Protocolo de acompanhamento da rotina de hospitalização*, com o objetivo de identificar possíveis variáveis que pudessem interferir nos comportamentos da criança. Foram incluídas nesse registro a ocorrência de procedimentos médicos, alimentação, a participação da criança na classe hospitalar e em atividades lúdicas, além do registro de exposição a outros procedimentos médicos.

5.2. Análise dos dados

(a) Análise das sessões de observação direta gravadas em vídeo

Inicialmente, fez-se o treinamento de dois juízes (a pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa) para registrar a ocorrência de comportamentos emitidos por crianças submetidas ao procedimento de curativo sem sedação, de acordo com as categorias propostas na OSBD, utilizando-se quatro sessões de curativo filmadas com quatro crianças que não foram incluídas na amostra. A concordância obtida entre os juízes variou entre 86% a 98%, o que está de acordo com recomendações da literatura que estabelecem um mínimo de 70% de concordância (Fagundes, 1982).

Para este estudo, também foram elaboradas categorias de análise do comportamento emitido pela equipe de enfermagem durante a realização do curativo. Tais categorias foram selecionadas e definidas de acordo com a funcionalidade identificada entre o comportamento do profissional e os comportamentos não concorrentes emitidos pela criança.

Desta forma, foram identificadas quatro categorias comportamentais referentes a comportamentos emitidos pelo profissional de enfermagem: (a) *Ignorar* (IG), correspondendo a comportamentos que demonstrem indiferença em relação à emissão de comportamentos não concorrentes pela criança; (b) *Criticar* (CR), correspondendo a comportamentos do profissional de enfermagem que julgue de modo irônico ou pejorativo o comportamento não concorrente emitido pela criança durante o procedimento; (c) *Pedir esclarecimento* (PE), referindo-se ao comportamento verbal emitido pelo profissional de enfermagem diante de um questionamento feito pela criança; e (d) *Dar atenção* (DA), incluindo comportamentos da equipe de enfermagem que correspondam às solicitações ou questionamentos feitos pela criança, demonstrando consideração pela mesma, de modo a favorecer a emissão de novos comportamentos por parte da criança. Os dois primeiros (*Ignorar* e *Criticar*) podem ser classificados como inadequados para o contexto uma vez que indicam insensibilidade do profissional às demandas da criança. Os outros dois (*Pedir esclarecimento* e *Dar atenção*) podem ser classificados como mais adequados para o contexto pois sugerem sensibilidade do profissional para atender às demandas da criança durante a realização do procedimento.

Assim, diante de um comportamento não concorrente emitido pela criança, foi possível identificar o comportamento subsequente emitido pela equipe de enfermagem e contabilizada a sua ocorrência.

(b) Análise dos relatos obtidos por meio dos roteiros de entrevista

Quanto ao *Roteiro de entrevista com a criança* e ao *Roteiro de entrevista com o cuidador*, estes foram analisados de forma descritiva. O conteúdo das entrevistas foi analisado considerando-se as seguintes categorias: conhecimento sobre a ocorrência do acidente e necessidade de realização de procedimentos invasivos. Tais informações foram associadas às demais questões e analisadas para a descrição dos estudos de caso.

(c) Análise estatística

Com a finalidade de identificar se houve diferença significativa entre os resultados obtidos por meio das duas sessões de observação direta, fez-se o cálculo da significância clínica, utilizando-se os parâmetros estabelecidos por McGlinchey, Atkins e Jacobson (2002), além de ter sido usado o Teste T de Student e Correlação de Spearman.

De acordo com Webster-Stratton (1994) e Webster-Stratton e Hammond (1997), em instrumentos que não possuem padrões normativos, como é o caso da OSBD, é considerada significância clínica quando, após a intervenção, há uma melhora de, no mínimo, 30% em relação aos dados obtidos durante a linha de base. Este critério foi utilizado neste estudo para analisar a diferença observada entre a ocorrência de comportamentos concorrentes e não concorrentes apresentados na primeira e na segunda sessão de curativo de todas as crianças participantes.

(d) Análise dos resultados da Lista de Verificação Comportamental (CBCL)

Após a pesquisadora ser treinada na utilização do software Assessment Data Manager (ADM), os dados foram processados e então a análise descritiva dos dados gerados foi realizada a partir do cálculo das médias e desvios-padrões das pontuações de cada escala (Escala Total de Competência Social, Escala Total de Problemas de Comportamento - Distúrbio internalizante e Distúrbio externalizante). Considerou-se neste estudo o escore relacionado a condição clínica, não-clínica ou limítrofe.

RESULTADOS

Os dados obtidos neste estudo estão organizados em: características sociodemográficas relacionadas às crianças e aos acompanhantes; características do acidente que ocasionou a queimadura; características das queimaduras, e análise da

ocorrência de comportamentos da criança observados durante a realização dos curativos sem sedação, avaliados a partir da OSBD.

Características sociodemográficas dos participantes

A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1
Características Sociodemográficas das Crianças e de Seus Acompanhantes

| | | Participantes | | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|---|--|
| | | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 |
| Crianças | <i>Idade (anos)</i> | 9 | 11 | 10 | 7 | 12 |
| | <i>Gênero</i> | Masculino | Feminino | Feminino | Masculino | Masculino |
| | <i>Série</i> | 4ª série | 4ª série | 1ª série | 2ª série | Não estudava |
| | <i>Procedência</i> | Interior | Grande Belém | Interior | Grande Belém | Interior |
| | <i>Organização Familiar</i> | Mãe, padrasto e irmão menor | Pais e 2 irmãos maiores | Pais e 2 irmãos menores | Pais e 2 irmãos, um menor e outro maior | Pais e 5 irmãos menores |
| Acompanhantes | <i>Parentesco</i> | Padrasto | Mãe | Pai | Tia | Conselheiro Tutelar |
| | <i>Idade(anos)</i> | 27 | 39 | 37 | 19 | 46 |
| | <i>Escolaridade</i> | EFI | EMC | Sem escolaridade | EMI | EMC |
| | <i>Situação Conjugal</i> | Casado | Casada | Casado | Solteira | Casado |
| | <i>Ocupação</i> | Pescador | Dona de Casa | Lavrador | Estudante | Técnico em Saúde e Conselheiro Tutelar |

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Nota: EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto.

Nota: Grande Belém refere-se a população proveniente da capital. Interior, diz respeito a crianças procedentes de um dos municípios do Estado.

Conforme observado na Tabela 1, a faixa etária das crianças variou de seis a 12 anos de idade. Quanto ao gênero, 3 crianças eram do sexo masculino e 2 do feminino. A respeito da situação escolar, havia dois participantes (P2 e P3) que estavam cursando série não correspondente a sua idade, além de P5 que não estava matriculado em instituição de ensino. A maioria era procedente do interior do Estado (n= 3 de 5), corroborando o fato de

o hospital ser referência estadual no tratamento de queimados, e moravam com os pais e irmãos (n= 4 de 5).

Quanto ao grau de parentesco dos acompanhantes, é possível observar que a maioria era membro da família nuclear, com exceção de P4 e P5, cuja tia e o conselheiro tutelar, respectivamente, eram os cuidadores principais. Quanto a P5, a responsabilidade fora atribuída a um conselheiro tutelar, devido ao pai encontrar-se gravemente doente, a mãe apresentar “problemas psiquiátricos” e a ausência de parentes consanguíneos para cuidar da criança durante o período de internação. A idade dos acompanhantes estava na faixa de 19 a 46 anos e, somente o cuidador de P3 não tinha escolaridade.

Características do contexto do acidente

Todos os participantes souberam descrever a ocorrência do acidente, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2
Características do Contexto em que Ocorreu o Acidente que Provocou a Queimadura

| Criança | Gênero | Idade (anos) | Local do Acidente | Contexto | Presença de adulto na ocasião do acidente |
|---------|-----------|--------------|-------------------|--|---|
| P1 | Masculino | 9 | Domicílio | Ao tentar acender uma lamparina, derramou acidentalmente álcool líquido no corpo e o fogo espalhou sobre si. | Não |
| P2 | Feminino | 11 | Domicílio | Garrafa de café foi derrubada e derramou o líquido quente sobre o colo da criança. | Não |
| P3 | Feminino | 10 | Domicílio | Ao manusear o fogão, seu vestido pegou fogo. | Sim |
| P4 | Masculino | 7 | Domicílio | Brincando de super-herói, o álcool pegou fogo e queimou as pernas e abdômen. | Sim |
| P5 | Masculino | 12 | Domicílio | Incêndio em seu domicílio enquanto todos dormiam. | Sim |

Todas as crianças participantes deste estudo sofreram o acidente em domicílio. Em três dos cinco casos, o acidente ocorreu na presença de um adulto.

A Tabela 3 apresenta as características referentes à queimadura de cada uma das crianças, incluindo o agente causador, a área atingida, o grau e a superfície corporal queimada, além do tempo em que a criança ficou internada.

Tabela 3
Agente Causador, Área Atingida, Grau e Superfície Corporal da Queimadura e Tempo de Internação de cada Criança

| Criança | Agente causador da queimadura | Área atingida pela queimadura | Grau da queimadura | SCQ* | Tempo de internação |
|---------|-------------------------------|--|--------------------|------|---------------------|
| P1 | Álcool | Face, tronco e membro superior direito | 2° e 3° grau | 36% | 28 dias |
| P2 | Café quente | Membros inferiores e genitália | 2° grau | 15% | 22 dias |
| P3 | Fogo | Abdômen, membros inferiores e superiores | 1° e 2° grau | 34% | 64 dias |
| P4 | Álcool | Abdômen e membros inferiores. | 2° grau | 34% | 49 dias |
| P5 | Calor do fogo | Face, pescoço e membros superiores. | 2° grau | 25% | 53 dias |

Nota: * SCQ: Superfície Corporal Queimada.

Quanto às características das queimaduras, todas as crianças tiveram seus membros afetados, além de apresentarem queimaduras de segundo grau. Duas (P1 e P5) também tiveram a face queimada. Desta forma, foram crianças que além de ficarem com áreas extensas do corpo atingidas, tiveram lesões dolorosas e tempo de internação superior a 20 dias. Quanto à superfície corporal queimada (SCQ), três participantes (P1, P3 e P4) tiveram lesões em mais de 30%.

Problemas de comportamento identificados nas crianças antecedentes à hospitalização

A partir da análise do CBCL, foi identificado que todos os participantes estavam na categoria limítrofe na Escala Total de Problemas. Sendo que P3 e P4 estavam na condição clínica para distúrbios internalizantes.

Comportamentos observados durante o procedimento de curativo

Na Tabela 4 estão apresentados os dados referentes ao tempo de duração do procedimento de curativo e a emissão de comportamentos concorrentes e não concorrentes em duas sessões consecutivas de curativo sem sedação em enfermaria.

Tabela 4
Tempo de duração da sessão e Frequência Absoluta de Comportamentos Concorrentes e Não Concorrentes Observados em Cada Participante em Duas Sessões Consecutivas de Curativo sem Sedação em Enfermaria

| Participantes | Tempo de duração | | Comportamentos 1ª sessão | | Comportamentos 2ª sessão | |
|---------------|------------------|-----------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|
| | 1ª sessão | 2ª sessão | Concorrentes | Não concorrentes | Concorrentes | Não concorrentes |
| P1 | 33' 17'' | 9'30'' | 97 | 20 | 96 | 4 |
| P2 | 21' 32'' | 28'15'' | 77 | 3 | 35 | 0 |
| P3 | 38' | 31' 15'' | 113 | 24 | 91 | 12 |
| P4 | 21' 30'' | 15' 30'' | 46 | 3 | 46 | 2 |
| P5 | 34'35'' | 26'15'' | 92 | 17 | 81 | 5 |
| Total | 148'14'' | 110'05'' | 425 | 67 | 349 | 23 |
| Média | 29'63'' | 22'01'' | 85 | 13,4 | 70 | 4,6 |

Fonte: Protocolo de pesquisa.

No que se refere à primeira sessão de curativo, a com maior tempo de duração foi a de P3, com 38 minutos, seguida da de P5 que realizou o procedimento em 34 minutos e 35 segundos.

Observou-se que, na segunda sessão de curativo houve redução no tempo de duração do procedimento na maioria dos casos, exceto P2. A redução mais evidente ocorreu com o participante P1. Neste caso, no dia em que o segundo procedimento seria realizado, a própria criança retirou suas ataduras na enfermaria, antes de ser levada à sala

de procedimento, contrariando orientações da enfermagem mas reduzindo o tempo do curativo.

Comparando-se o tempo médio de duração do procedimento nas duas sessões (29'63" e 22'01"), observa-se que a diferença não foi estatisticamente significativa (p-valor = 0,9190) a partir do teste t de Student. Entretanto, analisando a existência de correlação entre o tempo de duração do procedimento e a frequência de comportamentos concorrentes, verificou-se, por meio do teste de correlação de Spearman (p-valor de 0.0431), que houve correlação significativa entre essas variáveis. Ainda a partir do teste de correlação de Spearman, não foram identificadas correlações entre a idade da criança (p-valor de 0.7471), superfície corporal queimada (p-valor de 0.4925), o grau de queimadura (p-valor de 0.4925), o tempo de internação (p-valor de 0.3910) no que se refere a frequência de comportamentos concorrentes. Quanto à condição comportamental apontada pelo CBCL, esta também não apresentou correlação significativa com a frequência de comportamentos concorrentes (p-valor de -0.500).

Quanto aos comportamentos emitidos pelas crianças durante a realização do curativo, observa-se que os comportamentos concorrentes foram mais frequentes do que os comportamentos não concorrentes em todos os participantes, tanto na primeira quanto na segunda sessão de curativo sem sedação. Na primeira sessão, 86% (n= 425 de 492 episódios) corresponderam a comportamentos concorrentes; na segunda, o resultado foi de 94% (n=349 de 372 episódios) para a mesma classe. Quando essas diferenças foram comparadas, o teste t de Student resultou no p-valor = 0,8232 o qual não é estatisticamente significativo, sugerindo que não houve diferença entre a frequência de comportamentos concorrentes emitidos na primeira e na segunda sessão de curativo.

Na Tabela 5 estão apresentadas as frequências absolutas e relativas das categorias de comportamento que compõem a OSBD observadas em cada participante nas duas sessões de curativo sem sedação.

Tabela 5
Frequência Absoluta e Relativa das Categorias de Comportamentos Emitidos pelas Crianças Durante a Realização das duas Sessões de Curativo

| Comportamentos | Categorias | 1ª sessão | | 2ª sessão | |
|------------------|---|-----------|--------|-----------|------|
| | | fa | % | fa | % |
| Concorrentes | Choramigar (CM) | 24 | 5,65% | 48 | 14% |
| | Chorar (CH) | 88 | 20,70% | 68 | 19% |
| | Comportar-se de modo nervoso (CN) | 107 | 25,17% | 115 | 33 % |
| | Gritar (GR) | 18 | 4,24,% | 20 | 6% |
| | Movimentar-se até imobilização (IM) | 4 | 0,94% | 0 | 0% |
| | Protestar (PR) | 184 | 43,30% | 98 | 28 % |
| | Σ | 425 | 100% | 349 | 100% |
| Não concorrentes | Auxiliar na execução do procedimento (AE) | 11 | 16,41% | 4 | 17% |
| | Falar (FA) | 27 | 40,30% | 13 | 57% |
| | Responder Verbalmente (RV) | 18 | 26,87% | 5 | 22% |
| | Solicitar informação (SI) | 11 | 16,42% | 1 | 4% |
| | Σ | 67 | 100% | 23 | 100% |
| Total | | 492 | 100 | 372 | 100 |

Observa-se na Tabela 5 que, na primeira sessão de curativo, os comportamentos concorrentes mais frequentes foram *Protestar* (43,30%), *Comportar-se de modo nervoso* (25,17%) e *Chorar* (20,70%). Dentre os não concorrentes, os mais frequentes foram *Falar* (40,30%), *Responder verbalmente* (26,87%) e *Solicitar informação* (16,42%).

Na segunda sessão, mantendo a frequência dos mais elevados, estavam *Comportar-se de modo nervoso* (33%), *Protestar* (28%) e *Chorar* (19%).

Comparando-se os comportamentos concorrentes emitidos nas duas sessões de curativo, observa-se que a categoria que obteve aumento mais expressivo na frequência foi o de *Choramingar* (de 5,65% para 14%).

Destaca-se que, neste estudo não foram observados, em ambas as sessões de curativo, comportamentos correspondentes a *Agredir fisicamente* e *Fugir*, da classe concorrente.

Observa-se que, na segunda sessão de curativo houve redução na ocorrência de todas as categorias de comportamentos não concorrentes. Houve redução nos comportamentos *Solicitar Informação*, em 91% (11 para 1), seguido de *Responder verbalmente*, com 72% (de 18 para 5); *Auxiliar na execução de procedimento*, com 63% (11 para 4) e *Falar* com 52% (de 27 para 13). Ou seja, todos os comportamentos não concorrentes apresentados na primeira sessão tiveram a sua frequência reduzida, em pelo menos, 50%, com exceção de *Buscar por suporte emocional*, que não teve registro de ocorrência em nenhuma das sessões.

Na Figura 1 estão apresentadas as frequências das categorias de comportamentos concorrentes e não concorrentes observadas em cada um dos participantes nas duas sessões de curativo.

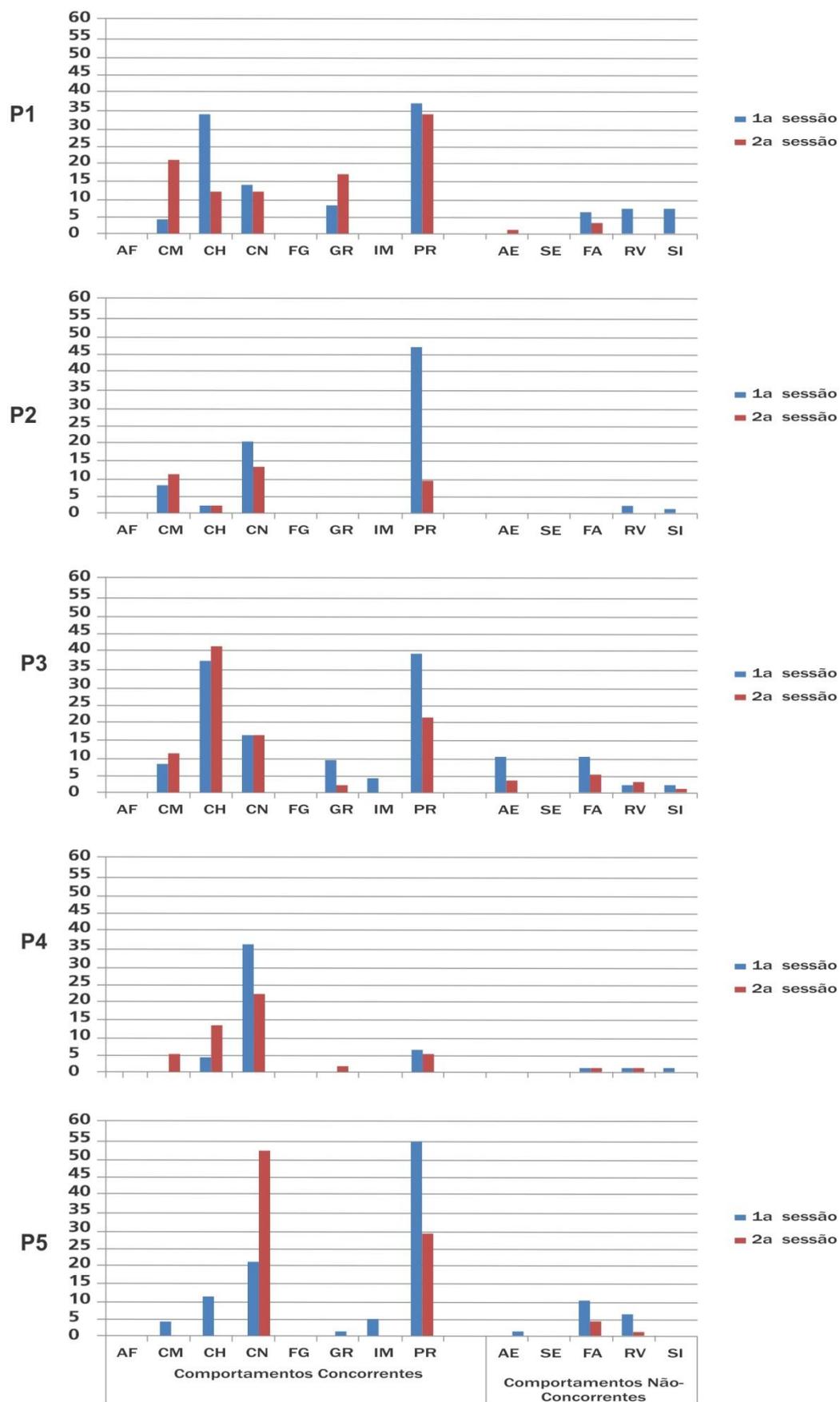


Figura 1: Frequência de comportamentos concorrentes e não concorrentes observados em cada participante nas duas sessões de curativo.

Observa-se que a categoria *Protestar* foi a mais frequente em quatro dos cinco participantes, apesar de ter tido a sua frequência reduzida em todos os participantes na segunda sessão, ainda assim apresentou índices elevados de ocorrência. Ainda na categoria de comportamentos concorrentes, o de *Choramingar* houve um aumento em quatro dos cinco participantes.

Análise dos comportamentos da equipe de enfermagem

Quanto aos comportamentos não concorrentes emitidos pelas crianças e registrados durante o primeiro procedimento de curativo sem sedação, estes foram analisados de acordo com o comportamento consequente emitido pelos profissionais da equipe de enfermagem. Na Tabela 6, a frequência total de emissão de cada comportamento não concorrente emitido pelas cinco crianças é visualizada em comparação com a correspondente frequência dos comportamentos emitidos pela equipe de enfermagem nas duas sessões de curativo.

Tabela 6
Frequência de Comportamentos não Concorrentes Emitidos pelas Crianças Relacionada à Frequência das Categorias Comportamentais Emitidas pela Equipe de Enfermagem

| Comportamentos não concorrentes emitidos pelas crianças | Frequência | | Comportamentos emitidos pela equipe de enfermagem | Frequência | |
|---|------------|-----------|---|------------|-----------|
| | 1ª sessão | 2ª sessão | | 1ª sessão | 2ª sessão |
| Solicitar Informação | 11 | 1 | <i>Pedir esclarecimento</i> | 8 | 0 |
| | | | <i>Ignorar</i> | 3 | 1 |
| Responder Verbalmente | 18 | 5 | <i>Dar atenção</i> | 11 | 1 |
| | | | <i>Criticar</i> | 4 | 1 |
| | | | <i>Ignorar</i> | 3 | 3 |
| Falar | 27 | 13 | <i>Ignorar</i> | 14 | 5 |
| | | | <i>Dar atenção</i> | 7 | 2 |
| | | | <i>Criticar</i> | 4 | 4 |
| | | | <i>Pedir esclarecimento</i> | 2 | 2 |
| Auxiliar na Execução | 11 | 4 | <i>Criticar</i> | 6 | 3 |
| | | | <i>Ignorar</i> | 4 | 1 |
| | | | <i>Dar atenção</i> | 1 | 0 |

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Na primeira sessão, foram observados 67 episódios correspondentes a comportamentos emitidos pela equipe de enfermagem em seguida à emissão de comportamentos não concorrentes emitidos pelas crianças durante a realização do procedimento de curativo sem sedação em enfermaria. Na segunda, foram 23 episódios.

Observa-se que houve redução na frequência de comportamentos não concorrentes emitidos pelas crianças, ao se comparar as duas sessões de curativo. Os comportamentos emitidos pelos profissionais da equipe de enfermagem foram predominantemente *Ignorar* (24 ocorrências na primeira sessão e 10 na segunda); *Criticar* (14 ocorrências na primeira sessão e 8 na segunda); e *Dar atenção* (19 na primeira e 3 na segunda).

Para exemplificar a redução na frequência de comportamentos não concorrentes, a participante P3 apresentou 10 emissões de comportamento de *Auxiliar na execução* do procedimento na primeira sessão e na segunda sessão essa frequência reduziu para três emissões sendo todas essas seguidas de críticas pela equipe de enfermagem. Esta mesma criança, durante a realização do curativo apresentou a categoria *Falar*, por duas vezes, descrevendo que havia ganhado um shampoo e uma colônia e que queria usá-los assim que acabasse o procedimento. A criança teve o seu comportamento ignorado sem que a equipe atendesse a sua solicitação. Enfatizando que esta participante sofreu a queimadura em sua residência, entretanto os familiares não julgaram necessário levá-la a um hospital para receber atendimento médico. A criança recebeu seu primeiro atendimento após 8 horas do acidente e chegou até o HMUE após 18 horas de acidente. Durante o período de internação, permaneceu acompanhada pelo pai na maior parte do tempo. Era percebido um distanciamento afetivo entre os dois e falta de contato verbal. A criança, ainda que já estivesse sido liberada pela equipe médica para realizar o curativo sem sedação, esta se opunha e apresentava comportamentos de *Chorar*, *Gritar* e então, o procedimento sem sedação era suspenso. Devido a sucessivas idas ao Bloco Cirúrgico além da evolução

positiva de sua queimadura, a equipe médica encaminhou a criança para o curativo sem sedação. Logo na entrada da sala de curativo, a criança expressou a vontade de colaborar com o procedimento, o que ocorreu durante toda a sessão. Entretanto, foi observado nas filmagens que a equipe, no intuito de encerrar o procedimento, não permitia a participação ativa da paciente, que muitas vezes era criticada e não tinha a sua solicitação de retirar as ataduras sozinha, atendida.

Dor percebida pelas crianças participantes

Quanto à dor percebida pelas crianças, após a realização do curativo, a Tabela 7 ilustra os resultados descritos pelas mesmas.

Tabela 7
Dor Percebida pelas Crianças nas Duas Sessões de Curativo e Obtida por meio da Escala de Faces

| Participantes | Escala de Faces | |
|---------------|-----------------|---------------|
| | 1ª sessão | 2ª sessão |
| P1 | Um pouco leve | Um pouco leve |
| P2 | Forte | Forte |
| P3 | Sem dor | Sem dor |
| P4 | Um pouco leve | Forte |
| P5 | Moderada | Leve |

Observa-se que P3 descreveu não ter sentido dor durante as duas sessões de curativo. Entretanto, foi o participante que apresentou a maior frequência de comportamentos concorrentes na primeira sessão, com 113 ocorrências. Na segunda sessão, P3 apresentou 91 ocorrências de comportamentos concorrentes, ficando atrás apenas de P1, com 96 ocorrências.

Quanto a P1, este descreveu ter sentido dor um pouco leve, entretanto, apresentou frequência de comportamento concorrente elevada nas duas sessões, com 97 e 96 ocorrências em cada.

P2 classificou como dor forte os dois procedimentos. Entretanto, apresentou redução na frequência de comportamentos concorrentes durante a segunda sessão, de 77 para 35 emissões.

O participante P4, que afirmou no primeiro curativo ter sentido dor um pouco leve e no segundo, dor forte, foi o que apresentou a menor frequência de comportamentos concorrentes, entre os participantes, nas duas sessões.

Com frequência de 92 e 81, respectivamente nas duas sessões, P5 descreveu ter sentido dor moderada e dor leve apesar de ter mantido a frequência de comportamentos concorrentes elevada nas duas sessões.

Tais resultados sugerem não haver correspondência entre a dor percebida e o distresse comportamental observado nas crianças participantes.

Resultados do acompanhamento da rotina hospitalar

As crianças participantes permaneciam sendo expostas à rotina hospitalar, que incluía atendimento psicológico, estimulação social com a terapia ocupacional, aulas na classe hospitalar e o brincar com os voluntários. A participação das crianças nas atividades foi avaliada pela equipe, de acordo com os registros nos prontuários, de modo positivo.

Procurou-se registrar todas as situações às quais as crianças eram submetidas, especialmente, em termos de recreação hospitalar e exposição a procedimentos médicos invasivos. Assim, foi verificado que todas as crianças participaram de atividades lúdicas como: realização de desenhos, atividades de pintura, leitura de livros, televisão e atividades realizadas por palhaços, promovidas pelo grupo de voluntários do Projeto Sorria.

No que se refere às atividades escolares, todas as crianças receberam acompanhamento pedagógico no leito, no período da coleta de dados. Esse fato ocorreu devido às limitações decorrentes das queimaduras.

Quanto à rotina médica, estas se restringiram aos cuidados de acompanhamento da condição clínica da criança, sem que alguma informação adicional sobre os procedimentos médicos invasivos fosse fornecida. Assim, todas as crianças foram submetidas a punções intravenosas, para administração de medicação e coleta de sangue. A média de punções foi igual para P1, P2 e P4 com 12 punções. Os participantes P3 e P5 mantiveram a média de punções, embora tivessem permanecido por mais tempo internados. Isso ocorreu devido essas crianças terem sido submetidas à colocação de um cateter intravenoso, que evitava o número elevado de punções.

A partir da análise do prontuário, foi verificado que todas as crianças passaram por acompanhamento psicológico. Sendo que P3 e P5 tiveram os seus familiares acompanhados por esses profissionais. Não foi possível identificar o número exato de atendimentos, pois as evoluções desses profissionais, por vezes, se restringiam em afirmar que fora realizado acolhimento, sem especificar ao certo a conduta adotada.

Quanto ao atendimento da equipe de fisioterapia, esse se deu diariamente com todas as crianças. Exceções ocorreram quando as crianças apresentavam alguma limitação imposta pela equipe médica, como a recomendação de não manipular certas áreas do corpo. Entretanto, essas recomendações foram de, no máximo, dois dias sem intervenção do profissional de fisioterapia.

Análise da significância clínica

A análise da significância clínica foi realizada a partir da diferença entre a primeira e a segunda sessão de curativo de cada participante. Foi evidenciado, que ainda que todos os participantes tenham apresentado redução na frequência de comportamentos concorrentes, apenas P2 apresentou uma significância clínica.

No que se refere aos comportamentos não concorrentes, nenhum participante deste estudo apresentou resultado sugestivo de significância clínica. Isto é, os procedimentos de intervenção aos quais as crianças foram submetidas durante a hospitalização não foram suficientes para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à realização do curativo sem sedação.

ESTUDO 2

Realizou-se um estudo com delineamento de sujeito como seu próprio controle, por meio do qual investigou-se os efeitos da informação sobre comportamentos emitidos por crianças vítimas de queimadura durante procedimento de curativo sem sedação em enfermaria. Como objetivos específicos, procurou-se:

(a) Verificar a eficácia do uso de informação por meio de um manual de instrução sobre os passos a serem realizados durante o procedimento de curativo;

(b) comparar a frequência de comportamentos concorrentes e não concorrentes emitidos pela criança antes e após intervenção;

(c) analisar a percepção de dor descrita pela criança antes e após a intervenção;

(d) relacionar a ocorrência de comportamentos não concorrentes mais frequentemente emitidos pelas crianças com os comportamentos emitidos pelos profissionais de enfermagem antes e após a intervenção.

MÉTODOS

1. Participantes

Participaram duas crianças vítimas de queimadura e internadas em um hospital público de referência no tratamento de queimados, sendo uma do sexo feminino

(Participante 6) e outra do sexo masculino (Participante 7), ambas com 8 anos de idade. Os critérios de inclusão e de exclusão foram os mesmos utilizados no Estudo 1.

2. Ambiente de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no mesmo ambiente descrito no Estudo 1.

3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram os mesmos do Estudo 1, acrescidos do *Manual de Instruções sobre o Curativo*, descrito a seguir.

Manual de Instruções sobre o Curativo (Anexo 8):

Elaborado especificamente para este estudo, o *Manual de Instruções sobre o Curativo* tem o objetivo de instruir a criança acerca do procedimento de curativo necessário para a sua recuperação. Tal *Manual* é constituído por 15 pranchas, cada uma contendo uma cena relacionada ao procedimento de curativo e ordenadas de acordo com a sequência deste procedimento.

O instrumento aborda: (a) o entendimento da criança acerca da necessidade de internação; (b) os procedimentos necessários para o tratamento, que incluem hospitalização, submissão a procedimentos dolorosos, efeitos colaterais, afastamento do ambiente familiar e escolar; e (c) a necessidade de aprender a enfrentar positivamente a hospitalização.

A sequência de apresentação das pranchas segue uma ordem semelhante à utilizada durante o procedimento real de curativo conforme a seguinte descrição:

Cena 1: apresenta a criança no leito do hospital e as possíveis causas de sua internação;

Cena 2: criança e as possíveis causas de queimaduras;

Cena 3: criança no leito recebendo soro e com a placa de jejum;

Cena 4: criança sendo levada para o Bloco Cirúrgico;

Cena 5: criança dormindo no Bloco Cirúrgico, para realização do curativo com sedação;

Cena 6: criança retornando do Bloco Cirúrgico para enfermaria;

Cena 7: criança de volta à enfermaria com o seu acompanhante;

Cena 8: criança novamente na enfermaria recebendo soro e com a placa de jejum;

Cena 9: criança sendo levada para a enfermaria;

Cena 10: criança acordada na enfermaria aguardando o curativo sem sedação;

Cena 11: as ataduras da criança sendo retiradas;

Cena 12: equipe de enfermagem lavando a área queimada;

Cena 13: as ataduras sendo novamente colocadas;

Cena 14: criança retornando para o seu leito;

Cena 15: criança de volta para o seu leito e na presença de seu acompanhante.

4. Materiais e Equipamentos

Os materiais e equipamentos foram os mesmos utilizados no Estudo 1.

5. Procedimento

5.1 Coleta de dados

O Estudo foi dividido em duas etapas, sendo uma de caracterização dos comportamentos emitidos pela criança durante a realização do curativo sem sedação, realizada por meio de uma sessão de observação direta, e a outra de intervenção, que incluiu a aplicação do *Manual de Instruções sobre o Curativo* seguida de observação direta de uma sessão de curativo sem sedação, as quais são descritas a seguir.

Fase de caracterização

Após aplicação do *Roteiro de entrevista com a criança*, do *Roteiro de entrevista com o cuidador* e do *CBCL*, foi realizada uma sessão de observação direta, de acordo com os mesmos passos do Estudo 1, seguida da aplicação da *Escala FACES*.

Fase de intervenção

Esta fase foi realizada a partir de três passos distintos:

Passo 1- O *Manual de Instruções sobre o Curativo* foi aplicado de forma individual, por uma pesquisadora, psicóloga, com experiência no atendimento a crianças vítimas de queimadura, e durou, em média, 20 minutos. A aplicação do instrumento ocorreu com a apresentação do mesmo à criança, como um livro que iria relatar uma história similar a da experienciada por ela. Em seguida, a pesquisadora questionou se a criança tinha interesse em saber um pouco mais sobre o procedimento de curativo e, diante da concordância da mesma, iniciava a aplicação do instrumento. A cada cena apresentada, esta era descrita pela pesquisadora, enfatizando as contingências presentes naquele ambiente. Inicialmente, a pesquisadora solicitava à criança que descrevesse o que estava vendo na cena; em seguida, perguntava à participante qual o modo mais adequado de a criança se comportar diante da cena. A pesquisadora sugeria a emissão de comportamentos não concorrentes, considerando as categorias propostas pela OSBD. Tendo a certeza de que havia tido a compreensão pela criança, através do relato desta, outra imagem lhe era apresentada. A pesquisadora estimulava a criança a interagir, oferecendo alternativas de comportamentos que pudessem auxiliá-la durante o procedimento, além de questionar sobre os seus conhecimentos, seus medos e oferecer alternativas para emissão de comportamentos não concorrentes durante o procedimento de curativo sem sedação.

Foi realizada uma única sessão de aplicação do *Manual* com cada participante. Esta intervenção aconteceu no turno da manhã, na véspera de cada criança ser submetida à segunda sessão de curativo sem sedação.

Passo 2 – Após a aplicação do *Manual*, uma nova sessão de curativo, sem sedação, foi filmada e os comportamentos emitidos foram analisados de acordo com as categorias adaptadas da OSBD, buscando-se identificar possíveis mudanças nos comportamentos emitidos como forma de avaliar os efeitos da intervenção. Após a realização do procedimento, a criança foi solicitada a descrever, a partir da *Escala Faces*, quanto de dor havia percebido durante a realização do procedimento.

Passo 3 - Acompanhamento da rotina hospitalar da criança, realizado conforme descrito no Estudo 1.

5.2. Análise dos dados

Manteve-se o mesmo procedimento utilizado no Estudo 1. Quanto ao processamento e análise dos dados obtidos por meio da aplicação do *Manual*, estes serão apresentados de forma descritiva de acordo com as consequências identificadas durante sua aplicação. Os comportamentos verbais apresentados pelas crianças também foram considerados na análise.

A análise dos dados obtidos por meio das sessões de observação direta consistiu na comparação das frequências de comportamentos concorrentes e não concorrentes observados antes e após a intervenção, objetivando assim, identificar a eficácia do procedimento experimental sobre o repertório de comportamentos das crianças.

Também fez-se comparação entre os comportamentos observados nas crianças, participantes do Estudo 2, com os comportamentos observados nas crianças do Estudo 1.

RESULTADOS

Caracterização dos Participantes

Participante 6

P6 era uma menina, com oito anos de idade na época da internação, cursava a segunda série do Ensino Fundamental, e era filha única de pais separados. Morava em cidade localizada no interior do Estado do Pará, sob os cuidados de uma tia materna (sua acompanhante e cuidadora durante a hospitalização). Com ela, também moravam a avó, o avô, uma prima e outra tia. P6 não tinha história de hospitalizações anteriores. A criança sofreu queimadura ao cair nas cinzas de um buraco onde havia sido queimado lixo.

No relato de P6 foi identificado que a mesma permanecia sem a supervisão de um adulto na maior parte do tempo. Dentre as pessoas que conviviam na mesma residência, P6 destacou que apenas sua tia tinha “preocupação” com ela, enfatizando que, às vezes a avó chamava sua atenção “*quando eu estou desobedecendo*”. Entretanto, P6 descreveu que a convivência entre todos era prazerosa, mas que mesmo assim pretendia morar com a mãe logo após a alta hospitalar.

A tia cuidadora responsável por P6 tinha 47 anos, era separada e possuía o Ensino Fundamental incompleto. Cuidava da criança há aproximadamente quatro anos e era responsável pelas atividades domésticas.

De acordo com a cuidadora, ainda que a mãe de P6 residisse na mesma localidade, não era comum o relacionamento afetivo entre ela e a criança, que solicitava constantemente a presença da mãe.

Participante 7

P7 era um menino de 8 anos, que sofreu queimadura a partir de uma explosão de um galão de óleo diesel. Proveniente do interior, a criança deu entrada no hospital no dia seguinte ao seu acidente devido a dificuldade para fazer a sua transferência para o hospital referenciado onde a pesquisa foi realizada, pois o acesso do interior onde a criança residia até a cidade só é feito de barco e com a duração média de doze horas. Do mesmo modo que P6, P7 não tinha história de hospitalizações anteriores.

Cursando a primeira série do Ensino Fundamental, P7 era o sétimo filho de uma prole de 10. Morava com os pais e os demais irmãos. Sua mãe era analfabeta e seu pai possuía o Ensino Fundamental Incompleto. A família trabalhava na roça, com plantações de verduras e frutas, sendo que P7 também ajudava sua família colhendo as frutas e verduras.

Foi identificado, a partir do relato da criança, que a mesma ficava a maior parte do tempo sem a supervisão de um adulto (os irmãos da criança tinham respectivamente 23, 21, 18, 17, 14, 9, 7 e 3 anos) pois “*cada um tem que fazer as coisas e ajudar na casa e na roça*”.

Foi relatado por P7 que pela manhã todos de sua família trabalham na roça. No período da tarde, ele e mais cinco irmãos que estudam (de 21, 18, 17, 14, e 9 anos) vão para a escola. Sendo que nem sempre os mais velhos podem ir devido à demanda do trabalho na roça. Assim, é comum a criança ir na companhia de seu irmão de nove anos. Ainda de acordo com P7 é comum ele ficar em casa sozinho com os irmãos mais novos.

O pai era o cuidador responsável por P7. Tinha 45 anos, morava com a sua esposa, mãe de seus filhos. O pai permaneceu a maior parte do tempo acompanhando a criança, pois sua esposa tinha outros filhos e não tinha com quem deixá-los.

Conhecimento acerca do acidente

Participante P6

No dia da entrevista, P6 estava internada há 10 dias para o tratamento de sua queimadura. Quando questionada sobre o motivo de sua internação, P6 descreveu adequadamente como se acidentou, relatando cronologicamente o ocorrido, além de analisar as contingências que favoreceram o acidente. Concluiu dizendo: *“foi teimosia, não escutei a minha avó dizer que não era para eu ficar perto do fogo”*. No momento do acidente, P6 estava em companhia de dois amigos da mesma faixa etária que a dela, sem a supervisão de um adulto.

O acidente ocorreu quando P6 sentou-se na beira de um buraco onde havia sido queimado lixo anteriormente. Este estava com cinzas ainda quentes e P6 ficou balançando suas pernas até que se desequilibrou e caiu, resultando assim em uma queimadura de 2º grau em 32% de seu corpo, mais especificamente pés e pernas.

Participante 7

No momento do acidente, P7 estava acompanhado de seus irmãos de 9, 7 e 3 anos, sendo que neste dia coube a ele a responsabilidade de acender o candeeiro. Segundo relato de P7, o candeeiro estava com um fogo baixo e seu irmão pediu que ele colocasse óleo diesel para aumentar a chama. P7 derramou o óleo em cima da chama o que fez com que houvesse a explosão. Sem saber o que fazer no momento, os irmãos de P7 gritaram e pediram ajuda, o que só aconteceu depois de aproximadamente uma hora, quando um vizinho conseguiu localizar o seu pai. *“Meu pai chorava muito e me botou numa canoa e me levou para a cidade, de lá pegamos um barco pra cá, a minha pele vinha caindo, mas eu não chorava muito”*.

A entrevista foi realizada com a criança no 46^o dia de internação. Foi evidenciado coerência na descrição do acidente pela criança e identificado que esta foi capaz de analisar adequadamente as contingências que favoreceram a sua ocorrência. *“Não era para eu ter jogado em cima do fogo o óleo, só que eu não sabia que explodia, agora eu já sei”*.

Foi identificado que a família de P7 não reconhecia como sendo perigoso deixar crianças sozinhas na presença de objetos que oferecem riscos de acidentes. Isto foi demonstrado com a afirmação de P7: *“da próxima vez eu vou primeiro apagar o fogo, depois eu joga o óleo e acendo com o fósforo”*.

O acidente de P7 teve como consequência queimadura de segundo e terceiro grau em 60% de seu corpo, atingindo face, membros superior e inferior, genitália e tronco.

Conhecimento acerca do tratamento

Participante 6

Ao ser questionada a respeito de conhecer as necessidades de seu tratamento, P6 descreveu: *“tenho que ficar de jejum porque às vezes vou para o bloco cirúrgico tirar a pele, lavar e fazer curativo com esse pano enrolado. A gente dorme para a gente não ver e nem sentir dor”*. Esta informação indica uma adaptação à hospitalização favorável, na medida em que comportamentos como a descrição e o conhecimento de seu tratamento se sobressaíram. Entretanto, deve-se considerar o fato de que comportamentos concorrentes também estavam presentes, como a resistência da criança em realizar o curativo sem sedação e sua solicitação de que queria fazê-lo dormindo, podendo trazer dificuldades para o enfrentamento da hospitalização e conseqüente comportamentos concorrentes durante a realização do curativo sem sedação. Quanto à presença de sua acompanhante durante o procedimento, a criança relatou preferir que esta ficasse ao seu lado, *“para não ficar com medo”*.

Em termos do enfrentamento em relação ao procedimento de curativo sem sedação, P6 relatou “*preferir dormir para não chorar e não sentir dor*”.

Participante 7

Quanto à compreensão de seu tratamento, P7 descreveu necessitar ficar de jejum “*para não sentir dor*”. Ao ser questionado sobre o que acontece quando vai para o Bloco cirúrgico, P7 descreveu: “*vou para o curativo, aí vai trocar as ataduras. Tá fedendo, olha aqui*”. É visto que a criança identifica a necessidade da realização do procedimento, indicando uma adaptação à hospitalização favorável. Entretanto, em concordância com a participante P6, comportamentos concorrentes também estavam presentes como a resistência da criança em realizar o curativo sem sedação, além de afirmar que não queria fazer o curativo acordado pois “*vai doer muito e eu vou chorar muito*”. Este relato aponta para possíveis dificuldades no enfrentamento da hospitalização, além da possibilidade da ocorrência de comportamentos concorrentes durante a realização do curativo sem sedação. Quando questionada quanto a presença de seu acompanhante durante o procedimento, a criança relatou preferir que esta ficasse ao seu lado, “*acho que pode ficar, é melhor*”.

Problemas de comportamento identificados nas crianças antecedentes à hospitalização

A partir da análise do CBCL, foi identificado que, em relação à Escala Total de Problemas, a participante P6 estava na categoria *clínica* e o participante P7 estava na categoria *limítrofe*. No que se refere a distúrbios internalizantes, os dois participantes estavam na condição *clínica*.

Comportamentos observados durante o procedimento de curativo

Na Tabela 8 estão apresentados os dados comparativos relacionados ao tempo de duração do procedimento de curativo e a frequência total de comportamentos concorrentes e não concorrentes observados nos dois participantes antes e depois da intervenção.

Tabela 8
Tempo de Duração da Sessão e Total de Comportamentos Concorrentes e Não Concorrentes Observados em Cada Participante Antes e Depois da Intervenção

| Participantes | Tempo de duração | | Comportamentos 1ª sessão (antes) | | Comportamentos 2ª sessão (depois) | |
|---------------|------------------|-----------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------|
| | 1ª sessão | 2ª sessão | Concorrentes | Não concorrentes | Concorrentes | Não concorrentes |
| P6 | 29' 75'' | 12'00'' | 52 | 5 | 5 | 28 |
| P7 | 14' 00'' | 9'00'' | 37 | 6 | 10 | 17 |
| Total | 43'75'' | 21'0'' | 89 | 11 | 15 | 45 |
| Média | 21'87'' | 10'50'' | 44,5 | 5,5 | 7,5 | 22,5 |

Observa-se, na Tabela 8, que, comparando-se a primeira e a segunda sessão, houve redução no tempo de duração do procedimento de curativo, redução na frequência de comportamentos concorrentes e aumento na frequência de comportamentos não concorrentes em ambos os participantes.

Comportamentos observados durante as duas sessões de curativo

Na Tabela 9 estão apresentadas as frequências obtidas em cada categoria por participante, na primeira sessão de curativo.

Tabela 9
 Frequência Absoluta e Relativa das Categorias de Comportamentos Emitidos pelas Crianças Durante a Realização das duas Sessões de Curativo do Estudo 2

| Comportamentos | Categorias | P6 | | | | P7 | | | |
|------------------|---|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|-------|
| | | 1ª sessão | | 2ª sessão | | 1ª sessão | | 2ª sessão | |
| | | fa | % | fa | % | fa | % | fa | % |
| Concorrentes | Choramingar (CH) | 32 | 61,54% | 0 | 0 | 6 | 16,21% | 0 | 0 |
| | Chorar (CH) | 4 | 7,70% | 0 | 0 | 8 | 21,62% | 2 | 20% |
| | Comportar-se de modo nervoso (CN) | 0 | 0 | 3 | 60% | 8 | 21,62% | 2 | 20% |
| | Gritar (GR) | 9 | 17,30% | 0 | 0 | 2 | 5,40% | 0 | 0 |
| | Movimentar-se até imobilização (IM) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Protestar (PR) | 7 | 13,46% | 2 | 40% | 13 | 35,15% | 6 | 60% |
| | Σ | 52 | 100% | 5 | 100% | 37 | 100% | 10 | 100% |
| Não concorrentes | Auxiliar na execução do procedimento (AE) | 0 | 0 | 4 | 14,30% | 2 | 33,33% | 0 | 0 |
| | Buscar suporte emocional (SE) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5,88% |
| | Falar (FA) | 0 | 0 | 12 | 42,85% | 3 | 50% | 3 | 17,6% |
| | Responder Verbalmente (RV) | 5 | 100% | 2 | 7,14% | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Solicitar informação (SI) | 0 | 0 | 10 | 35,71% | 1 | 16,67% | 0 | 0 |
| | Σ | 5 | 100% | 28 | 100% | 6 | 100% | 3 | 100% |
| Total | | 5 | 100% | 33 | 100% | 43 | 100% | 27 | 100% |

Participante 6

Os dados obtidos através da análise da OSBD, da participante P6 indicaram a ocorrência de 119 intervalos de 15 segundos, totalizando 29 minutos e 75 segundos de duração do procedimento. A criança apresentou 5 comportamentos não concorrentes, que foram todos correspondentes a *Responder verbalmente*, emitidos durante o intervalo em que aguardava a colocação da medicação, momento em que nenhum profissional estava

manipulando seu ferimento. Quanto aos comportamentos concorrentes, houve a emissão destes em 52 intervalos, com o predomínio de *Choramingar*, com 32 emissões.

Participante 7

Os dados obtidos através da análise da OSBD, com o participante P7 indicaram a ocorrência de 56 intervalos de 15 segundos, totalizando 14 minutos de duração do procedimento. P7 apresentou 6 comportamentos não concorrentes, que foram os de *Auxiliar na Execução*, *Falar* e *Solicitar Informação*. Quanto aos comportamentos concorrentes, houve a emissão destes em 37 intervalos, com o predomínio de *Protestar*, seguido de *Comportamento Nervoso* e *Chorar*.

Observa-se na Tabela 9 uma redução na frequência de comportamentos concorrentes nos dois participantes. Destaca-se que, dentre os comportamentos não concorrentes, o comportamento *Solicitar informação* teve a mais elevada frequência em P6 e *Buscar suporte emocional* teve apenas uma emissão.

Análise dos comportamentos da equipe de enfermagem na primeira sessão

Na Tabela 10, pode-se visualizar a correspondência entre a frequência dos comportamentos não concorrentes emitidos pelos participantes com o comportamento emitido como consequência pelos profissionais de saúde, durante a primeira sessão de curativo sem sedação.

Tabela 10

Frequência de Comportamentos Não Concorrentes Emitidos pelas Crianças Participantes do Estudo 2 na Primeira Sessão de Curativo sem Sedação Relacionados à Frequência das Categorias Comportamentais Emitidas pela Equipe de Enfermagem

| Comportamentos não-concorrentes emitidos pelas crianças | Frequência Total | | Comportamentos emitidos pela equipe de enfermagem | Frequência Total | |
|---|------------------|----|---|------------------|----|
| | P6 | P7 | | P6 | P7 |
| Solicitar Informação | 0 | 1 | Pedir esclarecimento | 0 | 1 |
| | | | Ignorar | 0 | 0 |
| Responder Verbalmente | 5 | 0 | Dar Atenção | 3 | 0 |
| | | | Criticar | 0 | 0 |
| | | | Ignorar | 2 | 0 |
| Falar | | | Ignorar | 0 | 1 |
| | | | Dar Atenção | 0 | 2 |
| | 0 | 3 | Criticar | 0 | 0 |
| | | | Pedir esclarecimento | 0 | 0 |
| Auxiliar na Execução | | | Criticar | 0 | 0 |
| | 0 | 2 | Ignorar | 0 | 2 |
| | | | Dar Atenção | 0 | 0 |

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Analisando os comportamentos emitidos pela equipe de enfermagem diante de 11 comportamentos não concorrentes apresentados pelos participantes, é possível verificar que 5 destes foram *Ignorados*.

Análise dos comportamentos da equipe de enfermagem na segunda sessão

Conforme apresentado na Tabela 10, diante dos 28 comportamentos não concorrentes apresentados por P6, o que teve a maior frequência foi *Falar* com 12 emissões. Entretanto, das 12 emissões de *Falar* apenas em três tiveram como consequência a categoria *Dar atenção* e *Pedir esclarecimento* cada, enquanto em seis a consequência foi *Ignorar*. Quanto ao comportamento *Solicitar Informação*, este teve como consequência

sete emissões de *Pedir esclarecimento* e três *Ignorar*. O comportamento *Auxiliar na execução* teve quatro emissões e como consequência *Ignorar* em todas. Quanto ao comportamento *Responder verbalmente*, com duas emissões, teve uma consequência de *Dar atenção* e uma de *Ignorar*.

Quanto a P7, no que se refere aos 17 comportamentos não concorrentes apresentados, o que teve a maior frequência foi o de *Auxiliar na execução* com 13 emissões. Destaca-se que tal comportamento teve, na sessão antes da intervenção, duas ocorrências, enquanto no segundo procedimento teve um aumento de frequência com um total de treze emissões. Destes, dez tiveram como consequência *Ignorar* e apenas três *Dar atenção* por parte da equipe. O comportamento de *Falar* teve como consequência dois *Ignorar* e um *Pedir esclarecimento*. O comportamento *Buscar suporte emocional* teve uma emissão seguido pelo comportamento de *Ignorar* pela equipe, como exposto na Tabela 11.

Tabela 11
Frequência de Comportamentos Não Concorrentes Emitidos pelas Crianças na Fase de Intervenção, Relacionados à Frequência das Categorias Comportamentais Emitidas pela Equipe de Enfermagem

| Comportamentos não concorrentes emitidos pelas crianças | Frequência Total | | Comportamentos emitidos pela equipe de enfermagem | Frequência Total | |
|---|------------------|----|---|------------------|----|
| | P6 | P7 | | P6 | P7 |
| Solicitar Informação | 10 | 0 | Pedir esclarecimento | 7 | 0 |
| | | | Ignorar | 3 | 0 |
| Responder Verbalmente | 2 | 0 | Dar Atenção | 1 | 0 |
| | | | Criticar | 0 | 0 |
| | | | Ignorar | 1 | 0 |
| Falar | 12 | 3 | Ignorar | 6 | 2 |
| | | | Dar Atenção | 3 | 0 |
| | | | Criticar | 0 | 0 |
| | | | Pedir esclarecimento | 3 | 1 |
| Auxiliar na Execução | 4 | 13 | Criticar | 0 | 0 |
| | | | Ignorar | 4 | 10 |
| | | | Dar Atenção | 0 | 3 |
| Buscar suporte emocional | 0 | 1 | Ignorar | 0 | 1 |

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Considerando-se o total de comportamentos concorrentes e não concorrentes observados nos dois participantes, a partir da análise realizada com base nas categorias comportamentais propostas pela OSBD, foi observado redução na emissão de comportamentos concorrentes (de 89 para 15 ocorrências) e aumento na frequência de comportamentos não concorrentes (de 11 para 45 ocorrências) durante a segunda sessão de curativo, após a intervenção, conforme exposto na Tabela 12.

Tabela 12
Frequência de Comportamentos Concorrentes e Não Concorrentes Emitidos por P6 e P7 nas duas Sessões de Curativo

| Comportamentos | Categorias | 1ª sessão | | 2ª sessão | |
|------------------|---|-----------|--------|-----------|------|
| | | fa | % | fa | % |
| Concorrentes | Choramingar (CH) | 38 | 42,70% | 0 | 0 |
| | Chorar (CH) | 12 | 13,48% | 2 | 13% |
| | Comportar-se de modo nervoso (CN) | 8 | 9% | 5 | 33 % |
| | Gritar (GR) | 11 | 12,35% | 0 | 0 |
| | Protestar (PR) | 20 | 22,47% | 8 | 54 % |
| | Σ | 89 | 100% | 15 | 100% |
| Não-concorrentes | Auxiliar na execução do procedimento (AE) | 2 | 18,18% | 17 | 38% |
| | Buscar suporte emocional (SE) | 0 | 0 | 1 | 2% |
| | Falar (FA) | 3 | 27,27% | 15 | 34% |
| | Responder Verbalmente (RV) | 5 | 45,45% | 2 | 4% |
| | Solicitar informação (SI) | 1 | 9,1% | 10 | 22% |
| | Σ | 11 | 100% | 45 | 100% |
| Total | | 100 | 100% | 60 | 100% |

A partir da observação da Tabela 12, verifica-se a redução da frequência de comportamentos concorrentes que apresentavam frequência elevada antes da intervenção,

como o de *Choramingar* (de 38 para nenhuma ocorrência) e *Protestar* (de 20 para 8 ocorrências).

Por outro lado, observa-se que a frequência de comportamentos não concorrentes aumentou em 409,09%, destacando-se *Auxiliar na execução do procedimento* (de 2 para 17 ocorrências), *Falar* (de 3 para 15 ocorrências) e *Solicitar informação* (de 1 para 10 ocorrências).

É visto que as categorias de comportamentos concorrentes, em ordem decrescente de ocorrência, apresentaram uma variação de pelo menos 37,5%. Observando categorias como as de *Choramingar* e *Gritar*, verificou-se uma redução de ocorrência de 100%, seguido de *Chorar* que reduziu 83,3%, além de *Protestar*, com 60%.

Quanto à frequência de comportamentos não concorrentes, o único que apresentou redução em sua ocorrência foi o de *Responder Verbalmente*, que apresentou uma queda de 60%. No entanto, *Solicitar informação* teve sua frequência aumentada em 900%, *Auxiliar na execução* em 750% e *Falar* em 400%.

A partir da análise da frequência dos comportamentos concorrentes e dos não concorrentes, observados nas duas sessões de procedimento de curativo sem sedação, verificou-se presença de significância clínica em ambas categorias de comportamento nas duas crianças participantes. Destaca-se que, nas categorias de comportamentos concorrentes, o índice foi superior a 60%, enquanto o índice da frequência de comportamentos não concorrentes nas duas crianças foi muito superior ao proposto por McGlinchey, Atkins e Jacobson (2002), de, no mínimo, 30 %, ficando em 240%, na criança P6, e, 650% em P7.

Análise comparativa entre a frequência de ocorrência de comportamentos entre os Estudos 1 e 2

Ao comparar-se a frequência de comportamentos observados nos Estudos 1 e 2, verificou-se que houve variação dos comportamentos concorrentes no Estudo 1, na segunda sessão. Houve aumento em 37% dos comportamentos avaliados no que se refere às categorias *Choramingar*, *Comportamento nervoso* e *Gritar*. Por outro lado, no Estudo 2 houve redução de 62,5% dos comportamentos avaliados nas categorias *Choramingar*, *Chorar*, *Comportamento nervoso*, *Gritar* e *Protestar*.

O estudo da variação dos comportamentos não concorrentes indica que no Estudo 1 houve diminuição de 80% dos comportamentos de *Auxiliar na execução*, *Falar*, *Responder Verbalmente* e *Solicitar Informação*. No entanto, no Estudo 2 houve aumento de 80% dos comportamentos *Auxiliar na execução*, *Buscar Suporte Emocional*, *Falar*, e *Solicitar informação*.

Todas as categorias de comportamentos que tiveram emissão registrada nos estudos foram avaliadas em termos da diferença entre a primeira e a segunda sessão. Essas diferenças foram comparadas com o uso do teste t de Student. A categoria de comportamento concorrente que apresentou significância estatística foi a de *Choramingar*. A categoria *Choramingar*, no Estudo 1 ($4,8 \pm 7,6$), apresentou a diferença significativamente maior quando comparada com o Estudo 2 ($-19,0 \pm 18,3$). Quando essas diferenças foram comparadas, o teste t de Student resultou no p-valor = 0,0447*, o qual é estatisticamente significativo. Portanto, conclui-se que a intervenção proporcionou uma significativa alteração do comportamento de P6 e P7, visto que esses pacientes evoluíram respectivamente de 32 e 6 comportamentos na primeira avaliação, entretanto, na segunda avaliação não houve ocorrência do comportamento *Choramingar*.

A mesma avaliação foi realizada com as categorias de comportamentos não concorrentes. A categoria que apresentou diferença estatisticamente significativa foi *Auxiliar na execução do procedimento*. No Estudo 1 (-1,4±3,2) a diferença foi significativamente menor ao ser comparada com o Estudo 2 (-7,5±13,5). Quando essas diferenças foram comparadas, o teste t de Student resultou no p-valor = 0,0324*, o qual é estatisticamente significativo. Portanto, sugere-se que a intervenção proporcionou aumento significativo desse comportamento não concorrente.

Quando avaliada a somatória de todos os comportamentos concorrentes realizada em termos da diferença entre a primeira e a segunda sessão, observou-se que no Estudo 1 (-15,2±14,2) não houve real diferença quando comparado com o Estudo 2 (-4,5±7,7). Através do teste t de Student, o p-valor = 0,1280 não é significativo, logo, conclui-se que os participantes do Estudo 1 e do Estudo 2 não apresentaram reais diferenças no tocante à ocorrência de comportamentos concorrentes, ainda que estes tenham apresentado redução na sua frequência entre os Estudos.

A mesma avaliação foi realizada no que se refere aos comportamentos não concorrentes. A partir do teste t de Student, o p-valor = 0,0066* é altamente significativo, logo, conclui-se que os participantes do Estudo 1 e do Estudo 2 apresentaram reais diferenças no tocante à ocorrência de comportamentos não concorrentes.

Dor percebida pelas crianças participantes

Após as crianças terem finalizado o procedimento de curativo, foi apresentado a elas a escala de faces, seguida de suas instruções. Na fase de caracterização, a criança P6 selecionou a face de *dor intensa*, como sendo a dor sentida durante a realização do procedimento de curativo. A criança P7 selecionou a de *dor forte*. Ao terminar a segunda sessão de curativo, após a intervenção, a criança P6 selecionou a face de *dor leve*, como

sendo esta a dor sentida durante a realização do procedimento de curativo, enquanto a criança P7 selecionou a face de *dor um pouco leve*.

Acompanhamento da rotina de hospitalização

Durante os 18 dias de hospitalização, P6 foi submetida a cinco curativos em bloco cirúrgico com sedação, com intervalos médios de três dias entre eles. Também fez sete sessões de fisioterapia, haja vista que, como sua queimadura era nos pés, algumas limitações funcionais poderiam ocorrer. Tais procedimentos foram descritos pela participante como aversivos.

Durante o período em que P6 ficou internada, não recebeu visita de nenhum familiar e nem houve troca de acompanhante. A criança permaneceu em uma enfermaria com mais duas crianças do sexo masculino, de 5 anos e 1 ano, talvez por esta razão interagiu pouco com eles, preferindo brincar sozinha ou com sua tia. Devido a queimadura ser em seus pés, P6 permanecia a maior parte do tempo em seu leito.

No que se refere a trocas de punção venosa, P6 foi submetida a 14 mudanças de acesso venoso. Isso se ocorreu devido a aplicação de altas doses de antibióticos que acarretavam em complicações nas veias como estourar, ficar obstruída e perder o acesso venoso, além da equipe seguir as recomendações do Centro de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HMUE, que avaliava a necessidade de trocar o acesso venoso da criança com vistas a reduzir os riscos de infecções.

Devido a uma anemia identificada, P6 recebeu 3 bolsas de sangue em dias alternados. Havia a preocupação, pela equipe médica, de que os curativos realizados para o tratamento da queimadura pudessem agravar a anemia.

Quanto a P7, este permaneceu internado durante 68 dias. Foi submetido a doze curativos em bloco cirúrgico com sedação, com intervalos médios de três dias entre eles.

Quanto às sessões de fisioterapia, foram 12. Ainda que P7 reclamasse durante as sessões de fisioterapia, ele as descrevia como sendo “legais”.

P7 permaneceu em uma enfermaria com mais duas crianças, sendo uma do sexo feminino e uma do sexo masculino, com idades de 7 anos e de 8 meses, respectivamente. Sua interação era boa, conversando inclusive com os acompanhantes das demais crianças. Frequentemente, P7 solicitava a presença de alguém em seu leito. Normalmente eram acompanhantes de outras crianças internadas em outras enfermarias. Durante o período de internação, P7 não recebia visita de outros familiares.

No que se refere a trocas de punção venosa, P7 foi submetido a 14 mudanças de acesso venoso e teve uma veia dissecada em Bloco Cirúrgico. A necessidade destes procedimentos justifica-se pela necessidade de aplicar medicações fortes e frequentes, que acarretavam em complicações nas veias como estourar, ficar obstruída e perder o acesso venoso, além da equipe seguir as recomendações do Centro de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HMUE, que segue um protocolo de controle do tempo de permanência do acesso venoso.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou investigar os efeitos do uso de um *Manual de instruções sobre o curativo* sobre a frequência de comportamentos concorrentes e não concorrentes emitidos por crianças vítimas de queimadura durante sessão de curativo sem sedação em enfermaria.

Os resultados sugerem que oferecer à criança informações sobre o procedimento de curativo pode auxiliá-la a enfrentar este procedimento invasivo mas necessário ao seu tratamento. Tais resultados confirmam estudos sobre a utilidade da informação

preparatória, descritiva sobre o procedimento a ser executado e/ou sobre como a criança deve se comportar, na tentativa de colocar o comportamento sob controle instrucional, diminuindo a probabilidade de ocorrência de comportamentos indicadores de sofrimento, como ansiedade antecipatória e dor (Bargado et al., 1997; Costa Jr., 2001; Daher et al., 1999; Le Roy et al., 2003; Torrano-Masseti et al., 1999; Webber, 1990).

Essa pesquisa mostrou sua relevância para a área da Psicologia da Saúde, abrindo caminho para intervenções de baixo custo, além de indicar a possibilidade de intervenções com essa clientela, crianças vítimas de queimadura, que tão pouco tem sido investigada.

Destaca-se a importância de discutir, inicialmente, algumas questões metodológicas e teóricas deste estudo. No que diz respeito ao instrumento utilizado para a avaliação da eficácia da intervenção, foi considerada a análise das categorias da OSBD propostas por Costa Jr. (2001). No entanto, este autor incluiu em seu estudo três categorias de comportamentos concorrentes que foram: *Choramigar* (CM), *Agredir fisicamente* (AF) e *Fugir* (FG). No presente estudo, estas duas últimas categorias não apresentaram registro de emissão dos participantes dos dois Estudos. Pode-se inferir que tal fato se deu, principalmente, pelas limitações funcionais, dor e desconforto impostos pela queimadura. No entanto, a categoria de *Choramigar* apresentou alta frequência nos dois Estudos.

Ainda que tais categorias não tenham apresentado registros de ocorrência, a utilização da OSBD, como referência para observação, registro e análise de comportamentos, mostrou-se adequada para o objetivo de identificar os comportamentos concorrentes e não concorrentes antes e após a intervenção, bem como auxiliou na análise dos dados, sem que tivesse sido necessário construir um novo instrumento.

Assim, a partir do uso da OSBD, os dados encontrados neste estudo permitiram corroborar os achados de Blount et al. (1990) e Dalquist et al. (1995), onde foi possível identificar mudanças comportamentais em crianças submetidas a procedimentos invasivos.

No entanto, destaca-se que estes estudos analisaram procedimentos como os de punção venosa e punção lombar, enquanto no presente estudo a possibilidade de aplicação deste instrumento foi em uma outra clientela e em contextos diferentes.

Destaca-se ainda, como vantagem na utilização da OSBD, a obtenção de dados quantitativos de cada participante, possibilitando identificar padrões individuais e semelhanças entre os participantes. Todavia, para estudos futuros, sugere-se adequar categorias concorrentes como *Fugir* e *Agredir fisicamente*, que não apresentaram ocorrência e a categoria *Movimentar-se até imobilização* que só foi observada em um participante, ainda assim, com frequência reduzida. Quanto à categoria de comportamento não concorrente *Buscar suporte emocional*, que apresentou uma emissão em apenas uma criança (P7, após intervenção), havia baixa probabilidade desta ocorrer, pois, no local de coleta de dados, fazia parte do protocolo do procedimento de curativo a ausência do acompanhante. A adaptação destas categorias poderá permitir um aprimoramento metodológico para outros estudos que visem analisar crianças que são submetidas a procedimentos invasivos, de longa duração, como crianças vítimas de queimaduras.

Atendendo às sugestões de Costa Jr. (2001) quanto ao uso de registro em vídeo, enfatizado pela possibilidade de obtenção de sequências de comportamento, bem como dos eventos ambientais relacionados aos comportamentos emitidos pelas crianças, este estudo comprovou a efetividade deste. Através dos registros, foi possível realizar análises funcionais dos comportamentos da equipe de enfermagem em relação ao das crianças, além de enriquecer a metodologia observacional.

Quanto ao uso do *Manual de instrução*, foi identificado que, ainda que resultados positivos tenham sido obtidos, o instrumento pode ser aperfeiçoado visando agregar facilidades e atrativos para a criança, como, por exemplo, versões diferentes de acordo com o gênero.

O tempo necessário para a aplicação do *Manual* se mostrou adequado, pois, diante da rotina da enfermagem, que inclui procedimentos constantes, além do desconforto da criança, visto que esta é manipulada frequentemente, pode haver dificuldade de centrar a atenção da criança nas informações. No entanto, esta variável (tempo de aplicação) pode ser controlada de acordo com a compreensão da criança, sua interação com o aplicador e a qualidade de seus questionamentos (Motta, 2007)

De acordo com Portnoi (2001), métodos educativos terapêuticos, incluindo intervenções que visem o fornecimento de informação, têm-se mostrado eficazes no controle do distresse comportamental apresentado por crianças durante a realização de procedimentos invasivos. Tal afirmação foi confirmada neste estudo.

A demanda pelo profissional de psicologia em ambiente hospitalar na atenção à saúde da criança, na maioria das vezes, está relacionada a tentar solucionar problemas causados pelos familiares dos pacientes identificados pela equipe profissional. Assim, resultados relacionados a sua intervenção direta com o paciente pediátrico, no que se refere a melhoras quanto a adesão ao tratamento, e desenvolvimentos de habilidades favoráveis a sua recuperação, são, na maioria das vezes despercebidas.

Os dados encontrados neste estudo possibilitaram verificar a eficácia da intervenção por meio de medidas de antes e após a intervenção, estatisticamente embasados, além de ter sido avaliada a significância clínica da intervenção.

Ainda no que se refere à análise das questões metodológicas deste estudo, destaca-se a dificuldade de controlar as variáveis ambientais que caracterizam a hospitalização infantil. No entanto, foi visto que todas as crianças foram submetidas a uma rotina semelhante. Assim, a intervenção no contexto hospitalar deve considerar também a diversidade de estressores que a acompanham, conforme sugerido por Compas et al.,

1988). É necessário o profissional dar atenção para intervenções específicas, que promovam a aquisição de estratégias de enfrentamento (Motta, 2007).

No que se refere às questões teóricas acerca das estratégias de enfrentamento e as diversas análises destas, foi considerado como sendo o principal estressor na pesquisa a elevada frequência de comportamentos concorrentes e a reduzida frequência de comportamentos não concorrentes observados antes da intervenção. Considerando que, quando a condição de doença e hospitalização é tida como tema de investigação de enfrentamento, a exposição a procedimentos médicos invasivos se torna o principal aspecto a ser controlado pela criança (Costa Jr., 2005; Motta & Enumo, 2002).

Inquestionavelmente, o procedimento de curativo, ao qual a criança vítima de queimadura é submetida, é doloroso e, devido a criança ser exposta a uma rotina de outros procedimentos invasivos, como os de punção venosa, a aversividade do procedimento pode acarretar em prejuízos que vão desde a ansiedade antecipatória ao desenvolvimento de comportamentos de esquiva do procedimento (Costa Jr. et al., 1998, Le Roy et al., 2003). Isto foi percebido nos relatos das crianças do Estudo 2, quando foram informadas que seriam submetidas a mais uma sessão de curativo sem sedação.

O fato de o curativo, sem sedação, ser uma rotina no tratamento, associado ao fato de as crianças escutarem relatos e choros de outras crianças durante o procedimento, faz com que as crianças criem expectativas negativas quanto ao procedimento. Esta situação ficou evidente durante a aplicação do *Manual*, pois, ainda que as crianças já tivessem sido submetidas a uma sessão de curativo, estas não conseguiram descrever acuradamente o que acontecera durante a realização deste.

A dificuldade em controlar os agentes estressores é exemplificada por intercorrências que podem acarretar em alterações no seu tratamento. Para ilustrar esta situação, cita-se o caso de P6, participante do Estudo 2, que necessitou receber três bolsas

de sangue, para tentar controlar uma anemia que poderia agravar o seu quadro clínico. Daí a necessidade de intervenções individuais que possibilitem a adequação das necessidades de cada criança. Este exemplo ilustra a dinâmica de hospitalização.

Desta forma, destaca-se a necessidade de propor técnicas que se adéquem à rotina de hospitalização, que sejam viáveis e que estejam de acordo com a realidade pesquisada. Por esta razão, ao escolher o uso de instrução, a partir de um manual, a possibilidade de aplicação desta por um profissional de psicologia poderá se tornar parte do protocolo de atendimento à criança vítima de queimadura.

Corroborando com o estudo Leith (1998) e Kenny et al. (1998), os resultados da intervenção mostraram benefícios para o participante, para o familiar (que observou a redução do tempo do procedimento além da diminuição de sofrimento comportamental apresentado pela criança, pois ainda que estes não presenciassem o procedimento, era possível escutar e perceber a presença de comportamentos contrários à realização do curativo), bem como para a equipe de saúde que demandou menos tempo e desgaste emocional de presenciar o sofrimento da criança.

Quanto à discussão relacionada aos resultados obtidos, coloca-se em questão a ausência de correlações estatisticamente significativas entre a frequência de comportamentos concorrentes nos dois estudos, como também a ausência de relação significativa entre o CBCL e o aumento da frequência de comportamentos concorrentes, bem como o tempo de internação.

Quanto ao tempo de internação, Bicho e Pires (2002) destacam que as lesões por queimaduras acarretam em longos períodos de internação. Tal afirmação foi verificada neste estudo, pois dentre as crianças participantes, a média do período de hospitalização foi de 43 dias, sendo que quatro crianças permaneceram por um período superior a este, chegando a ficar 68 dias internada.

Ainda relacionando o tempo, verifica-se que o participante P7, que permaneceu 68 dias hospitalizado, ainda que já estivesse sendo exposto periodicamente a situações aversivas, apresentou redução na frequência de seus comportamentos concorrentes, além de apresentar aumento na frequência de comportamentos não concorrentes.

Quanto à relação significativa entre a ocorrência de comportamentos concorrentes com o tempo de duração do procedimento, verificou-se que tal resultado corrobora com os estudos de Vessey et al.(1994), Torritesi e Ventrúsculo (1998) e Rossi et al. (2000). Borges (1999) destaca a importância de se considerar o tempo de duração de procedimentos médicos invasivos, como uma variável a ser pesquisada nos estudos relacionados ao enfrentamento.

Foi observada redução, embora sem significância estatística, na frequência de comportamentos concorrentes da primeira para a segunda sessão dos participantes do Estudo 1. Estes achados contrariam os resultados de Costa Jr. (1998, 2001) que afirma que a experiência de exposição periódica a situações aversivas, tende a aumentar a frequência de comportamentos concorrentes. Assim, esses resultados poderiam ser ingenuamente traduzidos em uma boa adaptação à hospitalização e, por esta razão, não haveria necessidade de intervenção. No entanto, considera-se também o fato da redução da frequência de comportamentos não concorrentes entre as duas sessões, o que justifica a realização de intervenção que possibilite aumentar a frequência destes. Assim, ainda que tenha havido uma redução de emissão de comportamentos concorrentes entre as sessões, fatores como a melhora no quadro clínico e na condição da queimadura podem ter favorecido essa redução.

Quanto à redução da frequência de comportamentos não concorrentes emitidos pelas crianças do Estudo 1, tal fato pode ser justificado pelas consequências emitidas pelos profissionais de enfermagem. Ainda que, nem sempre os mesmos profissionais de

enfermagem executassem os procedimentos observados em um mesmo participante, os padrões de comportamento emitidos por eles se assemelhavam. A partir destes dados, é possível sugerir a realização de intervenções com a equipe de enfermagem, para que estes sejam capazes de apresentar reforçadores contingentes aos comportamentos não concorrentes emitidos pelas crianças durante o procedimento.

Ramos (1998), ao destacar os benefícios do fornecimento de informação, aponta que esta pode aumentar a habilidade do paciente em se preparar para eventos aversivos. Esta afirmação foi confirmada a partir dos resultados obtidos no Estudo 2, onde houve um aumento na frequência de comportamentos não concorrentes emitidos pelas crianças, ainda que nenhuma intervenção tenha sido realizada com a equipe.

Blount et al. (1990) afirmam que comportamentos sociais, como *Falar e Responder verbalmente*, constituem estímulos distrativos em momentos iniciais das sessões de procedimentos invasivos. No entanto, afirmam que ao decorrer do procedimento invasivos tais comportamentos tendem a ter a sua frequência reduzida e substituída por respostas de submissão ao contexto ambiental, respostas reflexas e comportamentos concorrentes. Esta tendência foi confirmada no Estudo 1, onde a categoria de *Falar e Responder verbalmente*, tiveram emissão no início do procedimento, além de terem apresentado redução de ocorrência na segunda sessão de observação.

As categorias *Falar e Responder verbalmente*, de acordo com a definição descrita por Costa Jr. (2001), constituíram categorias que dependeriam de variáveis ambientais emitidas pela equipe de enfermagem. Assim, a frequência com que estas ocorreram dependeu dos comportamentos emitidos pela equipe durante a realização do procedimento.

A partir destes dados, conclui-se que a variação comportamental observada pode estar relacionada com as diferenças individuais dos participantes, a habilidade da equipe de enfermagem, relações familiares, a melhora no quadro clínico, entre outras variáveis. Tais

resultados corroboram os achados de Carpenter (1991) no que se refere a importância de se analisar a variabilidade comportamental.

Segundo Costa Jr. (2001), a variabilidade comportamental entre os participantes ocorre por meio do estabelecimento de condicionamentos diferentes para crianças diferentes. Assim, durante o tratamento para a queimadura, eventos ambientais podem adquirir funções discriminativas. Situações como a exposição da criança à agulha, para receber medicação, ou a manipulação da criança para mudança de decúbito, podem eliciar comportamentos respondentes como rigidez muscular. Com o aumento na frequência de realizações de procedimentos invasivos, o emparelhamento de estímulos acarreta em uma ampliação de classe de estímulos condicionados e permite a função discriminativa e/ou estabelecadora de determinados estímulos. Assim, há probabilidade do estabelecimento da relação entre a resposta da criança e suas consequências, positivas ou não.

Comportamentos como a colocação da placa de jejum e consequente privação de alimento e líquido podem constituir-se em estímulo evocador da categoria *Chorar*, *Choramigar*, ou *Comportar-se de modo nervoso*. No entanto, com a frequência de procedimentos que necessitem a realização do jejum, a colocação da placa no leito da criança pode constituir-se em estímulos com função discriminativa ou estabelecadora para respostas condicionadas.

Quanto às categorias de comportamentos não concorrentes, no Estudo 2, que apresentaram maior aumento em sua ocorrência, como *Auxiliar na execução*, *Falar* e *Solicitar informação*, sugere-se, que, a intervenção baseada no uso de informação a respeito do procedimento possibilitou uma ampliação no repertório inicial da criança, favorecendo a percepção de controle sobre as contingências aversivas do procedimento invasivo.

Outro aspecto relevante se refere à relação existente entre a idade do participante e a redução da frequência de comportamentos concorrentes. Autores como Lazarus (1993) afirmam que crianças mais velhas tendem a vislumbrar de maneira positiva o encerramento do procedimento, voltando sua atenção a essa possibilidade, ou seja, encerrar mais rápido o procedimento. Assim, à medida que aumenta a idade da criança, a frequência de comportamentos concorrentes tende a reduzir. No entanto, as crianças que participaram do Estudo 2 obtiveram redução na frequência de comportamentos concorrentes, ainda que fossem mais novas do que as participantes do Estudo 1.

Quanto à rotina de hospitalização, pode-se considerar que não existem diferenças evidentes no que diz respeito a esta condição, haja vista que todas as crianças foram expostas a procedimentos médicos invasivos, à restrição de movimentos, ao afastamento familiar, à incerteza do prognóstico e demais estressores. Contudo, ainda deve-se considerar o potencial efeito da possibilidade de sequelas funcionais ou físicas, que podem acarretar em problemas futuros, como o isolamento social (Vale, 2005).

O objetivo central deste estudo se refere aos efeitos do uso de informação, por meio de intervenção psicológica com as crianças vítimas de queimaduras, visando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. A esse respeito, a análise estatística intragrupo identificou um aumento significativo da pontuação de comportamentos não concorrentes entre as crianças do Estudo 1 e do Estudo 2, as quais foram submetidas à intervenção. Como esse aumento não foi verificado entre as crianças do Estudo 1, poder-se-ia confirmar a hipótese de que crianças submetidas à intervenção foram mais beneficiadas quanto à ampliação de seu repertório comportamental durante a hospitalização do que as crianças submetidas exclusivamente à rotina hospitalar (Estudo 1), corroborando com os resultados de Motta (2007).

Quanto ao uso da *Escala Faces*, ainda que estudos (e.g. Correia & Linhares, 2008; Schiff et al., 2001) apontem seus benefícios a crianças em idade pré-escolar, optou-se em utilizar tal instrumento com o objetivo de reduzir qualquer dificuldade que a criança em idade escolar pudesse ter em descrever a sua dor percebida durante o procedimento.

Entretanto, no Estudo 1 a relação entre a dor observada e a dor descrita não foram coerentes, corroborando com autores como Vessey et al. (1994), Torritesi e Vendrúsculo (1998) e Rossi et al. (2000) que afirmam que a percepção que a criança tem em relação a sua dor, pode sofrer interferência negativa, ainda que não esteja de acordo com a dor experienciada por ela.

Quanto à seleção e ao emprego de múltiplas técnicas, em um programa de intervenção, autores como Peterson et al. (1994) defendem o uso de técnicas associadas dirigidas à redução do distresse. No entanto, devido a dinâmica de atendimento à criança vítima de queimadura, além dos dados obtidos no Estudo 1, optou-se em utilizar o uso de informação, haja vista que o procedimento de curativo é doloroso, expõe a criança já que esta permanece despida, além de a criança desconhecer a necessidade do tratamento e de que forma o procedimento é realizado. Destaca-se ainda que o ambiente onde o procedimento foi realizado não permitia a entrada de objetos (como brinquedos, vídeos), com vistas a reduzir os riscos de infecção, além da maioria das crianças estarem com limitações funcionais que as impossibilitavam de utilizar recursos manuais, como os usualmente utilizados em procedimentos de distração.

Considerando os dados alcançados neste estudo, no que se refere aos efeitos positivos da intervenção, e a função do estudo do enfrentamento destacado por Skinner et al. (2003) que é ajudar o indivíduo a lidar com o estressor, é possível afirmar que os resultados foram positivos, haja vista que foi possível obter um aumento significativo dos

comportamentos não concorrentes, possibilitando a ocorrência de respostas de enfrentamento mais adaptativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram algumas dificuldades encontradas durante a hospitalização do paciente pediátrico vítima de queimadura, principalmente no que se refere à realização de procedimentos invasivos. Verificou-se que o uso de uma técnica de fácil aplicação foi capaz de reduzir a frequência de comportamentos concorrentes e, principalmente, de aumentar a frequência de comportamentos não concorrentes relacionados ao procedimento. Assim, sugere-se que o uso do *Manual de Instruções sobre o Curativo* passe a fazer parte do protocolo de internação, desde que seja utilizado por um profissional de psicologia, pois supõe-se que este seja capacitado para analisar as contingências em vigor, bem como, possibilitar à criança o aprendizado de um amplo repertório comportamental de enfrentamento.

Os comportamentos analisados durante o procedimento de curativo possibilitaram identificar relações estabelecidas entre eventos ambientais e o comportamento da criança. Assim, foi possível estabelecer relações funcionais entre os comportamentos emitidos pela equipe de enfermagem a partir da emissão de comportamentos não concorrentes pela criança.

A inadequação dos comportamentos emitidos pela equipe pode ser explicada, em parte, pela inabilidade de lidar com situações estressoras, bem como, a necessidade de encerrar o procedimento o mais rápido possível para atender à demanda determinada em sua rotina de trabalho. O número reduzido de profissionais, associado à alta demanda de procedimentos a serem realizados, pode ser um fator desencadeante de insensibilidade na

equipe, que, com a intenção de realizar as atribuições definidas por sua supervisão acaba por não considerar comportamentos positivos emitidos pela criança.

O registro das sessões, realizado a partir de filmagem, possibilitou o desenvolvimento e a análise de padrões de comportamentos emitidos pela equipe de enfermagem. Assim, percebeu-se que o padrão de comportamentos emitidos por eles permanece o mesmo, independente da variabilidade individual das respostas de comportamentos não concorrentes pelas crianças. Assim, sugere-se que esses profissionais recebam treinamento, de preferência por um profissional de psicologia, para que possam desenvolver comportamentos adequados e contingentes aos emitidos pelas crianças. Outra sugestão seria a redução de rodízio na equipe, pois o protocolo do hospital prevê que, pelo menos, a cada três meses haja mudança na equipe de enfermagem. Assim, os profissionais que foram treinados para realizar procedimentos, em pacientes vítimas de queimaduras, passam a assumir sua função em outra enfermagem, bem como, outros profissionais, que nem sempre possuem experiência com queimados, assumem essa função.

Tais sugestões se tornam possíveis a partir da análise dos comportamentos emitidos durante o procedimento. O reconhecimento de reforçadores e a influência destes podem ser identificadas e analisadas a fim de alterar a sua eficácia. Destaca-se, ainda, que a emissão de comportamentos não concorrentes apresentados pelas crianças, principalmente das que participaram da intervenção, esteve mais sobre controle de contingências não dispostas pelo ambiente imediato.

Durante a observação da rotina de internação, verificou-se que a equipe tendia a classificar algumas crianças como sendo mais sensíveis à realização de procedimentos invasivos, como os de punção venosa e fisioterapia. Assim, ao saberem que a criança iria para o procedimento de curativo sem sedação, comentavam antecipadamente que a criança não aguentaria a realização do procedimento. Isto foi observado em todas as crianças

participantes, pois, assim que a pesquisadora pegava o mapa de realização de curativo, sempre algum membro da equipe fazia tal afirmação. Talvez esse fato se dê devido à própria dificuldade que a equipe apresentava em realizar o procedimento, além de ter que conviver com o sofrimento da criança.

Quanto às dificuldades encontradas neste estudo, destaca-se que a amostra participante da intervenção foi reduzida, o que limita comparações. Entretanto, possibilitou a realização de estudos de casos que apresentaram resultados semelhantes no que se refere à aquisição de habilidades de enfrentamento e à dificuldade de controlar variáveis ambientais, como a inadequação de alguns profissionais que usavam de controle coercitivo para fazer com que a criança seguisse adequadamente as recomendações de seu tratamento.

Destaca-se a dificuldade em selecionar os participantes, pois ainda que a pesquisadora diariamente questionasse sobre a programação de curativos, algumas vezes essa informação era omitida, além de alguns participantes apenas realizarem um curativo sem sedação e receberem alta médica, ou ainda, participarem da intervenção e posteriormente receberem alta médica, impossibilitando a análise posterior à intervenção.

Ficou muito evidenciado que a equipe de enfermagem se sentia coagida com a possibilidade de ter o seu comportamento analisado. Embora, mesmo sabendo que estavam sendo filmados, apresentassem comportamentos verbais inadequados, como os registrados na análise de dados como sendo ignorados ou criticados.

Visando a possibilidade de estudos futuros, sugere-se investigar se um treino com a equipe de enfermagem se mostra como uma possível variável para contribuir com a diminuição do distresse observado nas crianças durante a realização do curativo; analisar os feitos da presença de acompanhantes, bem como a instrumentação deste para que atue como reforçador positivo e encoraje a criança, adequadamente, a enfrentar positivamente a internação; além de treinamento constante com toda a equipe que mantém contato e

intervenção com a criança, para que funcione como agente motivador e não ameaçador. Sugere-se ainda, que para que houvesse um controle maior dos ganhos obtidos, bem como a observação da manutenção das mudanças observadas a partir da intervenção, um número maior de procedimentos de curativo pudesse ser observado. Assim, uma alternativa seria que os demais curativos fossem realizados no ambulatório de retorno do hospital.

É sabido que, embora a rotina apresente alterações de acordo com a evolução clínica do paciente, esta não é uma variável que dificulte o fornecimento de informação a respeito dos procedimentos a serem realizados. A prática evidenciou que mesmo os pacientes adultos desconheciam a necessidade de realização de alguns procedimentos, como o curativo. Fato este que pode interferir, negativamente, na sua recuperação, já que o paciente, não analisando as vantagens e desvantagens de seguir adequadamente o tratamento, pode se opor ou dificultar a realização de procedimentos inerentes ao processo de recuperação.

A efetividade da intervenção foi evidenciada, principalmente, pelo aumento na frequência de comportamentos não concorrentes, ainda que seja válido considerar a variabilidade comportamental. Entretanto, o delineamento da pesquisa não permite afirmar se essa redução poderá ser mantida no longo prazo. Assim, para afirmar o estabelecimento dessas alterações, seria necessário um monitoramento de procedimentos de curativo, ou procedimentos invasivos realizados com as crianças após a alta médica. Assim, seria possível verificar a manutenção dos ganhos alcançados após a intervenção, em termos de comportamentos e estratégias de enfrentamento. Entretanto, a realidade dificulta essa investigação, pois a maioria das crianças são provenientes do interior do estado e tendem a dar continuidade no tratamento em seu município de origem.

A inexistência de um espaço físico privado para a realização da intervenção, não sendo possível evitar o acesso, de profissionais e de outras crianças e acompanhantes às

atividades da pesquisa, foi um fator que embora não tivesse como ter sido controlado, pareceu não ter interferido nos resultados, já que o ambiente foi comum a todas as crianças.

O presente estudo apresentou uma proposta de intervenção com crianças vítimas de queimadura, que demonstrou ser simples, de fácil aplicação e cujos resultados parecem ter beneficiado diretamente os participantes da pesquisa. Espera-se que estes resultados contribuam para pesquisas futuras, assim como orientar intervenções psicológicas em ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

- Álvarez, C.B., & Marcos, A.F. (1997). Psychological treatment of evoked pain and anxiety by invasive medical procedures in pediatric oncology. *Psychology in Spain*, 1, 17-36.
- Araújo, T.C.C.F., & Tubino, P.J.G. (1996). Efeitos da participação parental em rotina de centro cirúrgico para a adaptação psicológica do paciente pediátrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 369-382.
- Arkader, R., Araújo, O., Silva, D. C. B., Hirschheimereu, M. R., & Carvalho, W. B. (2006). Terapia com Hormônio de crescimento em estado de hipercatabolismo pediátrica. Uma revisão sistemática e meta-análise. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 18, 1-9.
- Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP). Endereço eletrônico: www.iasp-pain.org.
- Bicho, D. & Pires, A. (2002). Comportamentos de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. *Análise Psicológica*. 1 (10) 115-129.
- Blount, R.L., Sturges, J.W., & Powers, S.W. (1990). Analysis of child and adult behavioral variations by phase of medical procedure. *Behavior Therapy*, 21, 33-48.
- Bordin, I.A.S., Mari, J.J., & Caiero, M.F. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) Inventário de comportamentos da infância e da adolescência: Dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2), 55-66.
- Borges, L.M. (1999). Manejo da dor pediátrica. In M.M.M.J. de Carvalho (Ed), *Dor: Um estudo multidisciplinar* (pp. 265-297). São Paulo: Summus.
- Bragado, C.A., & Fernández, A.M. (1997). Psychological treatment of evoked pain and anxiety by invasive medical procedures in Pediatric Oncology. *Psychology in Spain*, 1, 17-36.

- Carr, T. D., Lemanek, K. L., & Armstrong, D. (1998). Pain and fear ratings: Clinical implications of age and gender differences. *Journal of Pain and Symptom Management*, *15*(5), 305-313.
- Carpenter, P. J. (1991). Scientific inquiry in childhood cancer psychosocial research. *Cancer*, *67*, 833-838.
- Castro, D. M., Abrantes, M. M., Lamounier, J. A., & Lemos, A. T. O. (1999). Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, *75* (3), 181-186.
- Causey, D., & Dubow, E. (1992). Development of a self-report measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*(1), 47-59.
- Cindy, S. (2000). *Trends in Pharmacological Sciences* (7) 342.
- Cleto, P., & Costa, M. (2000). A mobilização de recursos sociais e de coping para lidar com a transição de escola no início da adolescência. *Inovação*, *13*, 69-88.
- Cohen, L. (2002). Reducing infant immunization distress through distraction. *Health Psychology*, *21*(2), 207-211.
- Compas, B.E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, *10*(3), 393-403.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56* (3), 405-411.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2008). Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. *Jornal de Pediatria*, *84*(6), 477-486.

- Costa, D. M., Abrantes, M.M., Lamounier, J. A., & Lemos, A. T. O. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 75(1), 181-186.
- Costa Jr., A. L. (1998). O Profissional de Psicologia na área de saúde: perfil dos trabalhos em psico-oncologia [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (Org.), *Anais do VI Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica*. (p.62). Guarujá, SP: SOBOPE.
- Costa Jr, A. L. (2001). *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília Instituto de Psicologia.
- Costa Jr, A.L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: O estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M.A. Dessen & A.L. Costa Jr., A.L. (Eds.). *A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras*, (pp 172-189). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Costa, D. M., Abrantes, M.M., Lamounier, J. A., & Lemos, A. T. O. (1999). Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 75 (1) 181-186.
- Crisóstomo, M.R., Serra, M.C.V.F., & Gomes, R.D. (2004). Epidemiologia das queimaduras. In: Lima Junior & Serra MC, eds. *Tratado de Queimaduras*. (pp31-35). São Paulo:Atheneu.
- Daher, A. S., Baptista, M. N., & Giorgi, M. M. C. (1999). *Grupo Informativo às gestantes de alto risco: influência na depressão pós parto*. [Resumo] In: XXIX Reunião anual de Psicologia, 1999. Anais da XXIX Reunião anual de Psicologia, p. 257-257.
- Dahlquist, L. M., Power, T. G., & Carlson, L. (1995). Physician and parent behavior during invasive pediatric cancer procedures: Relationships to child behavioral distress. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 477-490.

- Damasceno, A. K. C. (2005). *Epidemiologia de dor em crianças vítimas de queimaduras*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Dourado, E., Fernandes, T. C. A., Meireles, J. S. de S., & Monteiro, I. S. (2004). Dor e efeito placebo. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial* 4 (3) 197 – 203.
- Elliott, C. H., Jay, S. M., & Woody, P. (1993). An observation scale for measuring children's distress during medical procedures. *Readings in pediatric psychology*. (pp. 259-267) New York: Lenum Press.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1999). *Coping inventory for stressful situations (CISS). Manual Second Edition*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Obtido em 07 de abril de 2008, disponível no site: <http://www.eca.org.br/eca.htm>
- Faleiros, F., Sadala, M. L. A. & Rocha, E. M. (2002). Relacionamento terapêutico com criança no período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 36 (1), 58-65.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1991). Coping and emotion. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology*, (pp. 207-227). New York: Columbia University Press.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). Coping with stresses and concerns during adolescence: A longitudinal study. *American Educational Research Journal*, 37, 727 – 745.
- Gomes, D. R., Serra, M. C., & Pellon, M. (1995). *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Guerrero, G. Z. (2008). Reacciones emocionales de los niños hospitalizados com quemaduras así como de sus familiares. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. 11(1), 29-38.

- Hain, R.D.W. , Campbell, C., Space, S., & Bauchner, H. (2001). Invasive procedures carried out in conscious children: Contrast between North American and European paediatric oncology centres. *Archives of Disease in Childhood*, 85, 12-15. Obtido em 29/09/2006. Disponível no site: <http://adc.bmjournals.com>
- Hortense, P., & Sousa, F. A. E. F. (2009). Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. *Revista Latino-americana de Enfermagem*; 17(2). Obtido em 18 de janeiro de 2010. Disponível no site: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_11.pdf
- Kazanowski, M. K., & Laccetti, M. S., (2005). *Dor: fundamentos, abordagem clínica e tratamento*. Coleção Práxis Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kenny, T., Wilson, R., Purves, I., Clark, J., Newton, L., & Newton, D, (1998). A PIL for every ill? Patient information leaflets (PIL's): a review of past, present and future use. *Family Practice*;15(5) 471- 479.
- Kolko, D. J., & Rickard-Figueroa, J.L. (1985). Effects of video games on the adverse corollaries of chemotherapy in pediatric oncology patients: A single-case analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 223-228.
- Kuppenheimer, W. G., & Brown, R. T. (2002). Painful procedures in pediatric cancer: A comparison of interventions. *Clinical Psychology Review*, 22, 753-786.
- Kuttner, L. (2004). *A child in pain. How to help, what to do*. Williston, Vermont. Crown House Publishing.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Pubesching Company.

- Leith M. (1998). Transfer anxiety in critical care patients and their family members. *Critical Care Nurse; 18*(4) 24-32.
- LeRoy, S.; Chair, E.; Elixson, M.; Cochair, M.; O'Brien, P.; Tong, E.; Turpin, S.; Uzark, K. (2003). Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures. *Journal of the American Heart Association. (18)* 2549-2564.
- Linton, S., Grant, C., & Pellegrini, J. (2008). Supporting families through discharge from PICU to the ward: The development and evaluation of a discharge information brochure for families. *Intensive and Critical Care Nursing. (6)* 1-9.
- Macedo, J. L. S., Rosa, S. C., Macedo, K. C. S., & Castro, C. (2005). Fatores de risco da sepse em pacientes queimados. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 32*, 173-177.
- Martins, C. B. G., & Andrade, S. M. (2007). Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paulista de Enfermagem; 20* (4), 464-469.
- Martins, M. R., Ribeiro, C. A. Borba, R. H., & Silva, C. V. (2001) Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem. 9* (2). Ribeirão Preto. 234-237.
- McGlinchey, J.B., Atkins, D.C., & Jacobson, N.S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy, 33*, 529-550.
- Menossi, M. J., Lima, R. A. G., & Corrêa, A. K. (2008). Pain in children and adolescents with cancer. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 16* (3), 489-494.
- Mitchell, M., & Courtney, M. (2004). Improving transfer from the intensive care unit: The development, implementation and evaluation of a brochure based on Knowle's Adult Learning Theory. *International Journal of Nursing Practice, 11*, 257-268. Obtido em 27

de julho de 2010. Disponível no site: <http://proxybz.lib.montana.edu:2342/ehost/pdf?vid=5&hid>

Moraes, A.B.A., Possobom, R.F., Costa Jr., A.L., Fonseca, C.M.M., Silva, A.R.C., & Rolim, G.S. (2006). A Psicologia Pediátrica aplicada à Odontologia. In M. A. Crepaldi, M.B.M. Linhares, & G.B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica*, (pp.219-257). São Paulo, Casa do Psicólogo.

Motta, A.B., & Enumo, S.R.F. (2002). Brincar no hospital: Câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia: Saúde e doenças*, 3(1), 23-41.

Motta, A.B., Enumo, S.R.F., & Ferrão, E. da S. (2006). Avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. In M.A. Crepaldi, M.B.M. Linhares, & G.B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica*, (pp.191-217). São Paulo, Casa do Psicólogo.

Motta, A. B. (2007). *Brincando no Hospital: uma Proposta de Intervenção Psicológica para Crianças Hospitalizadas com Câncer*. Tese de doutorado. PPGP/UFES.

Oliveira, F. P. S., Ferreira, E. A. P., & Carmona, S. S. (2007). Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento infantil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*.19-34.

Organização Não Governamental Criança Segura (2006). *Casa Segura: conheça os principais perigos no ambiente doméstico*. Obtido em 10 de julho de 2006. Disponível no site: <http://www.criancasegura.org.br>

Pereira, M. E. M. S. M., & Araújo, T. C. C. F. (2006). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 63 (2-B), 502-507.

Pereira, J. C. R., Trugilho, J. C. V., Eulálio, J. M. R., & Jamel, N. (2006). Avaliação do tratamento da hérnia inguinal sob anestesia local e sedação em 1560 pacientes. *Revista*

Colégio Brasileiro de Cirurgia. 33 (6)- 375- 379. Obtido em 27 de janeiro de 2011.
Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v33n6/v33n6a07.pdf>

Peterson, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 380-387.

Peterson, L., Crowson, L. S., & Holdridge, S. (1999). Of needles and skinned knees: Children`s coping with medical procedures and minor injuries of self and other. *Health Psychology*, 18, 197-200.

Portnoi, A.G. (2001). Contribuições da psicologia para a reabilitação de doentes com dor músculo-esquelética. *Revista de Medicina* 80, 256-261.

Ribeiro, P. J., Sabatés, A. L., & Ribeiro, C. A. (2001). Utilização do brinquedo terapêutico, como instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 35 (4), 420-428.

Rocha, M.M. da, & Silves, E.F. de M. (2006). Algumas novas formas alternativas de Atendimento Psicológico em clínicas-escola: Grupos recreativos. In E.F. de M. Silves (Ed.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*, (pp. 91-107). Campinas, SP: Alínea Editora.

Rossi, L. A., Garcia, T. R., Chianca, T. M., & Barruffini, R. C. P. (1998). Queimaduras: características dos pacientes admitidos em um Hospital Escola de Riberão Preto. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*. 2 (4) 401-404.

Rossi, L. A., Camargo, C., Santos, C. M. N. M., Barruffin, R. C. P., & Carvalho, E. C. (2000). A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 8 (3), 18-26.

- Rossi, L. A., Ferreira, E., Costa, E. C. F. B., Bergamasco, E. C., & Camargo, E. C. (2003). Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11 (1), 36-42.
- Routh, D. K. (1993). Pain and distress in children. *Readings in pediatric psychology*. New York: Lenum Press. Pp. 207-221.
- Rudolph, K.D.; Dennig, M.D. & Weiz, J.R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: Conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118(3), 328-357.
- Rushforth, H. (1999). Communicating with Hospitalized Children: Review and Application of Research Pertaining to Children's Understanding of Health and Illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40. 683-691.
- Ryan-Wenger, N. (1990). Development and psychometric properties of the schoolagers' coping strategies inventory. *Nursing Research*, 39 (6), 344-349.
- Santana, V. B. R. L. (2010). Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras no Município de Niterói- RJ. *Revista Brasileira de Queimaduras*.9 (4), 130-135.
- Santos, J. R., & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com *Diabetes mellitus* Tipo 1: Seu Cotidiano e Enfrentamento da Doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 411-425.
- Schiff, W. B., Holtz, K. D., Peterson, N., & Rakusan, T. (2001). Effect of an intervention to reduce procedural pain and distress for children with HIV infection. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(7), 417-427.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. New Jersey: Lawewnce Erlbaum Associates, Publishers.

- Siegel, L. (1995). Commentary: children's reactions to aversive medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(4), 429-433.
- Silva, K. P., Caparróz, M. R., & Torquato, J. A. (2010). Prevalência de complicações respiratórias em pacientes com queimaduras internados num hospital público estadual de São Paulo. *Revista Brasileira de Queimaduras*: 9 (4), 130-135.
- Silvares, E.F.M., Meyer, S.B., Santos, E.O.L., & Gerencer, T.T. (2006). Um estudo de caso em cinco clínicas-escola brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças (CBCL). In E.F. de M. Silvares (Ed.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*, (pp. 59-72). Campinas, SP: Alínea Editora.
- Silveira, E. T., & Moulin, A. F. V. (2003). *Primeiros Socorros – queimaduras, insolação e internação*. [texto da internet]. Obtido em 05/01/2009. Disponível no site: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=1135
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. 2ª edição. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Skinner, E., & Wellborn, J. (1997). Children's coping in the academic domain. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 387-422). New York: Plenum Press.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altaman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Smith, K. E., Ackerson, J. D., & Blotcky, A. D. (1989). Reducing distress during invasive medical procedures: relating behavioral interventions to preferred coping style in pediatric cancer patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(3), 505-419.
- Soares, M.R.Z., & Bomtempo, E. (2004). *A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação*. Obtido em 12 de outubro de 2010. Disponível no site: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v21n1/v21n1a05.pdf>.

- Sociedade Brasileira de Queimaduras (2006). *Queimaduras na infância*. Obtido em 11 de julho de 2006. Disponível no site: <http://www.sbqueimaduras.org.br/>
- Somerfield, M., & McCrae, R. (2000). Stress and coping research. *American Psychologist*, 55 (6), 620-625.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. (2000). A daily process approach to coping. *American Psychologist*, 55 (6), 626-636.
- Torritesi, P., & Vandrúsculo, D. M. S. (1998). A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 6(4) 49-55.
- Torrano-Masetti, L.M., Oliveira, E.A., Simões, B.P., & Santos, M.A. (1999). *Grupo preparatório para pacientes na fila de espera para transplante de medula óssea: avaliação de uma estratégia de intervenção* [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.). XXIX Reunião Anual de Psicologia, Resumo (p. 248). Ribeirão Preto: SBP.
- Vale, E. C. S. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*; 80,1, 9-19.
- Vessey, J.A.; Carlson, K.L. & McGill, J. (1994). Use of distraction with children during an acute pain experience. *Nursing Research*, 43(6), 369-372.
- Walker, L. J. S., & Healy, M (1980) Psychological Treatment of a Burned Child. *Journal of Pediatric Psychology* 5(4) 395-404.
- Webber, G. C. (1990). Patient education: A review of the issues. *Medical Care*, 28, 1089-1103.

- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 583-593.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 93-109.
- Weinman, J., Wright, S., & Johnston, M. (1995). Beliefs and knowledge about health and illness. *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Berkshire: NFER-Nelson.
- Werneck, G. L. & Reichenheim, M. E. (1997). Pediatrics burns and associated risk factors in Rio de Janeiro. *Burns 23*, 478-483.
- World Health Organization (1993). *Behavioral science- preparation for invasive procedures*. (pp.1-23). Geneva: World Health Organization.
- Young, K. D. (2005). Pediatric procedural pain. *Annals of Emergency Medicine, 45*(2), 160-171.

ANEXOS

ANEXO 1: Termo de consentimento livre e esclarecido para os pais e ou responsáveis pela criança.

PROJETO: *Instrução como estratégia de enfrentamento para a realização de curativo em enfermaria com criança vítima de queimadura*

Solicitamos a sua colaboração para participar de um estudo que pretende investigar a eficácia de um programa de intervenção para controle da dor e distresse durante a realização de curativo em crianças vítimas de queimaduras, internadas neste hospital.

Através dos resultados desse estudo pretendemos futuramente ajudar crianças que estejam passando pela mesma situação, sejam capazes de controlar melhor a dor e distresse durante os procedimentos de curativos, diminuindo, assim, o sofrimento vivenciado por elas nessas ocasiões. A sua participação nesta pesquisa não acarretará nenhum risco para a sua saúde nem a da criança, bem como não comprometerá o atendimento que vocês vêm recebendo no hospital.

Caso você concorde em colaborar com esse estudo, sua participação se dará por meio de uma primeira entrevista realizada em ambulatório na qual você será solicitado a responder um questionário, onde constam questões pessoais. Haverá a necessidade de se observar e gravar em vídeo as sessões de troca de curativo do seu (sua) filho(a) neste ambulatório.

As informações obtidas ao final deste estudo serão publicadas e apresentadas em eventos científicos, com o cuidado de manter a sua privacidade e a de sua família protegida, não se permitindo que sejam identificados. Qualquer informação adicional sobre os resultados do estudo lhe será fornecida quando este estudo estiver concluído, desde que assim deseje.

Você tem total liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, com a garantia de que não haverá qualquer prejuízo a sua pessoa, à criança, ou do seu atendimento no hospital. Caso concorde em participar, assine por favor seu nome abaixo, indicando que leu e compreendeu o que foi dito e que todos os seus questionamentos sobre as atividades envolvidas no estudo lhe foram respondidos, para a sua completa satisfação.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Fabiana Pereira Sabino de Oliveira
Rodovia Augusto Montenegro, km-05. 4900
Casa 230- Parque Verde
Fone: 9226-0250
Registro no Conselho: CRP 10/01844

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de informações.

Belém, ____/____/____

ANEXO 2: Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

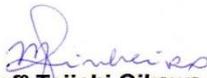
1. **Protocolo:** Nº024 /2008-CEP/NMT
2. **Projeto de Pesquisa:** ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURA DURANTE O PROCEDIMENTO DE CURATIVO EM ENFERMARIA.
3. **Pesquisador Responsável:** Fabiana Oliveira.
4. **Instituição / Unidade:** IFCH/UFPA.
5. **Data de Entrada:** 12/05/2008.
6. **Data do Parecer:** 22/08/2008.

PARECER

O Comitê de Ética em Pesquisa do NMT/UFPA apreciou o protocolo em tela e, verificou que foram atendidas todas as exigências da Resolução 196/96-CNS/MS. Portanto, manifesta-se pela sua aprovação.

Parecer: **APROVADO.**

Belém, 22 de agosto de 2008.


Profº Teiichi Oikawa
Coordenador do CEP-NMT/UFPA.

ANEXO 3: Roteiro de Entrevista com a Criança

Prontuário: _____ Local: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Você lembra como aconteceu o acidente? () não () sim

Sabe contar como foi? () não () sim

Quem estava com você? () mãe () pai () avô/avó () tio/tia () irmão/irmã

() amigos () vizinho () outros _____

Você sabe por que está internado(a)? () não () sim Por quê? _____

Do que você gosta de brincar quando está em casa? _____

E com quem você gosta de fazer isso? _____

Você gosta de assistir televisão? () não () sim Com quem? _____

E assistir filmes? () não () sim Com quem? _____

Você gosta de ler livros? () não () sim Com quem? _____

E ouvir histórias? () não () sim Com quem? _____

Que atividades você faz aqui no hospital?

ANEXO 5: Categorias de comportamentos concorrentes e não concorrentes da OSBD*.

Quadro 1: Categorias de comportamentos concorrentes, definição operacional e exemplos.

| Categoria | Definição | Exemplo** |
|-------------------------------------|---|--|
| Agredir fisicamente (AF) | Ações que incluem emissão de comportamentos físicos contra outra pessoa presente na situação. | - Morder. - Socar ou dar tapas. - Beliscar. - Chutar. |
| Choramigar (CM) | Evocação de sons típicos (anh, anh, anh), não verbais, sem evocação de lágrimas, de baixa intensidade, entrecortados por pausa para respiração. | |
| Chorar (CH) | Evocação de lágrimas e sons não verbais de intensidade baixa ou moderada, entrecortados por pausa. | |
| Comportar-se de modo nervoso (CN) | Manifestações físicas que consistem de pequenas ações executadas rápida e repetidamente. | - Roer unhas. - Bater dedos, mãos ou pés uns contra os outros. - Bater cabeça contra cadeira ou algum apoio. |
| Fugir (FG) | Deixar a sala de procedimentos antes de iniciar a execução da PV, ou, antes de encerrar sua execução. | |
| Gritar (GR) | Expressão vocal aguda, de alta intensidade, sem emissão de palavras. | |
| Movimentar-se até imobilização (IM) | Movimentos físicos do corpo até que um agente exerça força física suficiente sobre o corpo da criança imobilizando-a (impedindo seus movimentos voluntários). | |
| Protestar (PR) | Emissão de comportamento verbal (fala) em protesto à execução do procedimento médico. | - Pare. - Não quero isso. - Ai, está doendo. |

Quadro 2: Categorias de comportamentos não concorrentes, definição operacional e exemplos.

| Categoria | Definição | Exemplo ** |
|---|--|---|
| Auxiliar execução do procedimento médico (AE) | Comportamento da criança que indique participação ativa na realização do procedimento médico invasivo. | - <i>Tio, pega a veia no braço esquerdo para eu poder desenhar com o braço direito.</i> |
| Buscar suporte emocional (SE) | Solicitação verbal ou não verbal de abraço, beijo, colo ou outro tipo de consolo físico de outra pessoa. | - <i>Mãe, me dá um beijo.</i> - <i>Tia, segura na minha mão.</i> |
| Falar (FA) | Emissão de comportamento verbal espontâneo durante a execução do procedimento invasivo (não incluindo temática de protestos). | - <i>Tá muito quente hoje.</i> - <i>Eu gosto desse programa de televisão.</i> |
| Responder Verbalmente (RV) | Emissão de comportamento verbal em resposta a estímulo verbal emitido por pessoa presente durante a execução do procedimento invasivo. | - <i>Oi, como vai?</i> (Auxiliar de enfermagem) - <i>Eu vou bem.</i> (criança) |
| Solicitar informação (SI) | Questão verbal em que a criança pede informação acerca do procedimento médico em execução. | - <i>Tia, vai doer?</i> - <i>Para que serve esse remédio?</i> |

(*) Retirado de Costa Jr. (2001).

(**) Exemplos grafados em itálico indicam emissão de comportamento verbal.

ANEXO 6: Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Prontuário: _____ Local: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Cada rostinho desse representa o que uma pessoa pode sentir quando está feliz ou triste.

O **rostinho 0** representa que a pessoa está muito feliz porque não têm nenhuma dor.

O **rostinho 1** diz que a pessoa tem apenas uma dor leve.

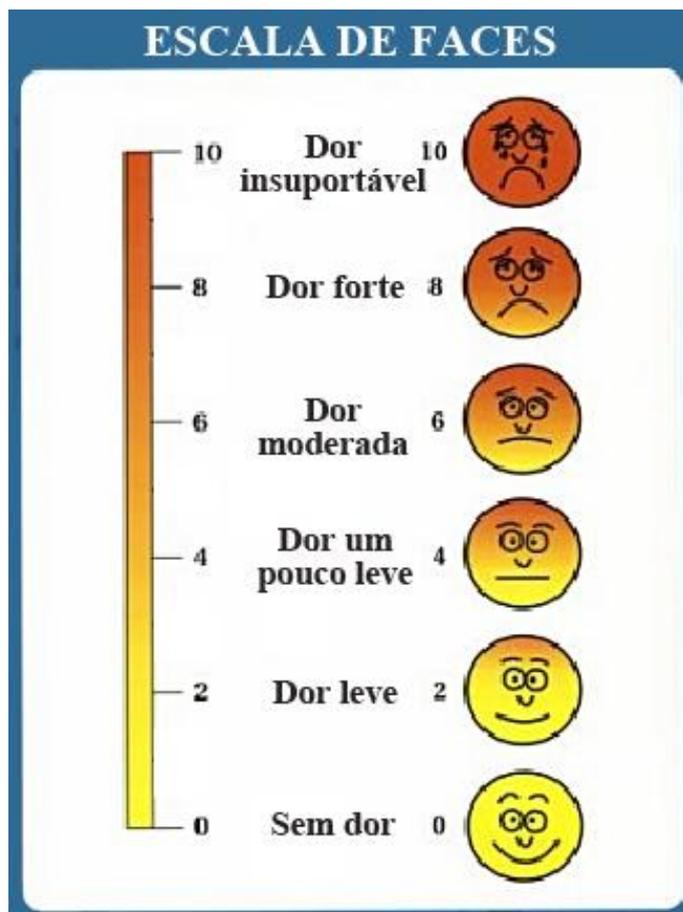
O **rostinho 2** significa que a pessoa tem um pouco mais de dor.

No **rostinho 3**, a pessoa têm ainda mais dor.

No **rostinho 4** têm dor muito forte.

E no **rostinho 5**, a pessoa têm uma dor insuportável, apesar de nem sempre dê vontade de chorar.

Agora escolha o rostinho que você imagina ser igual ao seu quando estava fazendo o curativo.



ANEXO 7: Protocolo de acompanhamento da rotina de hospitalização

Prontuário: _____ Local: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

Data de admissão: ____/____/____ Data do acidente: ____/____/____

() internação normal () internação de retorno _____

Como ocorreu a queimadura:

Quem estava com a criança no momento do acidente? _____

Agente causador: _____

Área atingida: _____

Superfície Corporal Queimada (SCQ): _____

Procedimentos médicos os quais a criança fora submetida:

Curativo em bloco cirúrgico: () não () sim → Quantos? _____

Curativo na enfermaria: () não () sim → Quantos? _____

Punção venosa: () não () sim → Quantas? _____

Fisioterapia: () não () sim

Demais observações:

ANEXO 8: Manual de Instruções sobre o Curativo

Cena 1



Cena 2



Cena 3



Cena 4



Cena 5



Cena 6



Cena 7



Cena 8



Cena 9



Cena 10



Cena 11



Cena 12



Cena 13



Cena 14



Cena 15

