

O profissional de saúde na Unidade de Tratamento de Queimados: Atenção e cuidado com os aspectos psicológicos dos pacientes

The healthcare professional in the Burn Treatment Unit: Care and attention to patient's psychological aspects

El profesional de salud en la Unidad de Tratamiento de Quemados: La atención y el cuidado con los aspectos psicológicos de los pacientes

Ligia Adriana Rodrigues, Manuela Lopes Poiati, Marília de Jesus Nogueira, Marina de Oliveira Andrade, Natália Lima Brandini, Rebeca Batistin Rezende

RESUMO

Objetivo: Identificar, na atuação do profissional de saúde na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), a compreensão e o cuidado com os aspectos psicológicos do paciente. **Método:** Estudo qualitativo com caráter exploratório-descritivo. Os procedimentos metodológicos foram revisão bibliográfica e coleta de dados em entrevistas semiestruturadas com um grupo de profissionais atuantes em uma UTQ, com análise posterior dos discursos, por meio de abordagem fenomenológica em pesquisa. **Resultados:** Os profissionais identificam a UTQ como "lugar da dor", ressaltam as particularidades dos pacientes, o sofrimento psíquico intenso, e afirmam ser a experiência o principal recurso para o aprendizado do trabalho. Ainda indicam que, em sua formação, pouco preparo tiveram para atuar nessa unidade, principalmente no que se refere aos cuidados com os aspectos psicológicos. **Conclusão:** A UTQ necessita de saberes específicos para o cuidado com os pacientes e os cursos de formação em saúde não contemplam esse aprendizado, especialmente no que tange aos aspectos psicológicos, apontados como muito significativos em vítimas de queimaduras.

DESCRITORES: Queimaduras. Unidades de Queimados. Trauma Psicológico. Assistência ao Paciente. Dor.

ABSTRACT

Objective: To identify, in the healthcare professionals performance in the Burn Treatment Unit (BTU), the understanding and care with the psychological aspects of the patients. **Methods:** Qualitative study with an exploratory-descriptive aspect. The methodological procedures were bibliographic review and data collection in semi-structured interviews with a group of working professionals at a Burn Treatment Unit, with a later analysis of the results, by means of a phenomenological approach in research. **Results:** Working professionals at BTU identify the place as "place of pain", emphasize the particularities of patients, the intense psychic suffering, and claim that experience is the main resource for learning the job. They still indicate that during their graduation few preparation was given to act in this area, principally with regard to care for the psychological aspects. **Conclusion:** BTQ needs specific knowledge to care for patients and health training courses do not contemplate this learning, especially regarding the psychological aspects, indicated as very significant in victims of burns.

KEYWORDS: Burns. Burn Units. Psychological Trauma. Patient Care. Pain.

RESUMEN

Objetivo: Identificar, en la actuación del profesional de la salud de la Unidad de Tratamiento Quemados (UTQ), la comprensión y el cuidado con los aspectos psicológicos del paciente. **Método:** estudio qualitativo de carácter exploratorio-descriptivo. Los procedimientos metodológicos fueron revisión bibliográfica y recopilación de datos en entrevistas semi estructuradas con un grupo de profesionales actuantes en una UTQ, con análisis posterior de los discursos, por medio de un enfoque fenomenológico en investigación. **Resultados:** Los profesionales identifican la UTQ como el "lugar del dolor", resaltan las particularidades de los pacientes, el sufrimiento psíquico intenso, y afirman ser la experiencia el principal recurso para el aprendizaje del trabajo. Todavía indican que tuvieron poco preparo durante su formación para actuar en esta unidad, principalmente en lo que se refiere a los cuidados con los aspectos psicológicos. **Conclusion:** La UTQ necesita de saberes específicos para el cuidado con los pacientes y los cursos de formación en salud no contemplan ese aprendizaje, principalmente en relación a los aspectos psicológicos, indicados como muy significativos en víctimas de quemaduras.

PALABRAS CLAVE: Quemaduras. Unidades de Quemados. Trauma Psicológicos. Atención al Paciente. Dolor.

INTRODUÇÃO

Pacientes vítimas de queimaduras apresentam dor intensa e impacto emocional, fatores estes que interferem em sua recuperação. O paciente pode vir a óbito ou permanecer com sequelas irreversíveis¹. A recuperação de pacientes queimados é complexa e o atendimento, que deve ser multidisciplinar, precisa ter foco no cuidado holístico e fortalecer a adaptação física, psicológica e social, já que a queimadura, principalmente quando atinge partes do corpo que ficam expostas, provoca diminuição da autoestima, turbilhonamento de emoções, sensação de impotência e culpa pelo acidente².

Nesse sentido, pacientes vítimas de queimadura podem sentir vergonha ou inferioridade em relações interpessoais, sentimentos esses que podem evoluir para um transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)³. Os distúrbios de saúde mental, incluindo TEPT, foram relatados em pacientes queimados mais de um ano após sua lesão e em um estudo com 90 pacientes queimados, 1 a 4 anos após a lesão, 10% dos pacientes sofreram com depressão maior, 10% de ansiedade e 7% de TEPT⁴. Assim, é importante que os programas de reabilitação tenham foco na singularidade da vítima, visando tanto a recuperação física como a total reabilitação psicossocial².

Os locais especializados para tratamento dos pacientes vítimas de queimadura são as Unidades de Terapias de Queimados (UTQs), as quais recebem medicamentos para amenizar a dor e tratar as lesões, além de cuidados especiais nos procedimentos de higiene e atividades diárias. A cidade de Catanduva, SP, é um centro de referência regional no tratamento de queimados, com uma UTQ no Hospital Escola Padre Albino (HEPA)⁵.

Os profissionais são importantes pontos de apoio para o paciente, tanto durante a realização dos cuidados físicos quanto para estabelecer um local emocionalmente seguro durante a internação². Toda e qualquer assistência da enfermagem não deve apenas executar técnicas adequadas e realizar ações prescritas. É de fundamental importância oferecer apoio psicológico ao paciente e seus familiares, ajudando-os a compreender a situação e aceitar as alterações que poderá vir a ter devido ao trauma sofrido e às sequelas acometidas⁶.

Diante do exposto, acredita-se ser relevante investigar o conhecimento e postura dos profissionais de saúde atuantes em UTQs em relação à assistência psicológica aos pacientes vítimas de queimadura e observar como se aplicam durante o tratamento e a reabilitação. Registra-se também a importância em levantar a existência, ou não, de preparo para o cuidado em saúde mental na formação acadêmica e/ou técnica das diferentes áreas que compõem as equipes.

O objetivo central do trabalho foi identificar, na atuação do profissional de saúde em UTQ, a compreensão e o cuidado com os aspectos psicológicos do paciente. São objetivos secundários: oferecer subsídios para melhoria no atendimento em UTQs, no que se refere ao âmbito psíquico, e produzir material científico que sirva como balizador da prática profissional e da formação técnico/acadêmica em relação ao tema proposto.

MÉTODO

Estudo com método de investigação qualitativa e caráter exploratório-descritivo. Os procedimentos utilizados foram revisão bibliográfica relativa ao tema, coleta e análise de discursos de um grupo de profissionais atuantes em uma Unidade de Tratamento de Queimados.

Realizado no ambulatório da UTQ do Hospital Escola Padre Albino (HEPA), ligado ao Curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA) e localizado no município de Catanduva, SP. Participaram da pesquisa os profissionais do setor em questão, num total de 28 pessoas, com as seguintes atribuições: 5 médicos especialistas (docentes e responsáveis pelo setor); 8 médicos residentes; 4 enfermeiros, 7 auxiliares de enfermagem e 4 técnicos de enfermagem. Por todos atuarem diretamente com os pacientes e interferirem significativamente na recuperação dos mesmos, a pluralidade de suas percepções mostrou-se relevante para atingir os objetivos do estudo, o que justifica a amostra ser composta pela totalidade do grupo, sem considerar critérios de exclusão.

O responsável técnico da unidade foi contatado inicialmente para a exposição dos objetivos do trabalho e, após sua anuência, cada membro do grupo foi convidado a participar da pesquisa. Foram informados que as entrevistas seriam gravadas por meio de recurso eletrônico-digital e sobre as condições éticas e de sigilo e devidamente entrevistados após concordância estabelecida no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, segundo a Resolução CNS 196/96.

As entrevistas foram semiestruturadas, elaboradas com seis perguntas abertas e disparadoras relacionadas ao objetivo do estudo, com o intuito de coletar dados sobre a percepção e conhecimento dos profissionais no que se refere à importância dos aspectos psicológicos dos pacientes nas condições de vítimas de queimaduras corporais e se estes se relacionam com o trabalho numa UTQ.

As perguntas que compuseram o questionário foram as seguintes:

- Como você veio atuar na Unidade de Tratamento para Queimados?
- Como o trabalho acontece no cotidiano do hospital?
- No processo de tratamento e reabilitação, qual sua percepção das dores e sofrimento dos pacientes quanto aos aspectos psicológicos?
- Como profissional, qual sua preparação para lidar com as questões psicológicas?
- Durante o período de formação (graduação/técnico), como isso foi abordado?
- Você gostaria de fazer mais alguma consideração sobre essas questões?

As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas de forma integral e fiel, não foram utilizadas outras fontes de pesquisa e os materiais coletados se beneficiaram das regras de sigilo e confiabilidade. Todo processo ocorreu dentro das normas de vigilância em saúde para sujeitos de pesquisa e pesquisadores e foi aprovado pelo CEP, sob número CAAE 59640616.1.0000.5430.

Após a transcrição das entrevistas, o conteúdo foi analisado com base no método de pesquisa fenomenológico. Na análise inicial foi realizado levantamento de temas desvelados no conjunto das falas, mediante minuciosa leitura e, em seguida, os temas foram organizados com recortes dos discursos para aprofundamento. Num segundo momento esse material passou por nova análise, mais rigorosa, para circunscrever as temáticas centrais dos resultados propostos.

Esta pesquisa teve como limitação não ser um estudo multicêntrico, tendo como foco específico a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de tratamento de queimados do interior do estado de São Paulo. Mais estudos com enfoque na saúde mental dos pacientes vítimas de queimadura e dos profissionais atuantes nessa área são necessários para investigação mais profunda e propostas de melhoria no que tange os aspectos psicológicos dessa população.

RESULTADOS

O material obtido pela análise foi agrupado em dois temas: “A UTQ reconhecida como um local onde o paciente sofre, além da dor física, uma dor psicológica” (Quadro 1); e “A experiência como base do aprendizado na UTQ, a dificuldade com os problemas psicológicos e o desconhecimento dessa realidade nos cursos de formação técnica e acadêmica” (Quadro 2). Os temas serão apresentados na sequência e, por questões éticas, os entrevistados serão identificados com letras e números: médicos (M1 a M5); residentes em Cirurgia Plástica (R1 a R8); técnicos de enfermagem (T1 a T14); enfermeiros (E1 a E4) e auxiliares de enfermagem (A1 a A7).

DISCUSSÃO

Em relação à UTQ ser reconhecida como o “lugar da dor” pelos entrevistados, a literatura corrobora que as lesões por queimadura levam a dores em altos graus para o paciente, podendo inclusive causar a perda de consciência. A dor é desencadeada tanto pela destruição celular do local quanto pela reação inflamatória, a qual estimula ainda mais as terminações nervosas, e frequentemente está associada à ansiedade e à realização de procedimentos dolorosos².

Pacientes com queimaduras graves também sofrem frequentemente de dor crônica persistente, que pode ter um impacto significativo no bem-estar do paciente na vida diária. Em uma pesquisa com 358 pacientes com queimaduras graves, 52% dos entrevistados relataram sofrer dor contínua relacionada à queimadura, apesar de os ferimentos terem ocorrido em média 11 anos antes. As cicatrizes físicas associadas que permanecem após a queimadura também contribuem significativamente para a dor e o sofrimento mental experimentados por esses pacientes⁴.

O sofrimento psicológico pode ser influenciado por problemas físicos; aqueles que consideram seus ferimentos como mais graves podem ter um risco aumentado de problemas psicológicos. Por outro lado, indivíduos com problemas psicológicos podem considerar

sua condição como pior e sua recuperação como menos completa, e podem ter um interesse reduzido em se envolverem na reabilitação⁷.

A equipe responsável pela interpeleção inicial a vítimas de queimaduras deve possuir um conhecimento na área baseado em princípios científicos já estabelecidos, além de estar capacitada e articulada a fim de diminuir a morbimortalidade desses pacientes⁸. A ausência de conhecimentos, habilidades e técnicas satisfatórias no AIQ (atendimento inicial ao queimado) pode alterar a evolução e prognóstico do paciente, produzindo agravos secundários, especialmente sistêmicos, ao invés de conduzir as vítimas à cura e à reabilitação⁹.

Existem especificidades nos indivíduos atendidos no setor de queimados, destacadas pelos discursos coletados. Algumas vítimas usam a queimadura como tentativa de autoextermínio, como dito nos relatos, e mesmo que seja uma situação não tão frequente, essa se constitui como uma das causas de internação e denota que em muitos casos os pacientes da UTQ já chegam com sérios problemas psicológicos.

Tais pacientes, na maioria das vezes, apresentam antecedentes de doenças psiquiátricas e dificuldades no relacionamento interpessoal e familiar. As taxas de mortalidade, nesses casos, são maiores, se comparadas à população queimada em geral; os pacientes apresentam média de idade mais alta, maior superfície corporal queimada, período de internação mais longo e mais infecções. Para esse grupo, é imprescindível constante suporte psiquiátrico para prevenção de futuros episódios de autoextermínio, sendo fundamental identificá-los e iniciar uma abordagem terapêutica correta para promover programas de prevenção¹⁰.

Um estudo publicado em 2019, pela revista “*The Journal of Nursing Research*” em Taiwan, sobre a resiliência em pacientes vítimas de queimaduras, aponta para as fases que os pacientes hospitalizados passam após o trauma. Uma das fases é chamada “*The Black Hole*”, e representa o dilema enfrentado pelo paciente com queimadura, tipificado pela perda da segurança e baixa autoestima causada pela vitimização; sentimentos negativos como ansiedade, raiva e medo; e postura defensiva. Nesse mesmo estágio os pacientes precisavam receber carinho e cuidado de outros para encontrarem conforto. Os participantes desse estudo ganharam um senso de segurança a partir de relações carinhosas. Amor, aceitação e incentivo forneceram encorajamento adicional para superação³. Dependendo da fase da queimadura, de sua extensão ou localização e do estágio emocional do paciente, a dor pode se manifestar com maior ou menor intensidade¹¹.

A questão da medicação, junto à tolerância da dor e à possível dependência, registrada de forma unânime pelos entrevistados, aparece nos resultados como um subtema em destaque e a literatura consolida tal relevância. Os opioides são utilizados, por sua eficácia, no tratamento de dores agudas, como nas queimaduras, e é conhecido que o abuso dessas substâncias pode causar dependência e até óbito. A exposição duradoura a tais drogas leva o indivíduo a se habituar aos seus efeitos pela ação induzida em seu cérebro e comportamento, sendo que o grau de dependência varia de acordo com o tipo de droga, o tempo de uso, a dosagem e a via administrada.

QUADRO 1

Os entrevistados identificam a UTQ como “o lugar da dor”, pela forma intensa e singular do sofrimento da vítima de queimadura, inclusive psicológico.

“Eu percebo que é um lugar diferente dos outros, porque aqui eu costumo dizer que é o lugar da dor. O queimado em si não é somente a dor, é a dor psicológica, porque ali vai ficar um trauma para o resto da vida (T2).”
 “Aqui é o lugar que mais tem dor. Mas eu nunca imaginei que fosse ter tanto queimado e que a dor fosse ser tão intensa (A3).”
 “Queimamos uma pontinha do dedo e a gente sabe o quanto a gente sofre, você imagina esses grandes queimados. Eu acho que é o setor que mais tem dor e sofrimento, entendeu? (A7).”
 “[...] mesmo você medicando, ainda estando sob efeito de anestésicos, tem paciente que grita, chada toda hora. Tem paciente que mesmo medicado você tem que repetir a medicação por que né, é muita dor mesmo (T4).”

Também afirmam que o paciente vítima de queimadura chega em estado de vulnerabilidade, nervoso e assustado, tanto pelo que está vivenciando, quanto pelas consequências que vislumbra, o que acarreta problemas psicológicos.

“Então, tem um ditado que não fui eu que inventei não, eu li num livro, que diz “a queimadura queima a pele e queima a alma junto”. [...] Quando a queimadura é grave ela deixa sequelas, deixa sequelas no corpo e deixa sequelas também na parte psicológica (M1).”
 “Inicialmente, todo paciente fica extremamente assustado por causa da lesão [...], principalmente se queimar a face, o paciente fica extremamente assustado, tem pacientes que começam a chorar, ficam meio depressivos (R6).”

Os discursos apontam que existem especificidades nos pacientes queimados que interferem na forma como cada paciente expressa sua dor.

“As tentativas de autoextermínio são os pacientes mais reclamões. São os mais depressivos, o que são mais difíceis de se tratar, os que demoram mais na recuperação. Geralmente, pessoas de acidente de trabalho já têm uma recuperação melhor (M4).”
 “A maior preocupação deles são: as mulheres com os cabelos, muitas chegam queimadas, com os cabelos todos queimados e nos perguntamos se nós podemos cortar, às vezes tem que raspar, umas deixam, mas é chorando... [...] Nos homens é o rosto, eles perguntam do rosto (A3).”
 “Eu acho que os adultos levam melhor a UTQ, as crianças a gente percebe que ficam muito traumatizadas mesmo quando não tem estímulo doloroso (R2).”

A dor atrelada à dependência de morfina é tema presente em quase todas as falas e alguns profissionais afirmam que o paciente “mente” sentir dor por esse motivo. O critério para avaliar a dependência seria a subjetividade dos profissionais que dizem saber diferenciar dor real e vício por sua experiência na UTQ.

“Você vê que é dor mesmo pelo rosto, que queimado é muito doloroso né, mas muitos pacientes acabam tendo vício da medicação, principalmente da morfina, entendeu? Então você percebe no semblante do paciente (T3).”
 “Tem uma dor que você vê que é uma dor assim, como eu posso te dizer, viciada mesmo. Na cabeça deles, tá com dor, tá com dor e enquanto você não faz a morfina que já é um estado viciante, eles não param (T2).” “Então, nesses seis anos eu aprendi assim, tem aqueles que viciam e você fala não, não é dor, mas ele quer morfina, porque ele viciou na morfina, mas tem uns que tem dor mesmo (A4).”
 “No dia a dia, você sabe enxergar o que é uma verdade e o que é uma mentira de um paciente, você entendeu? Quando ele tá falando a verdade, quando ele tá falando a mentira; quando ele tá exagerando, quando não é aquilo (E3).”

Os profissionais fala da demanda de sofrimento psíquico e sobre a importância da presença do psicólogo junto aos pacientes. Na referida UTQ, o(a) psicológico(a) atende apenas se acionado pela equipe, o paciente deve requisitar por iniciativa própria ou o enfermeiro deve perceber a necessidade e acioná-lo. Alguns critérios para a solicitação seriam a quietude do paciente e a aparência deprimida.

Quando é bem jovem, muitas vezes eles acabam se adaptando às áreas de queimado, mas a adaptação interpessoal na fase de adolescência, na puberdade ou mesmo na fase adulta, aí começa a ter as preocupações na exposição do corpo e isso realmente é um dano psicológico importante (M5).”
 Acho que seria importante se tivesse um psiquiatra pra ver todos os nossos pacientes, seria um psiquiatra ou pelo menos um psicólogo. Eles vão mais quando a gente solicita a avaliação, mas seria legal se tivesse alguém para passar de vez em quando e ver os pacientes, principalmente, os casos mais graves (R2).”
 “O queimado precisa de psicólogo. Precisa de psicólogo, muitas vezes precisa de psiquiatra. Tem muitos queimados que é tentativa de suicídio, né, se taca fogo. [...] Então, são pessoas que precisam de tratamento psicológico. Os que já precisavam antes e tem os que vão precisar depois (E2).”
 “[...] quando a gente vê que o paciente tá meio depressivo, tá meio quieto, tá meio chorão, aí a gente sempre avisa a enfermeira, a enfermeira observa também e a gente pede pra psicóloga passar e ela sempre vem, conversam bastante. A psicóloga vem apenas quando é solicitado (A7).”

A Comunicação entre pacientes e equipe se mostra, portanto, fundamental.

“Ah, o paciente quando ele tá um pouco deprimido, ele fica um pouco mais fechado, mais quieto sabe, bem pensativo, então, a gente percebe e aí, a gente começa a conversar (E3).”
 “Porque você não pode chegar lá e olhar o paciente e tratar só a doença e não ouvir o paciente. Então, como você faz pra resolver essa parte psicológica dele? Ouvir muito! Ouvir, conversar, tentar sentir. Você não pode se envolver no problema dele, mas você tem que ouvir [...] (M3).”

QUADRO 2

A dinâmica e a intensidade do cotidiano do trabalho são descritos como constantes e exaustivos. Tãmanha atividade exige disposição e presença ininterrupta, além de preparo psicológico para assistir esses pacientes.

“Aqui é uma correria, a gente não para um minuto. De manhã são dados os banhos e como são apenas duas salas de banho, é uma correria, estamos sempre trabalhando. À tarde e à noite [...] é mais tranquilo [...]... a gente consegue mexer com papel, fazer observação e tudo, mas do resto é bem corrido (A2).”

A gente tem que estar à disposição. Sempre tem algum residente de plantão 24 horas por dia na UTQ, qualquer intercorrência a gente tem que estar lá. [...] É um atendimento do todo do paciente, não só da queimadura (R3).”

“Então, todo dia de manhã, a gente passa a visita em todos os leitos, discute caso a caso, faz as evoluções [...]. Os que possuem queimaduras mais profundas, que destroem toda a terminação da pele, levamos para o centro cirúrgico, são feitos os primeiros banhos, os desbridamentos e depois fazemos o enxerto (M3).”

Os entrevistados relataram ausência ou pouco preparo psicológico inicial para o trabalho na UTQ e falta de preparo até para atendimento clínico. A experiência direta no trabalho é indicada como fundamental para o aprendizado.

Não há preparação nenhuma, né? A gente aprende na prática na verdade. E eu costumo falar que a gente acaba aprendendo com os erros. Então, uma hora você fala uma coisa e acha que aquilo não poderia ser falado ou poderia ter feito de outro jeito e no meu caso foi assim que eu acabei aprendendo (R4).”

“O resto a gente vai aprendendo durante o convívio mesmo com os pacientes [...], mas não tem durante a residência da plástica um preparo formal para lidar com a parte psicológica dos queimados (R2).”

“Tudo o que sei de trabalho de queimado eu aprendi aqui. Quando eu vim pra cá não sabia nada, mesmo quando eu me formei, eu sai crua da faculdade. Tudo o que eu sei sobre lidar co paciente com queimadura eu aprendi aqui dentro da unidade (E4).”

“No estágio eles falam que a gente tem que ter aquele acolhimento com o paciente, mas eu creio que focar nisso não, só na prática mesmo que você vai conseguir fazer (A2).”

Os profissionais relatam o próprio sofrimento ao trabalhar na UTQ e como este afeta, inclusive, o âmbito da vida pessoal.

“Foi aqui que eu vi o sofrimento [...]. Aqui tem os que mentem igual eu te falei, que são usuário e tal, mas aqui você vê que realmente a maioria deles está com muita dor, porque queimou muito, eles queimam 30%, não tem como você não sentir aquele corpo queimado, e você pensa, pô podia ser em mim (A2).”

“Na minha casa não existe álcool, não existe por quê? Porque depois que você passa aqui, você vê tanta coisa que você fica complexada com tudo que você tem dentro de casa... [...]. Eu lembro quando eu entrei aqui eu chegava em casa e chorava todo dia, principalmente com criança, eu chorava todo dia (A1).”

“Aqui interna muita tentativa de suicídio, drogadito, e isso acaba sugando muito nossas energias aqui dentro, aqui é um setor muito pesado. Uma funcionária que trabalhou nove anos aqui na unidade, acabou se deprimindo, chorava muito e pediu para ser trocada de setor (E4).”

“Você sente a dor do paciente, é terrível a queimadura. Não tive preparação, eu entrei aqui e levava muita coisa daqui pra casa e eu estava ficando doente, porque aqui tem bastante tentativa de suicídio, eu ficava com aquilo na cabeça (A4).”

“A gente conversa né, porque é família aqui dentro, às vezes o paciente está até um mês, dois meses, três meses aqui dentro, então é complicado, né? É como se fosse até um parente nosso, vamos dizer, por que fica tanto tempo junto [...] (T3).”

A equipe de enfermagem busca aliviar o sofrimento no dia a dia mediante um esforço constante em transformar a UTQ em um lugar mais alegre, como forma de diminuir o peso do excesso de sofrimento.

“Assim, a gente tenta animar, levar as coisas mais na esportiva, quase nunca falamos da queimadura, porque se a gente ficar assim remoendo as coisas, provoca mais sofrimento no paciente, então a gente tenta distrair o máximo possível pra ele tentar esquecer e ter menos sofrimento (A1).”

“A gente tenta ajudar no máximo. A gente conversa brinca, é... o que a gente menos fala aqui é de queimado, de queimadura com eles, né? Então, a gente está sempre tentando mudar o foco deles pra ver se ajuda (A6).”

“Aqui dentro a gente acaba sendo irmã, psicóloga e aqui dentro a gente fala de tudo menos de queimado, então o pessoal procura trabalhar muito alegre e eu acho que isso ajuda muito no tratamento (E4).”

“O paciente se sente muito triste, por isso eu procuro trabalhar sempre alegre, inclusive os pacientes me adoram, porque eu sempre trabalho alegre, procuro erguer eles, porque a queimadura é muito triste e a dor é bem intensa [...] (A4).”

Tãmanha gravidade exige uma formação adequada, tanto no cuidado com os aspectos fisiológicos como com os psicológicos. Entretanto, ainda falta preparo adequado na graduação e cursos técnicos.

“Eu não tive preparação de como cuidar do psicológico do paciente, não durante o curso (A4).”

“A gente não tem muito essa formação na faculdade (M2).”

“Eu acho importante [...] em qualquer área, principalmente, em área que lida com o paciente que tenha algum estigma, alguma parte reconstrutora importante, a queimadura faz parte dela, o residente que entra no serviço importante, a queimadura faz parte dela, o residente que entra no serviço ter alguma instrução com relação a como lidar com a parte psicológica (R1).”

“[...] Eu não consigo lidar com esses problemas como uma psicóloga. Acredito que deveríamos ter mais Psicologia na faculdade, porque muitas vezes ficamos de mãos atadas durante o trabalho com os pacientes (E2).”

Devido às consequências graves do abuso e, ao mesmo tempo, ao seu poder de analgesia, em 1998, a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde criou uma lei para regulamentar seu uso médico. Cabe ressaltar que, no Brasil, o uso dessas substâncias para tratamento da dor não é tão comum quanto em alguns outros países, pois o controle das autoridades de saúde evita o acesso fácil e os próprios profissionais têm baixo índice de indicação pelo conhecimento e temor das consequências de seu uso¹².

Pesquisadores sobre o tema afirmam que, para reduzir o risco e encontrar o melhor efeito dos opioides, é necessário que os profissionais administrem o medicamento de forma consciente e que compreendam os conceitos relacionados aos fenômenos clínicos que envolvem sua aplicação, como dependência, tolerância e pseudodependência, esta última definida como o que ocorre com o tratamento da dor mediante doses baixas de opioides junto ao relato de sentir dor mesmo estando sob medicação.

O tratamento com opioides deve ser bem criterioso e determinado pela relação entre benefícios (melhor controle da dor) e riscos (dependência, mau uso e outros). As situações de abuso podem ocorrer em até um terço dos pacientes e indivíduos com doença psiquiátrica e desordem de uso de substâncias anterior ao tratamento apresentam risco aumentado, destacando assim a importância de se ter conhecimento do histórico pessoal e/ou familiar de abuso de substância. Como estratégia para evitar a dependência, é indicada avaliação cuidadosa em pacientes de risco para abuso, sendo que a escolha dos medicamentos e técnicas analgésicas, dose, via e duração do tratamento deve ser individualizada¹³.

Apesar dos profissionais entrevistados afirmarem sua certeza em relação ao comportamento de vício em morfina, por sua experiência na UTQ, as autoras afirmam que o diagnóstico preciso de dependência de opioide não é simples e existem critérios para o mesmo, que incluem a preocupação para obter e usar a substância, comportamento persistente de busca e presença de forte desejo ou compulsão para conseguir o fármaco¹³. Considerando essa afirmação, é possível inferir a necessidade de investimento em um ensino mais consistente sobre opioides, dependência e suas consequências para as equipes atuantes em UTQs.

O cuidado e assistência às queixas dos pacientes é apontado pelos entrevistados como preocupação constante e seus relatos mostram estratégias criadas no dia a dia de trabalho. No que se refere à equipe de enfermagem, estudos indicam que a mesma deve compreender a percepção que o paciente queimado tem das alterações que ocorreram no seu corpo e que cabe ao enfermeiro encorajar o doente a expressar seus sentimentos, estabelecendo uma relação de confiança, o que permitirá um diálogo mais aberto⁶.

Prestar assistência de qualidade ao paciente queimado é uma tarefa árdua, sendo muito importantes a dedicação e a perseverança da equipe de enfermagem. Sendo assim, é preciso entendê-lo, levando-se em conta as características muito especiais consequentes da situação traumática vivenciada, partindo do pressuposto de que as queimaduras que sofreu podem deixar sequelas para a vida toda, seja incapacitando o indivíduo ou desfigurando-o irreversivelmente¹.

A capacidade de um indivíduo de se adaptar às consequências da queimadura é importante. As informações sobre esses preditores podem ajudar os cuidadores na seleção de pacientes que requerem atenção especial na reabilitação e na preparação de planos de cuidados específicos ao paciente³. A *American Burn Association* (ABA) recomenda a triagem de rotina de afecções como depressão e estresse pós-traumático em pacientes queimados. Essa recomendação se faz através de questionário conhecido por *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), composto por 9 itens de autoavaliação¹⁴. Além disso, pesquisas sinalizam que os profissionais que atuam na abordagem precoce a vítimas em potencial são fundamentais para a restauração completa de sua função orgânica, visto que o atendimento e suporte nas primeiras horas é um dos determinantes desse sucesso. Sobrevém, então, a importância de uma formação acadêmica que permita o tratamento adequado aos pacientes queimados¹⁵.

O esgotamento dos profissionais de enfermagem é comum, visto que têm maior contato pessoal com os pacientes, o que exige dedicação excessiva. O contato com o paciente queimado tem sido descrito na literatura como emocionalmente desafiador e confrontante, além de estressante devido à intensidade do trabalho, que pode levar à exaustão. Estudos prévios identificaram alta taxa de exaustão entre enfermeiros, gerando baixa performance e alta taxa de desistência e demissão.

A equipe de enfermagem costuma apresentar envolvimento emocional com os pacientes a tal ponto que a dor e sintomas de difícil alívio e controle fazem com que o profissional tenha sensação de desamparo e quebra da confiança pré-estabelecida com o paciente¹⁶. O desgaste no trabalho também pode gerar sentimento de impotência, principalmente quando os agentes em saúde não conseguem assegurar ao paciente tudo que ele precisa, associado à complexidade do atendimento e ao imprevisível, e potencializado pela relação do profissional com vivências de dor, sofrimento, angústia, desesperança, medo e vários tipos de perdas¹⁷.

Os participantes de um estudo relacionado à saúde de enfermeiros que atuam em UTQ relataram que vivenciam um desafio no cuidar, ao enfrentar a dor do paciente e os seus próprios sofrimentos¹⁸, relatos esses semelhantes aos encontrados nesse trabalho, em que os entrevistados afirmam levar o sofrimento vivido na UTQ inclusive para o âmbito pessoal. No estudo anteriormente referido, os desgastes emocionais enfrentados no cotidiano sinalizaram a necessidade de comunicar suas inquietações, sugerindo a realização de atendimento psicológico regular¹⁸.

Esses indícios sugerem cuidados em saúde mental voltados também para os profissionais e não apenas aos pacientes. Um ponto importante a ser destacado é que a entrada de enfermeiros sem nenhuma experiência prévia no cuidado com pacientes queimados pode levar a um sentimento inicial de insegurança e ansiedade, sendo essencial a presença de mentores que os auxiliem nessa fase de adaptação¹⁶.

CONCLUSÃO

Conclui-se que há necessidade de um cuidado diferenciado para pacientes vítimas de queimaduras devido à intensidade da dor e ao sofrimento de suas vítimas, inclusive na assistência psicológica, para atender de forma assertiva as exigências de cada paciente. Uma formação mais eficiente, junto ao cuidado psicológico do próprio cuidador, pode acarretar uma melhor qualidade de vida ao profissional, já que a experiência na UTQ é o principal recurso para o aprendizado do trabalho e existem dificuldades em lidar com os aspectos psicológicos dos pacientes.

Os resultados apontam, portanto, para a necessidade de suporte psicológico aos trabalhadores das UTQs, mediante os efeitos que o contato com as vítimas causam em sua saúde mental. Outros estudos são necessários sobre o preparo dos profissionais para lidar com os aspectos psicológicos dos pacientes da UTQ e da própria equipe de enfermagem quanto ao estresse vivenciado nesse ambiente.

Por fim, o conhecimento da singularidade de vítimas de queimaduras exige maior espaço nos cursos técnicos e acadêmicos das diferentes áreas profissionais atuantes nas UTQs, com destaque ao ensino do cuidado com os aspectos psicológicos.

REFERÊNCIAS

- Oliveira TS, Moreira KFA, Gonçalves TA. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Rev Bras Queimaduras*. 2012;11(1):31-7.
- Gonçalves N, Echevarría-Guanilo ME, Carvalho FL, Miasso AI, Rossi LA. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(3):622-30.
- Han J, Zhou XP, Liu JE, Yue P, Gao L. The Process of Developing Resilience in Patients With Burn Injuries. *J Nurs Res*. 2020;28(1):e71.

- Barrett LW, Fear VS, Waithman JC, Wood FM, Fear MW. Understanding acute burn injury as a chronic disease. *Burns Trauma*. 2019;7:23.
- Biscegli TS, Benati LD, Faria RS, Boeira TR, Cid FB, Gonsaga RA. Perfil de crianças e adolescentes internados em Unidade de Tratamento de Queimados do interior do estado de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32(3):177-82.
- Nishi KP, Costa ECNF. Cuidados de enfermagem à pacientes vítimas de queimaduras: identificação e características clínicas. *Rev Uningá*. 2013;36(1):181-92.
- Spronk I, Legemate CM, Dokter J, van Loey NEE, van Baar ME, Polinder S. Predictors of health-related quality of life after burn injuries: a systematic review. *Crit Care*. 2018;22(1):160.
- Balan MAJ, Meschial WC, Santana RG, Suzuki SML, Oliveira MLF. Validação de um instrumento de investigação de conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):373-81.
- Meschial WC, Oliveira MLF. Atendimento inicial ao queimado: conhecimento de estudantes de enfermagem: estudo transversal. *Online Braz J Nurs*. 2014;13(4):518-28.
- Macedo JLS, Rosa SC, Gomes e Silva MG. Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(6):387-91.
- Henrique DM, Silva LD. O uso seguro de opioides em pacientes queimados: fundamentando o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Queimaduras*. 2014;13(1):6-10.
- Pereira MM, Andrade LP, Takitane J. Evolução do uso abusivo de derivados de ópio. *Saúde Ética Justiça*. 2016;21(1):12-7.
- Nascimento DCH, Sakata RK. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. *Rev Dor*. 2011;12(2):160-5.
- Druery M, Newcombe PA, Cameron CM, Lipman J. Factors influencing psychological, social and health outcomes after major burn injuries in adults: cohort study protocol. *BMJ Open*. 2017;7(6):e017545.
- Cunha LVT, Cruz Junior FJA, Santiago DO. Atendimento inicial ao paciente queimado: avaliação do conhecimento de alunos do internato do curso de Medicina. *Rev Bras Queimaduras*. 2016;15(2):80-6.
- Bayuo J, Agyei Bediako F, Allotey G, Kyei Baffour P. Developing support strategies for burn care nurses through an understanding of their experiences: A meta-ethnographic study. *Int J Nurs Pract*. 2019;25(2):e12685.
- Rodrigues LA, Moraes EL, Betoschi JR, Amaral CP. Como a dor e o sofrimento do paciente oncológico afetam o médico no processo de tratamento. *Cuidarte Enferm*. 2015;9(1):58-70.
- Coelho JAB, Araújo STC. Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):60-4.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

Ligia Adriana Rodrigues - Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.

Manuela Lopes Poiati - Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.

Marília de Jesus Nogueira - Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.

Marina de Oliveira Andrade - Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.

Natália Lima Brandini - Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.

Rebeca Batistin Rezende - Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.

Correspondência: Natália Lima Brandini

Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA) – Faculdade de Medicina – R. dos Estudantes, 225 – Parque Iracema – Catanduva, SP, Brasil – CEP: 15809-144

– E-mail: natalia.brandini@yahoo.com.br

Artigo recebido: 21/8/2019 • **Artigo aceito:** 13/1/2020

Local de realização do trabalho: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver.