

Comportamento de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras (*)

*DORA BICHO (**)*
*ANTÓNIO PIRES (**)*

A queimadura corresponde a uma lesão nos tecidos que evolui como uma ferida e que apresenta complicações semelhantes. Em Portugal, do total de acidentes domésticos e de lazer que ocorrem em crianças até aos catorze anos de idade, cerca de 3% resultam em queimaduras, sendo a terceira principal causa deste grupo de acidentes (seguindo-se aos acidentes por quedas e por pancadas) (A. Maurício, 1998). De entre as situações que originam este tipo de lesões, encontram-se as queimaduras por escaldão (derramamento ou imersão em líquido quente), queimaduras por contacto com objectos ou superfícies quentes, por chamas, produtos corrosivos, queimaduras eléctricas, lesões por inalação de fumo tóxico, e ainda situações originadas deliberadamente por abuso da vítima. As queimaduras por escaldão e por contacto ocorrem com maior incidência em idades dos 6 meses aos 2 anos, enquanto queimaduras causadas por acidentes com

chamas tendem a ocorrer em crianças em idade pré-escolar e mais velhas cuja curiosidade se sobrepõe por vezes à precaução (e.g., brincadeiras com fósforos) (D. Chedekel, L. Rizzone, & A. Antoon, 1998). Como facilmente reconhecemos, a gravidade das situações varia muito, desde a ligeira queimadura solar a queimaduras de tal modo extensas que levam à morte da vítima. A especificidade e gravidade de uma queimadura caracteriza-se fundamentalmente pela extensão e profundidade da área lesionada, sua localização no corpo da vítima, natureza do agente causador da queimadura, e idade do acidentado.

A queimadura constitui um evento que pode fazer perigar o bem estar físico e psicológico da criança. Dependendo naturalmente da gravidade da situação, a complexidade deste tipo de lesões pode traduzir-se em hospitalizações – e consequente separação do meio familiar – por vezes prolongadas, em que a dor e o receio podem tomar dimensões particularmente stressantes.

As queimaduras são amplamente reconhecidas na literatura como estando entre as lesões pediátricas mais dolorosas, contribuindo ainda para mais dias de hospitalização que qualquer outro tipo de lesão (Tarnowski & Brown, 1995). Procedimentos inerentes ao processo de recuperação tais como a hidroterapia, limpeza das lesões com remoção de tecido desvitalizado, mudança

(*) Agradecimentos: Agradecemos, pela atenção recebida no Hospital de Dona Estefânia, em especial à Dra. Dulce Ferra Sousa, Dra. Maria José Leal, e Enfermeira Chefe Vitória.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

de compressas, e fisioterapia, são reconhecidos como particularmente dolorosos, traduzindo-se num grande desconforto por parte da criança queimada. As mudanças de compressas são usualmente bastante dolorosas, mesmo com a utilização de sedativos fortes (R. Buchanan, 1994). A fisioterapia pode-se tornar particularmente dolorosa, inclusive quando são movimentados os membros e articulações lesionadas (D. Chedekel, L. Rizzone, & A. Antoon, 1998). Quando uma criança é hospitalizada devido à gravidade das queimaduras, e uma vez estabilizada a sua condição durante o período de emergência, o objectivo primordial dos cuidados médicos é que a zona queimada fique coberta com nova pele, sendo muitas vezes necessário proceder a enxertos de pele. Paralelamente, a fisioterapia e terapia ocupacional são necessárias desde o início, continuando durante toda a hospitalização de modo a manter a tonicidade e flexibilidade musculares (Chedekel et al., 1998). Uma vez curada a lesão, a criança terá de continuar o processo de recuperação que se prolonga para além da alta hospitalar, e que acarreta a aderência à fisioterapia e utilização de peças de compressão elástica a fim de manter a cicatriz plana e melhorar os resultados funcionais e estéticos. Finalmente, a recuperação das áreas lesionadas poderá resultar numa cicatriz praticamente invisível, ou, nos casos de maior gravidade, poderá deixar graves sequelas funcionais e estéticas. Os pacientes poderão necessitar de reconstrução devido a cicatrizes contraídas, mau desenvolvimento do corpo, ou simplesmente devido a uma cicatriz pouco estética, e, dado que alguns problemas só emergem com o amadurecimento físico da criança, a reconstrução poderá só estar completa ao fim de 10 ou 20 anos (R. Buchanan, 1994).

Consequentemente, perante a situação de queimadura, a criança é confrontada com inúmeros stressores, estando entre eles o próprio trauma da lesão, a hospitalização, os procedimentos médicos, a reabilitação, a reintegração, e sequelas a curto e longo prazo (N. Kaslow, K. Koon-Scott, & A. Dingle, 1994). Durante o internamento hospitalar, as crianças podem-se tornar bastante receosas em relação aos procedimentos, o que pode resultar em intensa ansiedade perante a antecipação e expectativa da ocorrência dos mesmos (B. Carter, D. Bennett, & J. Urey, 1994;

D. Chedekel, L. Rizzone, & A. Antoon, 1998). Percepções de punição relacionadas com a queimadura e subsequente tratamento médico, sentimentos de abandono em que a criança percebe os seus pais como não tendo controlo e incapazes de dar protecção, perturbações alimentares, regressão das aptidões comportamentais e verbais (D. Chedekel, L. Rizzone, & A. Antoon, 1998), são alguns dos problemas descritos na literatura. Acrescendo ainda, os diversos assuntos relacionados com a imagem corporal, auto-estima, e sentimento de competência por parte da criança (T. Pruzinsky, & M. Doctor, 1994; K. Tarnowski, & R. Brown, 1995).

Encontramos como reacções comuns dos pais da criança hospitalizada devido a queimaduras, a negação, sentimentos de culpa, ansiedade, depressão, impotência, medo, revolta, e intensificação de problemas preexistentes (B. Carter, D. Bennett, & J. Urey, 1994; N. Kaslow et al., 1994). Sobre a reacção das mães são identificados sentimentos de culpa, depressão, ansiedade, e hostilidade (Woodward, 1959; Wright & Fulwiler, 1974, in K. Tarnowski, & L. Rasnake, 1994).

Vários autores têm encontrado que a família é um factor de mediação significativo para o ajustamento da criança queimada ao trauma da lesão, conseqüente hospitalização, e posterior fase de recuperação (R. Brown, A. Dingle, & K. Koon-Scott, 1994; N. Kaslow, K. Koon-Scott, & A. Dingle, 1994; K. Tarnowski, & L. Rasnake, 1994). Mais especificamente, as reacções parentais (e.g., modo de confrontação, apoio) perante a ocorrência de queimaduras na sua criança e todo o conseqüente processo de recuperação, são factores que interagem intimamente com as variáveis relativas à própria criança (e.g., idade, nível de desenvolvimento cognitivo e emocional, características de personalidade) e à lesão em causa (e.g., gravidade da lesão), influenciando em larga medida a forma como a criança se adapta psicologicamente a esta situação de crise. Deste modo, é particularmente importante abordar as necessidades e preocupações, a vivência e comportamentos, dos membros da família particularmente significativos para a criança, como serão a mãe e o pai (ou seus substitutos).

Pela relevância que o comportamento e ajustamento parental assumem nesta situação de crise, considerámo-lo importante compreender como

vivenciam os pais esta situação. Neste sentido, surgiu o objectivo de compreender o comportamento parental de pais de crianças hospitalizadas devido a queimaduras, construindo uma teoria explicativa acerca deste fenómeno, elaborada directamente a partir dos dados recolhidos no terreno. Para tal recolhemos os nossos dados através de entrevistas semi-directivas e utilizámos o método da *Grounded Theory* para a sua análise, dado que este nos permite precisamente desenvolver uma teoria a partir dos dados recolhidos no terreno. Não pensámos encontrar uma teoria universal, mas antes, um modelo explicativo a partir dos dados que nos foram fornecidos por estes pais, em lugar de utilizar grelhas ou modelos de perguntas preestabelecidas com base no que foi anteriormente escrito sobre o assunto.

1. MÉTODO

1.1. Participantes

Os participantes são quatro mães de crianças internadas no Hospital de Dona Estefânia, em Lisboa, para tratamento de queimaduras. Designando-as pela ordem em que foram entrevistadas, as mães tinham, aquando da entrevista, 29, 20, 25, e 39 anos de idade. Os filhos destas mães tinham, respectivamente, 17 meses, 14 meses, 9 anos, e 13 meses de idade, e estavam hospitalizados desde há 1 mês, 19 dias, 5 dias, e 7 dias, com queimaduras de segundo e terceiro grau, tendo uma das crianças (a de 14 meses) sofrido uma queimadura de maior profundidade classificada como sendo de quarto grau. A criança com 17 meses de idade tinha sofrido queimaduras no peito e pescoço, causadas pelo derrame de café que estava ao lume, num momento em que estava ao cuidado dos avós; a segunda criança, com 14 meses de idade, tinha queimado a língua, os lábios, e a perna direita, por conseguir abrir uma embalagem de um produto corrosivo; a terceira criança, com 9 anos de idade, sofreu queimaduras que se estendiam ao pescoço e orelha, peito, e braços, originadas quando ele e outro jovem brincavam com álcool e fósforos; a criança com 13 meses de idade, apresentava queimaduras nas mãos por tê-las pousado no vidro de um forno. Uma das famílias é monoparental. Uma

das mães tem mais um filho (um mês de idade), e outra, mais três filhos (1, 4 e 8 anos de idade). A primeira mãe e a quarta (trabalhadoras por conta de outrem) pediram baixa para poder acompanhar a criança hospitalizada; a terceira mãe tinha interrompido, até ao momento da entrevista, a sua actividade profissional por conta própria; quanto à segunda mãe, aquando do acidente, não se encontrava a trabalhar fora de casa.

1.2. Procedimento

As entrevistas realizadas às mães de crianças hospitalizadas para tratamento e recuperação de queimaduras foram efectuadas no Hospital de Dona Estefânia. Foram entrevistadas as mães que se mostraram disponíveis para falar sobre a sua experiência particular naquela situação específica. O facto dos participantes serem apenas mães, não tendo sido entrevistado nenhum pai, deve-se ao facto de que apenas as primeiras estavam disponíveis e acederam à realização da entrevista.

Cada uma das mães foi entrevistada individualmente, tendo-lhes sido explicado o objectivo do estudo e a importância da sua colaboração para a compreensão da temática em causa. As entrevistas tiveram uma estrutura semi-directiva e foram gravadas em áudio, a fim de poderem ser posteriormente transcritas de modo a permitir a análise de toda a informação. Todos os participantes concordaram com esta gravação em áudio, tendo-lhes sido assegurado o anonimato. Apesar do curso da entrevista depender do que as mães queriam expressar, permitindo que exteriorizassem o que era para elas significativo, utilizámos algumas questões que abrissem caminho à verbalização da sua vivência perante aquela situação específica, tais como: «Como ocorreu o acidente com o seu filho(a)?»; «Como é que tem vivenciado esta situação? Como tem sido para si desde que ocorreu o acidente?»; «Que dificuldades mais tem sentido? O que é que, para si, tem sido mais difícil neste processo todo?».

1.3. Análise dos dados

O processo analítico das entrevistas seguiu o curso da abordagem *Grounded Theory* (B. Glaser, 1978; B. Glaser, & A. Strauss, 1967; A. Strauss, & J. Corbin, 1990), com base na identificação de

incidentes, ideias, ou eventos relatados, sua codificação e comparações constantes. Assim, iniciamos a análise de cada entrevista com codificação aberta, que correspondeu ao exame de todo o texto (palavras, frases e sentenças individuais) a fim de assinalarmos os vários incidentes e procedermos à sua conceptualização, ou seja, atribuímos-lhes um nome mais geral (código) que permitisse caracterizá-los. Os incidentes foram comparados entre si, para que a fenómenos semelhantes se atribuisse o mesmo nome. Também os códigos foram sistematicamente comparados e contrastados, e agrupados em categorias de códigos à medida que eram identificados como caracterizando um mesmo fenómeno.

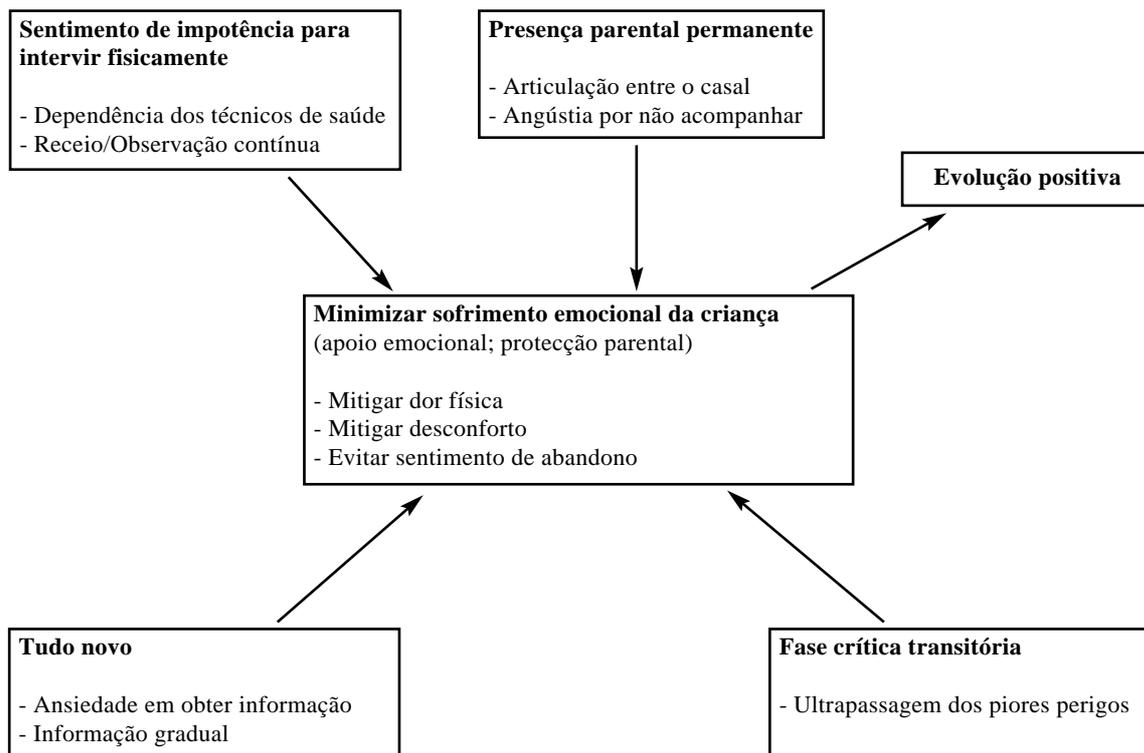
Simultaneamente, escrevemos memorandos acerca das características das categorias e das relações que pareciam existir entre elas, de forma a delinear um modelo explicativo sistematicamente

te confrontado com os dados em análise. Deste modo, ao longo do processo de análise, o surgimento de cada novo incidente como pertencendo a uma categoria já anteriormente definida, conduziu à confrontação com os dados a ela pertencente e a categoria é completada. Os códigos e categorias foram comparados e contrapostos até estarem saturados, ou seja, até a análise deixar de produzir novos códigos e categorias e todos os dados estarem registados nas categorias do modelo em construção.

2. RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados da nossa análise e correspondente modelo teórico por nós construído acerca do comportamento parental de crianças hospitalizadas para tratamento

FIGURA 1
Modelo explicativo do comportamento parental de mães de crianças hospitalizadas para tratamento e recuperação de queimaduras



e recuperação de queimaduras, passamos a apresentar o referido modelo em forma de esquema (Figura 1).

Da análise dos nossos dados sobressai uma preocupação comum a todas as mães entrevistadas, sendo esta a preocupação em conseguir *minimizar o sofrimento emocional da criança* durante todo o período de internamento hospitalar consequente às queimaduras. As mães investem todo o seu esforço no sentido de amenizar as consequências emocionais das queimaduras e tratamento das mesmas para a sua criança, dado que ela é subitamente confrontada com uma situação dolorosa a vários níveis, ainda mais dolorosa quando é vivenciada por uma criança, e que exige um esforço de ajustamento particularmente intenso. De facto, perante uma situação de queimaduras pediátricas cuja gravidade justifica o internamento hospitalar da criança lesionada, são vários os factores que podem causar grande sofrimento físico e emocional à criança, sendo esta subitamente confrontada com sensações e experiências fisicamente dolorosas, rodeada de cenários, movimentações e pessoas até então desconhecidas. Este sofrimento pode transparecer claramente pela forma como a criança reage: «...nas duas primeiras semanas o A... a primeira! O A. já nem dizia mãe, pai, cão... pão... “agato” que era obrigado, pronto. A primeira semana não sorriu sequer, não sorriu. (...) E não reagia a nada, e foi horrível.» (Entrevista1.Páginas4,5). Assim, tanto pela previsão, como também pela percepção deste sofrimento e de que urge responder às necessidades de apoio emocional e protecção parental da sua criança, os pais direccionam os seus esforços neste sentido auxiliando-a permanentemente.

Este esforço parental no sentido de minimizar o sofrimento da criança assume essencialmente duas formas e objectivos principais. Um dos meios que os pais utilizam para amenizar esse sofrimento é o cuidado em prestar à criança todo o apoio emocional de que ela necessite nas circunstâncias vivenciadas durante os tratamentos que decorrem na instituição hospitalar. Percepcionando a necessidade de apoio emocional da criança durante esta situação de crise, muito particularmente dos que são emocionalmente mais significativos para ela, ou seja, os pais ou seus substitutos, há um investimento parental nítido no sentido de providenciar esse suporte e

auxílio emocional de forma contínua de dia e de noite, ou seja, quase 24 horas por dia. Uma outra forma de minimizar o sofrimento da criança e que corresponde a um dos objectivos destes pais, é o cuidado em proporcionar à criança uma protecção parental contínua. Os pais procuram proteger a criança de sofrimentos maiores e, simultaneamente, desejam transmitir-lhe a sensação de protecção e segurança parental para assim apaziguarem as ansiedades e a intranquilidade vivenciada pela criança. A preocupação dos pais com o sofrimento pelo qual a criança poderá estar ou vir a passar, reforçam o seu cuidado em procurar protegê-la de circunstâncias ou emoções que possam influenciar negativamente o seu estado psicológico: «...não vou dizer que estou aqui um mês ou dois com ele, porque eu estou farta de dizer para a gente ir passar o Natal a casa e que não vai passar aqui... (...) Digo-lhe assim para ele se animar mais (...) Que é porque não quero preocupá-lo tanto, porque já não basta ele saber o estado dele, que eu também não quero que ele saiba da maneira que ele está. Porque ontem foi fazer o penso e acho que lhe tiraram fotografias e eu quero ir falar com a enfermeira para não mostra-lhe a ele que é para ele não ficar com aquela imaginação.» (3.14) Assim, a angústia de verem a sua criança sofrer e a preocupação em minimizar o seu sofrimento, leva os pais a investir numa atitude muito protectora, em que querem efectivamente evitar vivências emocionais mais negativas e mostrar à criança que os pais estão ali e são capazes de a proteger.

Entre os factores ou motivações parentais no sentido de minimizar o sofrimento da criança encontra-se inevitavelmente a preocupação em mitigar a dor física e as suas consequências emocionais, pois apesar dos esforços médicos no sentido de a minimizar, não é possível eliminá-la por completo. As queimaduras são lesões particularmente dolorosas e a dor física está também presente durante o processo de recuperação das mesmas, nomeadamente em procedimentos como a limpeza das lesões, mudança de compressas e a fisioterapia que, por serem procedimentos frequentes e necessitarem da participação activa do paciente não permitem a utilização de meios de controlo da dor que eliminem por completo a sensação de dor. Para além de o preverem, os pais também percebem pelas reacções expressas

pela criança o sofrimento que esta dor física acarreta: «Ao princípio de aqui estar não podiam os enfermeiros irem lá ao quarto que ela, se estivesse a dormir e se pressentisse outra pessoa estranha a entrar, acordava a chorar, a agarrar-se nas grades, queria sair da cama (...) por saber que eles podiam-na levar para o bloco. Porque ela conhece o bloco. Nem quer lá passar nem à porta.» (2.6). Perante esta realidade os pais empenham-se em procurar mitigar o desequilíbrio emocional que esta vivência acarreta para a criança através dos meios que lhes são possíveis, ou seja, o apoio emocional e protecção parental, que são as formas de auxílio à criança que lhes é possível pôr em prática.

Procurar mitigar o desconforto, e suas consequências emocionais, causado pelos procedimentos para tratamento das queimaduras é outro factor que leva os pais a apoiarem continuamente a sua criança a fim de minimizar o seu sofrimento. Entre as condições e procedimentos que podem ser desconfortáveis e eventualmente opressivos para a criança estão, por exemplo, a sua imobilização numa cama, eventualmente a soro, a cobertura de toda a área corporal lesionada com compressas que pode obrigar a posições que podem ser desconfortáveis, ou também, o posicionamento e utilização de talas nas articulações como forma de limitar a ocorrência de contracções, não esquecendo ainda os exercícios de fisioterapia a fim de incrementar a amplitude de movimentos. Também esta realidade leva os pais a procurarem mitigar o sofrimento da criança confortando-a e apoiando-a em todos estes momentos a fim de a tranquilizar por sentir o apoio e estímulo parentais: «...eu no início como ele estava muito deitado, eu contava imensas histórias, inventava imensas histórias, e contava-lhe do avô, da avó...» (1.5); «E agora está a ser muito difícil; só quer é chão e não pode. (...) se correr tudo bem, dentro de mais uma semana, oito, nove dias, ela vai para casa. Mas para isso é preciso ela colaborar muito bem e ter muita calma, não se levantar... É isso que vai ser tudo muito difícil. Porque ela é muito mexida...» (2.3,9).

Encontrámos também como motivação essencial para o esforço parental na tentativa de minimizar o sofrimento da criança a preocupação dos pais em evitar o sentimento de abandono por parte do seu filho. Os pais procuram assim

evitar o sofrimento acrescido que essa percepção de abandono parental poderia trazer à criança. No seguimento das queimaduras e consequente hospitalização, os pais vêm as suas crianças serem afastadas do ambiente familiar e das rotinas quotidianas com que estavam familiarizadas e percebem que isso poderá aumentar o seu sofrimento e motivar sentimentos de solidão ou mesmo abandono pelas pessoas emocionalmente significativas para a criança. Sabendo que durante o internamento o dia a dia da criança será passado num ambiente desconhecido, com a presença de equipamento estranho, tratamentos que podem ser dolorosos, e a prestação de cuidados por muitas pessoas entre o pessoal técnico e auxiliar que são agora responsáveis pelo seu tratamento e que eram até então completos desconhecidos para ela, estas mães mostram com a sua opção em apoiá-la continuamente que não querem de modo algum que ela se sinta, em momento algum, desprotegida e despojada, o que só aumentaria o seu sofrimento. Expressões como: «...e quando eu falava do avô João, da avó Céu, ele chorava, não queria, e abanava com a cabeça. (...) Não sei se pensa que foi alguém que o abandonou. (...) não sei se quer dizer isto, não é?» (1.5); «Nunca saí daqui. (...) Ela nunca está sozinha.» (2.7); ou «... e ele diz “Oh mãe, quando eu for operado não me deixes” e eu digo “Não, a mãe não deixa”.» (3.17) mostram como esta preocupação é um dos factores que motivam o contínuo apoio e protecção destes pais a fim de minimizar o sofrimento da criança.

Dada a preocupação em minimizar o sofrimento emocional da criança é adoptada uma estratégia comum a todas as mães entrevistadas, sendo essa estratégia o empenho em manter uma **presença parental permanente** durante todo o período de hospitalização consequente às queimaduras, tanto de dia como de noite. Dado que a instituição hospitalar permite a permanência de um dos pais ou outros responsáveis para acompanhamento à criança durante o internamento hospitalar, as mães e os seus companheiros não hesitam em apoiar permanentemente a criança, 24 horas por dia, auxiliando-a tanto quanto lhes é possível durante o tratamento que decorre desde o período de emergência em que é avaliada e estabilizada a situação clínica da criança, passando de seguida à fase aguda dos tratamentos cujo principal objectivo é cobrir a zona

queimada com nova pele, e termina finalmente na fase de reabilitação em que continuarão as terapias física, nutricional e médica, o qual se prolongará para além do período de internamento hospitalar. Sobressai assim uma grande preocupação em nunca privar a criança do auxílio de um ou outro dos progenitores, pretendendo com esta estratégia de presença parental permanente mitigar as ansiedades e receios da criança e transmitir-lhe maior tranquilidade e a sensação de segurança que este suporte parental permanente poderá oferecer.

Esta opção em manter uma presença parental permanente como forma de minimizar o sofrimento emocional da criança poderá aparecer como sendo uma estratégia partilhada por ambos os pais da criança ou apenas por um deles. Nos casos em que o casal permanece maritalmente unido e concorda neste empenho em apoiar permanentemente a criança, há uma articulação entre o casal de modo a cumprir este objectivo comum. Estes casais gerem o seu tempo de acordo com a disponibilidade de cada um e conseguem encontrar forma de articular as suas responsabilidades no exterior de modo a que um acompanhe a criança quando o outro se ausenta do hospital, sendo a criança beneficiada com a presença tanto do pai como da mãe. No nosso estudo, são as mães que deixam a sua actividade profissional para poderem ter mais tempo disponível, e quando há outros filhos eles são deixados ao cuidado de outras pessoas. Assim sendo, é geralmente a mãe que mais tempo permanece no hospital junto com a criança, ausentando-se por curtos períodos de tempo para descansar um pouco, «desanuviar», ir a casa «ver como estão as coisas» e estar com um outro filho. Quando a actividade profissional do pai assim o permite, ele permanece junto da criança por períodos de tempo que não se afastam muito dos que são preenchidos pela mãe da criança. Todas estas mães explicitam claramente a articulação do casal e que quando se ausentam é o pai da criança que fica no hospital: «*Ele [o marido] tem um horário flexível, não é? E consegue vir cá... pronto, e consegue vir cá umas horas para eu poder descansar (...)* *E vem sempre dormir cá noite sim, noite não. Foi ele que quis. (...) ele tem feito aquilo que eu tenho feito.*» (1.7); «*Só vou, prontos, a casa, tomar banho e ver como é que tão as coisas, mas o meu marido fica sempre*

aqui.» (2.7); «*O F. [marido] é que vem por volta da hora do almoço, por volta da uma e tal, depois fica à tarde com ele para eu ir descansar um bocadinho, e depois venho à hora do jantar, às sete, pronto.*» (4.4). Desta colaboração entre o casal percebemos a importância que ambos dão a que a criança tenha sempre o apoio e suporte constante dos seus pais e que existe entre eles a capacidade de comunicar e funcionar em conjugação perante esta situação de crise difícil para a criança e também para os pais. Quando o apoio à criança é monoparental, por exemplo, numa atitude de presença parental permanente suportada apenas pela mãe (que não viva com o pai da criança e não tenha um companheiro com quem possa partilhar esta iniciativa), a criança conta com o apoio de apenas um dos progenitores, a mãe, a qual acaba por estar mais sobrecarregada a nível prático e emocional: «*Mas é assim, eu também tenho muita preocupação. Estou aqui com este e estou muito preocupada com os outros [outros três filhos]. (...) Eu desde que vim ainda não fui a casa.*» (3.10,12).

O sentimento de angústia por não acompanhar a criança e desse modo não poder apoiá-la e procurar amenizar o seu sofrimento emocional é também um factor que impulsiona os pais a este comportamento de presença e apoio permanente. A angústia que sentiriam por a criança não ter um apoio parental constante seria muito maior do que a que sentem ao estar junto dela procurando tornar menos difícil para a criança a vivência desta situação. Este pai não adopta uma atitude de fuga ou evitamento, antes pelo contrário, encaram e enfrentam a situação presente e procuram através do apoio parental permanente adquirir a sensação de que têm algum controlo sobre a recuperação e bem estar da sua criança, negando-se a assumir um papel passivo que lhes traria sentimentos de maior angústia. Se estiverem distantes, sem acompanharem permanentemente o seu estado clínico, sem observarem permanentemente as suas reacções emocionais, sem a poderem apoiar activamente e transmitir-lhe a sua protecção permanente, os pais sentem-se mais angustiados por poderem estar a faltar, mesmo que por pouco tempo, em momentos difíceis para a criança: «*Aquela fase em que tinha de sair nos primeiros dias (...) o que é horrível para os pais, não é? Nós deixamo-lo aqui e... é a fase mais dolorosa para eles (...) e que*

nós não podemos acompanhar. E essa fase angustiava-me imenso, e era assim... aquela fase em que não conseguia dormir, nem conseguia estar.» (1.6).

Como não seria de estranhar, estas mães expressam nitidamente o quanto desejam que a criança recupere o mais rapidamente possível, que não sofra, que não tenha dores, enfim, elas desejariam aliviar de forma imediata a dor e a situação clínica do seu filho, mesmo que magicamente se possível. Contudo, não é possível aos pais intervir nos tratamentos para recuperação das queimaduras o que origina um **sentimento de impotência para intervir fisicamente**. O sentimento de impotência é assim expresso pelas mães: «...aquilo que a gente sente, pelo menos eu, é a impotência em fazer alguma coisa, não é? (...) aquela impossibilidade que a pessoa sente de não fazer mais, pronto, porque não se pode fazer mais nada, não é? (...) é vê-lo sofrer e não poder fazer nada, não é?» (4.4,6-7); «...aquilo que mais me custou desde o início é “Eu não quero que ele sofra, não quero que ele tenha dores,” não é? Ou seja, eu sei que ele ia ter, não é?» (1.9). As mães sentem não ter poder de acção para alterar positivamente o estado de saúde física da criança e aliviar o seu sofrimento, e isso reforça o seu empenhamento em dar tudo aquilo que podem e que é o apoio emocional e protecção parental permanente: «E disseram-nos no início que era melhor os pais não dormirem porque eles ficavam bem. Só que é assim, que a única coisa que nós lhe podemos dar, não é? Além de irmos ao médico nós não podemos fazer nada.» (1.4). Este sentimento de impotência para intervir fisicamente reforça a vontade de, dado que não podem intervir nos cuidados físicos, darem tudo o que podem no que diz respeito aos cuidados afectivos no sentido de minimizar o sofrimento emocional da criança, insistindo por isso em auxiliá-la emocionalmente durante todo o tempo de internamento hospitalar.

Unido ao sentimento de impotência para intervir fisicamente está o sentimento de dependência dos técnicos de saúde, seja no que diz respeito à intervenção activa na recuperação física da criança, como também no que diz respeito à obtenção de informação sobre a sua situação clínica. Sentindo-se dependentes dos técnicos de saúde para a prestação dos cuidados físicos essenciais naquele momento para o seu filho, os pais aca-

bam também por sentir que lhes é retirada a exclusividade ou maior relevância no que é naquele momento essencial para a sua criança: «Ficamos totalmente nas mãos de outras pessoas, não é? Das enfermeiras, dos médicos, muita gente, pronto.» (4.4). Sendo assim, a sua opção em permanecer auxiliando emocionalmente a criança num esforço incondicional de minimização do seu sofrimento emocional parece ser também uma forma de diminuir os sentimentos de impotência, de dependência dos técnicos de saúde, e de menor relevância na vida do seu filho, indiciando com esta atitude que não querem de facto ser colocados à margem naquele momento de crise para a sua criança, e querem de algum modo colmatar a sensação de papel passivo na recuperação física da criança. Esta sensação de dependência dos técnicos advém de que são eles que dispõem dos conhecimentos e meios técnicos para lidar e tratar estas queimaduras de maior gravidade, além de que informações sobre a gravidade da situação, evolução da situação clínica da criança, procedimentos adequados e evolução do processo de recuperação, são matérias disponibilizadas pelos técnicos sobre as quais os pais não possuem conhecimentos aprofundados que permitam fazer uma apreciação sobre a realidade e adequação das informações disponibilizadas. Contribuindo para esta sensação de dependência dos técnicos de saúde, está a impossibilidade de verem as lesões ainda não cicatrizadas. Isto é assim porque estas lesões estão cobertas por compressas e porque os pais não estão presentes aquando do tratamento das lesões e mudança de compressas. Dado isto, os pais só sabem da sua evolução por intermédio do que os técnicos dizem. Apesar de poderem até tentar entender e mesmo compreenderem os motivos pelos quais os pais não têm acesso a ver estas lesões, sentem essa lacuna na medida em que há algo em relação à sua criança a que não têm acesso: «...nem sequer posso ver como está, porque não posso entrar lá dentro, não é? (...) Nunca mais vi como estava mesmo. Só elas é que vão dizendo como é que... como é que o J. tem a mão, porque a gente não, não vai lá ao pé (...) nós não vemos, é só aquilo que nos dizem, não é?» (4.4,5).

O sentimento de impotência por não poderem intervir nos cuidados físicos da sua criança acarreta a sensação de que não têm controlo sobre o

estado de saúde física da criança, a qual os pais vêm estar fundamentalmente nas mãos de outras pessoas – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, e outros. A angústia por sentir que a situação está nas mãos de outras pessoas que não eles próprios, leva ao receio de que estas outras pessoas possam não estar a fazer absolutamente tudo o que é possível, e o melhor possível, para que o seu filho não corra risco de vida, risco de piorar a sua situação clínica, risco de complicações acrescidas. Estes receios fazem com que os pais invistam na observação contínua de tudo o que se está a passar com a sua criança, para assim poderem acompanhar todos os sinais exteriorizados pela criança sobre como está ela realmente, qual é o seu estado de saúde. Esta é também uma forma de prevenir o sofrimento emocional da criança decorrente da percepção destas eventuais complicações, e da sensação de debilidade física. Assim, os pais querem observar se a criança apresenta sinais exteriores de que o seu processo de recuperação não está a correr pelo melhor e, desse modo, poderão alertar os técnicos para isso: «...e agora está-lhe a apanhar é a fala, que é isto que eu tenho que agora explicar a eles (...) Dá uma palavra, cansa-se muito a falar! (...) Só se tem algum problema por dentro da, da garganta. E é isto que eu tenho de dizer a eles.» (3.13). Estas mães sentem-se apreensivas, e é o receio pela vida da criança, o receio de que ela piore, o receio de que as coisas não corram pelo melhor, o receio de não estar lá para apoiar o filho em momentos mais difíceis, que as conduz a uma atitude de observação contínua da criança.

Perante a ocorrência das queimaduras e consequente internamento hospitalar para tratamento das mesmas, é tudo novo, tanto para a criança como também para os pais: «...é muito doloroso, na primeira semana, enfim, pronto. Não é? Porque é tudo novo para nós, é tudo novo para eles.» (1.4). Para a criança surgem uma série de circunstâncias que se podem tornar particularmente opressivas, tais como a vivência de sensações dolorosas, experiências desconhecidas, e todo um ambiente e uma situação que é nova para ela, o que poderá conduzir a sentimentos de impotência, medo, ansiedade e confusão. Também os pais são confrontados com uma situação inesperada e desconhecida e que portanto acarreta uma série de dúvidas, receios e sentimento de insegurança. Em consequência, os receios de

correntes da sensação de estar a lidar com uma situação sobre a qual pouco sabem e a expectativa da sobrecarga emocional que esta situação poderá significar para a criança, levam os pais a sentir uma necessidade ainda maior de acompanhar todo o processo de tratamento e internamento hospitalar de modo a reunir o máximo de informação sobre a forma como está a decorrer o processo de reabilitação da criança e como está ela a vivenciar esse mesmo processo, de modo a que os seus esforços no sentido de minimizar o sofrimento da criança sejam adequados e não descurem todas as necessidades e dificuldades do filho.

Portanto, perante esta situação inesperada e desconhecida, os pais têm necessidade e mostram ansiedade em obter informação. Anseiam por saber qual é a real situação clínica da criança, como está ela a recuperar, e em observar e acompanhar como está a criança a reagir aos tratamentos, a fim de não descurem todo e qualquer apoio de que a criança necessite. Querem também saber o que se segue, ou seja, que procedimentos irão os técnicos utilizar para tratar o filho, quanto tempo durará cada um deles, e como irá decorrer o processo de recuperação relativo a cada um deles. Esta sensação de que estão a lidar com o desconhecido e de não poderem prever com precisão o decorrer dos acontecimentos, leva os pais a não descurem em momento algum o seu papel de apoio emocional e protecção parental como forma de minimizar o sofrimento da criança, com receio de estarem ausentes em momentos mais complicados que possam surgir. Tendo até então poucos conhecimentos sobre o que envolve uma queimadura, a sua forma de tratamento, as possibilidades de recuperação e os perigos envolventes, os pais sentem-se confusos e receosos por tudo o que se está a passar e sobre o decorrer dos acontecimentos. Deste modo, procuram estar sempre «em cima» do acontecimento para poderem observar a criança e apoiá-la, observar o que se passa, perguntar o que está a acontecer e o que vai acontecer, pedir informações (seja aos técnicos, seja a outras mães), ou mesmo observar e perguntar sobre os exemplos do processo vivido por outras crianças e as suas mães: «Normalmente costume perguntar sempre os exemplos, prontos, pelos exemplos, que é para eu ver se realmente a minha também vai ser, se não vai... (...) Por

exemplo, está ali um menino que está cá há dois meses e meio. E eu pergunto quando ele fez o enxerto como é que foi, como é que não foi, quanto tempo já passou e se reagiu bem... Que é para depois quando a minha fazer eu estar mais ou menos dentro do assunto, saber mais ou menos.» (2.5); *«Estou sempre a perguntar, elas qualquer dia até já me chamam chata. Cada vez que ela faz o penso sou eu a perguntar ‘como é que tá, como é que não tá’. Só que qualquer dia chamam-me chata, não é?»* (2.6); *«...falando com as outras mães com situações semelhantes, diz que tem sido mais ou menos oito dias de internamento, pronto. Situações semelhantes à... à dele, quando é assim... com as mãositas no forno, não é?»* (4.4-5). Devido à sua preocupação e receio constantes, as mães demonstram por vezes alguma suspeição em relação à informação que lhes é fornecida pelos técnicos, temendo que estes lhes escondam informação a fim de as poupar emocionalmente: *«...e eu estive há bocadinho a dizer porque eu queria falar com a médica ou com o médico do D., que é para ver como é que aquilo ia, como não ia, porque os enfermeiros podem dizer uma coisa e sair outra. (...) E eu queria saber era as verdades, está a perceber?»* (3.16).

Dada a ansiedade sentida pelas mães e a dependência em obter informação por intermédio dos técnicos, aparece a noção de que não sabem logo tudo no início e que a informação é gradual: *«...as pessoas não dizem tudo no início, não é? Vão dizendo gradualmente. As coisas vão sendo muito graduais. Portanto, vão dizendo... não dizem tudo de uma vez.»* (1.7). Novamente, também a sensação de que a informação é gradual, conduz estes pais a uma estratégia de apoio permanente de modo a estar sempre a par do decorrer do processo de recuperação, podendo assim apoiar a criança e procurar amenizar qualquer sofrimento emocional de acordo com a situação pela qual ela está a passar. Esta percepção de que a informação é gradual tem a ver com a necessidade de ter de aguardar pela evolução da situação clínica da criança, sendo as informações sobre o seu estado clínico, procedimentos a realizar e a data em que estes são realizados, fornecidos à medida que a criança vai reagindo aos tratamentos e recuperando. Informações mais precisas vão portanto sendo disponibilizadas à medida que a criança vai reagindo às várias fases de tra-

tamento necessárias à sua recuperação e cobertura das lesões com nova pele: como evoluem as feridas, como reage aos enxertos de pele, como decorre a cicatrização, como reage à fisioterapia, etc. Consequentemente, os pais sentem que não sabem logo tudo no início, de que vão sabendo aos poucos, o que acaba também por suscitar alguns receios: *«As enfermeiras de lá de baixo disseram que o D. estava cá uma semaninha e depois ia para casa. E... acho que foi ontem, foi, que eu perguntei ao enfermeiro e o enfermeiro disse (...) “Pode estar ainda aqui um mês como pode estar dois meses, porque aquilo do D. está muito feio.” (...) Durante cinco dias, se aquilo não estiver melhor que o miúdo é operado. Mas prontos, é mentira, prontos, eu fiquei-me... eu estou, eu estou como maluca... eu às vezes, eu falo e não estou em mim... pronto.»* (3.9).

Um outro factor que leva estes pais a empenharem-se continuamente em procurar minimizar o sofrimento da criança durante o internamento hospitalar é a consideração de que esta é uma **fase crítica transitória**, sendo aquela em que a criança corre mais riscos e na qual o seu sofrimento físico e emocional é maior. Ou seja, os pais investem todos os seus esforços no apoio incondicional e minimização do sofrimento emocional da sua criança neste momento que percebem como sendo o mais crítico, pensando no regresso a casa como um grande objectivo que significa que o pior já passou, principalmente para a sua criança. Esta ideia de que o internamento hospitalar para cicatrização das lesões e recuperação da criança é uma fase crítica transitória é um aspecto que traz maior alento às mães e as ajuda no esforço de adaptação à situação e apoio incondicional à sua criança. O fim do internamento hospitalar significa que a sua criança já não se encontra em perigo, podendo então regressar ao lar, ou seja, ao ambiente e protecção familiares, o que implica também a normalização da vida familiar, com as mães a poderem então regressar à profissão e outras rotinas diárias.

Esta situação de internamento é intensamente sentida pelos pais como uma fase física e emocionalmente mais melindrosa para a criança, que, para além de passar por momentos fisicamente dolorosos e em que a sua condição física está debilitada, também se vê num ambiente a que não estava habituada, sujeita a procedimen-

tos que desconhecia, e longe dos familiares e outras pessoas emocionalmente significativas para ela. O apoio e protecção parental a fim de minimizar o sofrimento emocional da criança é assim visto por estas mães e pais como um auxílio importante para a ultrapassagem dos piores perigos por que a criança passa durante este que é o período de tratamentos que decorrem necessariamente durante a hospitalização. Por conseguinte, os pais vivem para a situação de internamento, que vêm como sendo a mais complexa e difícil para a sua criança, seja a nível físico seja a nível emocional. Quanto às alterações do dia a dia no pós-internamento hospitalar, são neste momento uma preocupação menor, ou melhor ainda, um mal menor quando comparado com a actual situação experienciada durante a hospitalização, seja para a criança, seja também para os pais. Não obstante, também após esta fase de internamento hospitalar inicial, algumas coisas irão ser diferentes no que se refere ao dia a dia da criança e dos familiares por ela responsáveis. Um aspecto a ter em conta são os tratamentos que a criança terá de continuar a fazer, os quais envolvem outras visitas clínicas após a saída do hospital (para fisioterapia e acompanhamento da evolução das cicatrizes), a utilização de peças de compressão elástica para manter as cicatrizes planas e assim melhorar os resultados estéticos e funcionais, ou ainda, a necessidade de recorrer a cirurgia reconstrutiva devido a cicatrizes contraídas, mau desenvolvimento de alguma parte do corpo, ou simplesmente devido a uma cicatriz pouco estética. Ainda à que ter em conta – embora estas mães não revelem estar no momento particularmente preocupadas com isso – a forma como a criança, e também os pais, vivenciam as alterações da imagem corporal consequentes às lesões. Verificamos entretanto que, principalmente as mães, vivem intensamente para a situação aguda presente, ficando a reflexão sobre consequências futuras quase que em esquecimento. Por conseguinte, aquando da recolha dos nossos dados, que equivale a dizer, durante o internamento hospitalar, as mães não expressam grande preocupação quanto a eventuais repercussões do acidente no futuro das suas crianças. De facto, não falam no assunto ou quando o fazem mostram uma atitude de optimismo e esperança. Parece que as suas preocupações se dirigem antes para a situação clínica da criança no presente,

e, quanto ao futuro, mostram uma atitude de confiança.

Encontrámos ainda nos nossos resultados a expressão de que ocorre uma **evolução positiva** no que se refere ao processo de ajustamento da criança à situação de hospitalização e vivência de tudo o processo de recuperação, o que aparece nos casos em que a criança está numa fase menos precoce dos tratamentos. Numa primeira fase, durante o processo de recuperação que decorre durante o internamento hospitalar, a criança vai mostrando sinais de que está a recuperar física e emocionalmente. A recuperação emocional expressa-se pelo regresso de sinais positivos como o sorriso, a brincadeira, o voltar a falar, a alimentação sem problemas: «...na segunda semana ele já começava a sorrir...» (1.5); «Agora já brinca com eles e isso assim, mas custou muito. (...) e tem comido bem até.» (2.7,12). Numa fase posterior, aquando da recolha dos nossos dados, as crianças cuja situação clínica já se encontra estabilizada e que estão num momento menos precoce dos tratamentos, mostram-se à vontade no ambiente hospitalar e expressam uma disposição emocional que no seu conjunto é realmente positiva. A constatação evidente de um benefício para a criança, decorrente das circunstâncias em que se realiza o seu processo de recuperação, é percebida com satisfação pela mãe: «...está muito mais sociável. Mais ainda do que ele era! (...) O tempo que esteve aqui fez-lhe bem porque está muito mais sociável, por outro lado não fez bem nenhum (...) está muito mais sociável com os outros meninos... com as outras crianças.» (1.11). Constatamos assim a ocorrência de uma evolução positiva que corresponde mesmo a um benefício para a criança, e que é o desenvolvimento da sua capacidade para a sociabilidade, ou seja, a aptidão para a convivência com outras pessoas, adultos e crianças.

3. CONCLUSÃO

De acordo com os nossos resultados, o comportamento das mães está muito direccionado para a sua preocupação em minimizar o sofrimento emocional da criança. É comum a todas as mães a preocupação em providenciar o máximo auxílio emocional à criança durante esta situação de crise consequente às queimaduras, e utilizam

essencialmente dois meios como forma de minimizar esse sofrimento emocional. Um deles corresponde ao investimento nítido no sentido de prestar apoio emocional à criança de forma contínua. O outro, corresponde ao cuidado de proporcionar à criança a percepção de que há uma protecção parental contínua, como forma de lhe transmitir a sensação de segurança e assim amenizar as suas ansiedades e receios. Uma das motivações para o esforço parental no sentido de minimizar o sofrimento emocional da criança é o desejo de mitigar a dor física e as suas consequências emocionais. Como as queimaduras e procedimentos para o seu tratamento são particularmente dolorosas, o sofrimento físico surge no nosso estudo como sendo um dos motivos porque os pais se preocupam com a situação psicológica da criança. Esta preocupação é igualmente referida por autores como Kaslow, Koon-Scott, e Dingle (1994) e Carter, Bennett, e Urey (1994), que descrevem que os pais podem de facto experienciar um sofrimento considerável por terem de consentir que a sua criança experiencie procedimentos para o tratamento que são dolorosos. Outra situação difícil para a criança são as condições e procedimentos necessários à sua recuperação, que podem ser particularmente desconfortáveis ou mesmo opressivos (e.g., permanência numa cama; administração de soro; cobertura de toda a área corporal lesionada com compressas; utilização de talas nas articulações). A percepção da dificuldade que isso representa para uma criança é outro dos motivos porque estas mães se preocupam em apoiá-la emocionalmente.

A fim de minimizar o sofrimento emocional da criança é adoptada uma estratégia comum a todas as mães que participam no nosso estudo, e que corresponde à opção em manter junto da criança uma presença parental permanente durante o tempo de internamento hospitalar, tanto de dia como de noite. Esta presença constante surge, pela análise dos dados, como uma estratégia a fim de otimizar o esforço no sentido de amenizar as dificuldades que aquela situação representa para a criança. Esta atitude encontrada no nosso estudo, indica a necessidade parental em manter um contacto muito próximo com a sua criança durante o tratamento, o que vai de encontro ao que defendem Chedekel, Rizzone, e Antoon (1998) que realçam a importância de

proporcionar aos pais a oportunidade de se manterem em contacto progressivo e estreito com a sua criança durante o tratamento das queimaduras. Neste nosso estudo, quando os pais da criança permanecem maritalmente unidos, ambos colaboram nesta opção em apoiar permanentemente a criança. De facto, nesta preocupação de nunca deixar a criança sem o apoio de um dos progenitores, o pai e a mãe gerem o seu tempo de acordo com a disponibilidade de cada um e conseguem encontrar forma de articular as suas responsabilidades no exterior de modo a que um acompanhe a criança quando o outro se ausenta do hospital. Apesar de serem as mães que interrompem a sua actividade profissional a fim de terem mais tempo disponível, há casais que procuram partilhar o apoio à criança de forma o mais igualitária possível. O apoio parental permanente aparece assim como um objectivo acordado por ambos os pais da criança, o que parece indicar um funcionamento familiar em que o casal consegue comunicar e funcionar em conjugação ao confrontar-se com esta situação de crise. Noutras circunstâncias, quando o apoio à criança é monoparental, o que no nosso estudo corresponde ao apoio materno, este elemento encontra-se emocionalmente mais sobrecarregado e não tem com quem partilhar o apoio à criança durante esta fase crítica.

Encontrámos ainda no nosso estudo, de forma igualmente relevante, o sentimento de impotência para intervir fisicamente, ou seja, a sensação que os pais têm de não poderem intervir nos cuidados físicos da criança e não poderem aliviar a dor e a situação clínica da criança. É a sensação de vê-la sofrer e não poder fazer mais do que prestar-lhe apoio emocional e protecção parental permanente. O facto de não poderem intervir nos cuidados físicos, reforça a vontade de darem tudo o que podem no que diz respeito aos cuidados afectivos, optando por isso em auxiliá-la emocionalmente durante todo o tempo de internamento hospitalar. Este sentimento de impotência é também referido na literatura (Kaslow, Koon-Scott, & Dingle, 1994) e vai também de encontro a Chedekel, Rizzone, e Antoon (1998) que defendem o envolvimento dos pais nos cuidados da sua criança o mais cedo possível, restabelecendo-os assim como participantes activos em vez de passivos. O envolvimento o mais activo que for tecnicamente possível é igualmente defendido

do por outros autores (Brown, Dingle, & Koon-Scott, 1994; Tarnowski & Brown, 1995). Unido ao sentimento de impotência para intervir fisicamente, encontrámos o sentimento de dependência dos técnicos de saúde, seja no que diz respeito aos cuidados físicos da sua criança, como também no que diz respeito à obtenção de informação sobre a sua situação clínica e outras matérias relativas à situação de queimadura. Para isso contribui também a circunstância de as lesões ainda não cicatrizadas serem lesões não visíveis para os pais, dado que estas lesões estão cobertas por compressas e os pais não estão presentes aquando dos tratamentos e mudança de compressas. Apesar de poderem compreender esta circunstância, sentem essa lacuna na medida em que é algo em relação à sua criança a que não têm acesso. Por conseguinte, a sua opção em permanecer auxiliando emocionalmente a criança num esforço incondicional de minimização do seu sofrimento emocional parece ser também uma forma de diminuir sentimentos de impotência, de dependência dos técnicos de saúde, e de menor relevância na vida do seu filho, indiciano com esta atitude que não querem de facto ser colocados à margem naquele momento de crise para a sua criança, e querem de algum modo colmatar a sensação de papel passivo na recuperação física da criança.

Como facilmente percebemos, e o demonstram os nossos resultados, com a ocorrência das queimaduras e hospitalização para tratamento das mesmas, tanto a criança como também os pais, são confrontados com uma série de circunstâncias que exigem intenso esforço de adaptação. De facto, é tudo novo, para a criança e para os pais, e, perante a sensação de estarem a lidar com uma situação até aí desconhecida, os pais demonstram grande ansiedade em obter informação (sobre a real situação clínica da criança; perigos envolventes; decorrer dos tratamentos; estado físico e psicológico da criança). Assim sendo, procuram diminuir as suas dúvidas, observando e auxiliando continuamente a criança ao mesmo tempo que recolhem informação junto dos técnicos de saúde e também junto de mães cujas crianças estão hospitalizadas há mais tempo. Esta vivência da situação, permite-nos concluir da importância do apoio dos técnicos que contactam com a criança e os seus pais no que se refere à disponibilização de informação que seja

compreensível para os pais, como forma de diminuir o sentimento de ansiedade.

As mães que participam neste estudo investem os seus esforços no apoio incondicional e minimização do sofrimento emocional da sua criança neste processo que corresponde aos tratamentos durante a hospitalização. De facto, o casal, mas principalmente as mães, vivem para a situação de internamento hospitalar. A ideia de que o internamento hospitalar é uma fase crítica transitória é um aspecto que traz maior alento às mães e as ajuda no esforço de adaptação à situação e apoio incondicional à criança. Assim, o fim do internamento hospitalar, e portanto o regresso a casa, simboliza a ultrapassagem dos piores perigos, e implica também o regresso da criança ao ambiente e protecção familiares. Os cuidados que serão necessários após a alta hospitalar (e.g., fisioterapia; utilização de vestuário extensivo) são percebidos como o menor dos males quando comparados com a situação actual. Estas mães não expressam preocupações acrescidas quanto a eventuais repercussões do acidente no futuro das suas crianças, na medida em que as suas preocupações se dirigem antes para a situação clínica da criança no presente, e, quanto ao futuro, mostram uma atitude de confiança positiva. A este propósito, é notado por Tarnowski e Brown (1995) que poderá ser na fase de reabilitação que a família se confronta pela primeira vez com a realidade de que a recuperação não está ainda completa.

Encontrámos ainda neste estudo, a expressão de um desenvolvimento positivo relativamente ao ajustamento e reacção das crianças que se encontravam numa fase menos precoce dos seus tratamentos. De forma mais evidente, aparece uma evolução positiva no que se refere ao desenvolvimento da capacidade da criança para a sociabilidade, ou seja, uma evolução na sua aptidão para a convivência com outras crianças e adultos. Esta situação vai ao encontro de L. Barros (1998), que refere a hospitalização como possível ocasião de aprendizagem e desenvolvimento, desde que a criança possa beneficiar de relações positivas e apoiantes com elementos da equipa de saúde, e de uma relação mais próxima com os familiares. Como nota a mesma autora, a possibilidade de acompanhamento por um familiar contribui para uma mudança potencialmente radical da experiência de hospitalização.

Não encontramos nos nossos resultados os pensamentos de culpa pela ocorrência do incidente em causa, frequentemente referidos na literatura (e.g., B. Carter, D. Bennett, & J. Urey, 1994; Kaslow, Koon-Scott, & Dingle, 1994; K. Tarnowski, & L. Rasnake, 1994) e que ocorrem segundo os autores, independentemente da real culpabilidade dos pais. É de referir que os participantes no nosso estudo acabam por atribuir essa culpa a outros elementos, tais como, segundo cada caso, aos avôs, visitas, e outra criança. Como descrevem Kaslow et al. (1994), os pais preocupam-se com pensamentos de que deveriam ter prevenido a queimadura e de que falharam no seu papel protector. Neste seguimento, parece-nos pertinente abordar sobre a relação entre a preocupação parental de que poderão ter falhado no seu papel protector, não evitando o acidente, e a intensificação (ou menor investimento) do apoio e protecção parental durante o período de internamento hospitalar. Isto porque, os nossos resultados também não permitiram avaliar se, ao investimento incondicional no apoio e protecção parental estará eventualmente subjacente algum sentimento de culpabilidade pela ocorrência do acidente que originou as queimaduras. De facto, os nossos resultados correspondem ao comportamento e vivência de mães que adoptam uma atitude de apoio parental permanente, o que, de acordo com as informações que recolhemos, não corresponde à atitude de todas as mães e pais de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. Deste modo, pensamos que seria importante explorar, em estudos posteriores, sobre como é que percebem e vivenciam a situação aquelas mães e pais que não investem de forma tão ampla no apoio permanente à sua criança durante esta fase de internamento hospitalar consequente à ocorrência das queimaduras. Seria interessante saber se estes pais demonstram ou não demonstram um sentimento de culpabilidade pela ocorrência das queimaduras, e confrontar essas informações com os resultados do nosso estudo.

Concluimos assim este nosso estudo na expectativa de que, de algum modo, possamos ter contribuído para uma melhor compreensão sobre a vivência destes pais, e abrir novas pistas, nomeadamente relacionadas com a identificação de recursos adaptativos dos pais perante a confrontação desta situação de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 16 (1), 11-28.
- Brown, R., Dingle, A., & Koon-Scott, K. (1994). Inpatient consultation and liaison. In K. J. Tarnowski (Ed.), *Behavioral aspects of pediatric burns* (pp. 119-146). New York: Plenum.
- Buchanan, R. T. (1994). Burn injuries: Medical issues. In R. Olson, L. Mullins, J. Gillman, & J. Chaney (Eds.), *The sourcebook of pediatric psychology* (pp. 239-243). Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Carter, B. D., Bennett, D., & Urey, J. R. (1994). Burn injuries: Psychological issues. In R. Olson, L. Mullins, J. Gillman, & J. Chaney (Eds.), *The sourcebook of pediatric psychology* (pp. 244-256). Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Chedekel, D. S., Rizzone, L. P., & Antoon, A. Y. (1998). Burns. In R. Ammerman, & J. Campo (Eds.), *Handbook of pediatric psychology and psychiatry* (Vol. 2, pp. 191-205). Needham Heights, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Glaser, B. D. (1978). *Advances in the methodology of Grounded Theory: Theoretical sensitivity*. Mill Valley, California: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kaslow, N., Koon-Scott, K., & Dingle, A. (1994). Family considerations and interventions. In K. J. Tarnowski (Ed.), *Behavioral aspects of pediatric burns* (pp. 193-215). New York: Plenum.
- Maurício, A. (1998). *Definição de factores de risco da queimadura: Construção de um questionário*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pruzinsky, T., & Doctor, M. (1994). Body images and pediatric burn injury. In K. J. Tarnowski (Ed.), *Behavioral aspects of pediatric burns* (pp. 169-191). New York: Plenum.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Tarnowski, K. J., & Brown, R. T. (1995). Pediatric burns. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (2.^a ed.) (pp. 446-462). New York: The Guilford Press.
- Tarnowski, K., & Rasnake, L. (1994). Long-term psychosocial sequelae. In K. J. Tarnowski (Ed.), *Behavioral aspects of pediatric burns* (pp. 81-118). New York: Plenum.

RESUMO

Estudámos o comportamento maternal perante a situação de crianças hospitalizadas devido a queimadu-

ras. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas a quatro mães de crianças internadas na unidade de queimados do Hospital de Dona Estefânia. Os dados foram submetidos a análise e codificação de acordo com o método da *Grounded Theory*. Encontrámos uma preocupação maternal que parece assumir uma importância fundamental: a preocupação em conseguir minimizar o sofrimento emocional da criança durante todo o período de internamento hospitalar consequente às queimaduras. Dar apoio emocional e protecção parental são as formas de auxílio à criança que os pais conseguem pôr em prática. A fim de amenizar as ansiedades e receios da criança, e transmitir-lhe a sensação de protecção e segurança, é utilizada como estratégia comum uma atitude de apoio parental permanente (de dia e de noite), sendo esta estratégia partilhada por ambos os pais da criança ou apenas por um deles. Os sentimentos de impotência e de dependência dos técnicos de saúde, a ansiedade em obter informação, e a ideia de que esta é a fase em que a criança corre mais riscos, são outros aspectos importantes.

Palavras-chave: Comportamento parental, mães, criança queimada, situação de risco, *grounded theory*.

ABSTRACT

We studied the maternal behaviour on a situation of hospitalized children because of burns. Semi-structured interviews were made to four mothers of children interned in the burns unit of Hospital de Dona Estefânia. The data were analyzed and codified according to the Grounded Theory method. We found a maternal concern that seems to assume a fundamental importance: to diminish the child emotional distress during all time of hospitalization for burns treatment. To give emotional support and parental protection are the ways they use to help the child. In order to decrease child's anxieties and fears, and transmit the feeling of protection and security, they use as common strategy an attitude of continuous parental support (at day and night), being this strategy shared by both parents of the child or only by one of them. The feelings of powerless and dependence of health professional's, the anxiety to obtain information, and the idea that this is the most dangerous phase, are other important issues.

Key words: Parental behaviour, mothers, burned child, risk situation, grounded theory.