



Revista Latino-Americana de Enfermagem
ISSN: 0104-1169
rlae@eerp.usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Takamatsu Goyatá, Sueli Leiko; Aparecida Rossi, Lídia; Barcellos Dalri, Maria Célia
Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta
hospitalar
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 14, núm. 1, enero-febrero, 2006, pp. 102-109
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421858014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS QUEIMADOS NO PERÍODO PRÓXIMO À ALTA HOSPITALAR¹

Sueli Leiko Takamatsu Goyatá²

Lídia Aparecida Rossi³

Maria Célia Barcellos Dalri⁴

Goyatá SLT, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):102-9.

O objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. Dez membros das famílias de pacientes queimados foram avaliados por meio de entrevista e observação. Os diagnósticos de enfermagem foram estabelecidos com base na Taxonomia II da NANDA e na interpretação da Taxonomia I da NANDA realizada por Carpenito. Foram identificadas 11 diferentes categorias diagnósticas, todas do tipo real. Conhecimento deficitário e ansiedade foram os diagnósticos que apresentaram maior freqüência entre os familiares avaliados. O primeiro caracterizou-se pela necessidade de informação dos familiares sobre os cuidados com as áreas queimadas e a prevenção de infecção. O sentimento de ansiedade estava relacionado, principalmente, às mudanças ocorridas na aparência, estrutura ou função do corpo do paciente queimado e às expectativas de familiares em relação ao retorno do paciente ao ambiente familiar e ocupacional, apresentando alguma seqüela física, psico-emocional ou social.

DESCRITORES: queimaduras; diagnóstico de enfermagem; família

NURSING DIAGNOSES FOR FAMILY MEMBERS OF ADULT BURNED PATIENTS NEAR HOSPITAL DISCHARGE

This study aimed to identify the nursing diagnoses for family members of adult burned patients in the period near hospital discharge. We evaluated 10 family members of burned patients through interviews and observation. The nursing diagnoses were established on the basis of the NANDA International Taxonomy II and on Carpenito's interpretation of the NANDA Taxonomy I. We identified 11 different diagnosis categories, all of which were real. The most frequent diagnoses among the family members under analysis were knowledge deficit and anxiety. The former was characterized by the family members' need for information about care for the burned areas and infection prevention. The feeling of anxiety was mainly related to the changes in the appearance, structure or function of the burned patient's body and to the family members' expectations with respect to the patient's return to the family and work environment, accompanied by some physical, psycho-emotional or social consequence.

DESCRIPTORS: burns; nursing diagnosis; family

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS QUEMADOS EN EL PERÍODO PRÓXIMO A LA ALTA HOSPITALARIA

La finalidad de este estudio fue identificar los diagnósticos de enfermería de familiares de pacientes adultos quemados en el periodo próximo a la alta hospitalaria. Evaluamos a 10 miembros de las familias de pacientes quemados mediante entrevista y observación. Los diagnósticos de enfermería fueron establecidos con base en la Taxonomía II de la NANDA y en la interpretación de la Taxonomía I de la NANDA realizada por Carpenito. Identificamos 11 categorías diagnósticas diferentes, todas de tipo real. Los diagnósticos más frecuentes entre los familiares evaluados fueron déficit de conocimientos y ansiedad. El primero se caracterizó por la necesidad de información de los familiares acerca de los cuidados con las áreas quemadas y la prevención de infección. El sentimiento de ansiedad se refería principalmente a los cambios ocurridos en la apariencia, estructura o función del cuerpo del paciente quemado y a las expectativas de familiares respecto al retorno del paciente al ambiente familiar y ocupacional, presentando alguna secuela física, psicoemocional o social.

DESCRIPTORES: quemaduras; diagnóstico de enfermería; familia

¹ Trabalho extraído da tese de doutorado; ² Professor Assistente da Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, Centro Universitário Federal - EFOA/CEUFE, e-mail: sueligojata@yahoo.com.br; ³ Professor Associado, e-mail: rizzardo@eerp.usp.br; ⁴ Professor Doutor. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: macdalri@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A importância do papel desempenhado pelo familiar no cuidado das pessoas vítimas de acidentes por queimaduras nas diferentes fases do trauma é reconhecida. Os membros da família podem atuar como cuidadores durante a internação do paciente queimado, no domicílio e no processo de reabilitação⁽¹⁾. Entretanto, essa tarefa não é fácil, principalmente no período próximo à alta hospitalar, quando o risco de morte já foi superado, mas importantes seqüelas físicas, psico-emocionais e sociais podem estar presentes e acompanhar para sempre o paciente queimado⁽²⁾.

O familiar, que acompanha a pessoa queimada durante a internação, pode ser um elemento facilitador da implementação dos procedimentos terapêuticos necessários. É uma pessoa que, devidamente habilitada, dará continuidade aos cuidados à pessoa queimada nas atividades de banho e higiene corporal, alimentação, vestuário, medicação, curativo, conforto, segurança, interação psico-emocional e atividades reabilitadoras no ambiente hospitalar e domiciliar, mantendo o contato com a equipe terapêutica.

A família deve auxiliar no tratamento da pessoa enferma, recebendo suporte da equipe de enfermagem para aprender a cuidar do paciente e, ao mesmo tempo, receber ajuda para lidar com os seus problemas, conflitos, medo e aumento de responsabilidade frente à demanda por cuidados de saúde do paciente⁽³⁻⁴⁾.

Estudos publicados no início da década de 80⁽⁵⁻⁶⁾, que desenvolveram trabalhos com mães de crianças hospitalizadas, marcam o início de um movimento no sentido de maior conhecimento ao atendimento dos familiares em nosso contexto. A partir da década de 90, observa-se ampliação significativa dessa temática na área da enfermagem, em que os estudos têm como objetos de investigação os indivíduos e a família, ora abordando os aspectos assistenciais do paciente e de familiares, ora considerando os aspectos de cuidado na perspectiva cultural da família ou do cuidador familiar^(1,3).

No período próximo à alta hospitalar, o paciente pode apresentar algumas limitações física, emocional, psicológica e/ou social e, muitas vezes, pode ser membro de uma família que apresenta problemas para dar continuidade ao seu processo de recuperação e de reabilitação. Assim, a identificação

de problemas apresentados pelos familiares nessa fase do pós-trauma do paciente queimado internado passa a ser fundamental para a redução do impacto da queimadura sobre o familiar no cuidado à pessoa queimada, preparando a família para o retorno do paciente ao ambiente social. Na literatura nacional e internacional, encontrou-se apenas um estudo sobre diagnósticos de enfermagem identificados em familiares na fase aguda do pós-trauma⁽⁷⁾, e não foram encontrados estudos de identificação de diagnósticos de enfermagem de familiares que acompanham e/ou cuidam de pacientes queimados no período próximo à alta hospitalar.

Assim, o objetivo neste estudo é identificar os diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. Mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem de familiares antes da alta hospitalar, pretende-se fornecer subsídios aos enfermeiros que atuam em unidades de queimados para a formulação de estratégias de intervenções junto aos familiares de pacientes queimados para o período próximo à alta hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Diretoria de Ensino e Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), a qual pertence o Hospital João XXIII, onde essa pesquisa foi realizada. O estudo foi realizado na Unidade de Tratamento de Queimados desse hospital, localizado na cidade de Belo Horizonte, MG.

O grupo de estudo foi constituído por 10 familiares de pacientes adultos queimados hospitalizados. Os critérios adotados para a inclusão no grupo foram: ser adulto com idade igual ou superior a 21 anos, independente de sexo; pertencer à família por consangüinidade, ou por parentesco, ou proximidade; estar efetivamente acompanhando e/ou prestando cuidados ao paciente queimado durante a internação; ser identificado pelo paciente como pessoa próxima e manifestar fortes vínculos de interação familiar e ter como proposta manter o acompanhamento e os cuidados ao paciente em tempo parcial, ou integralmente, quando do seu retorno ao ambiente domiciliar. Além desses critérios, somente foram incluídos neste estudo os familiares que concordaram em participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado.

Como estratégia para a coleta de dados, utilizou-se o estudo de caso. Vale ressaltar que a coleta de informações constitui uma das etapas do estudo de caso, seguida da fase de categorização e análise dos dados e estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, visando a formulação de estratégias para solucionar ou amenizar os problemas identificados e a avaliação dos resultados⁽⁸⁾.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento, organizado com base no referencial teórico de Imogene King⁽⁹⁾ e no Modelo Calgary de Avaliação da Família⁽⁴⁾. Imogene King apresenta os seguintes pressupostos básicos em sua proposta teórica: a interação é um conceito chave; os indivíduos são seres sociais, com sentimentos, racionais, perceptivos, reativos, controladores, com propósitos e orientados para a ação e no tempo; o processo de interação é influenciado pelas percepções, objetivos, necessidades e valores tanto do paciente quanto do enfermeiro; é responsabilidade do pessoal de saúde informar os indivíduos sobre os aspectos do cuidado à saúde para ajudá-los a tomar decisões conscientes; pode haver incongruências entre os objetivos dos que prestam o cuidado e os que necessitam do cuidado; as pessoas têm o direito tanto de aceitar quanto de rejeitar qualquer aspecto do cuidado à saúde; os pacientes querem participar ativamente no processo de cuidado, sendo conscientes e cognitivamente capazes de participar na tomada de decisões⁽⁹⁾. Essa teoria é classificada como interativa e, com base na Teoria de Sistemas, organiza seus conceitos considerando três sistemas interatuantes: pessoal, interpessoal e social.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família implica a necessidade de conhecer as perspectivas dos familiares e também é orientado pela abordagem sistêmica. Nesse modelo, são consideradas as seguintes categorias no processo de avaliação das famílias: relacionadas com a estrutura, desenvolvimento e função da família⁽⁴⁾. Em relação à estrutura são apresentadas três subcategorias, a saber, interna, externa e relacionada ao contexto. A estrutura interna se refere à avaliação dos seguintes aspectos: composição familiar, gênero, posição dos filhos na família, subsistemas com os quais a família se relaciona e limites do sistema (participantes do sistema familiar). A estrutura externa inclui duas subcategorias: extensão da família e abrangência. O contexto estrutural envolve questões relacionadas aos aspectos étnicos, raça, classe social, religião e ambiente⁽⁴⁾. Na categoria desenvolvimento são considerados: o estágio em que o sistema familiar se encontra, as tarefas de seus membros (relativas aos aspectos econômicos, educação, saúde e socialização)

e os vínculos entre os membros da família⁽⁴⁾. Em relação à avaliação da função da família são incluídos os aspectos relacionados às atividades do dia-a-dia e interações emocionais. Essas atividades são divididas em instrumentais, que correspondem às atividades do dia a dia e expressivas que correspondem à comunicação de aspectos emocionais, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influências, crenças e interações⁽⁴⁾.

Os pressupostos teóricos da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King e do Modelo Calgary de Avaliação da Família têm como ponto de convergência a Teoria de Sistemas, a interação entre os sujeitos/ação e a relação de interconectividade dos diferentes sistemas. Assim, o instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo para avaliação dos participantes foi fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação da Família em consonância com as propostas de King⁽⁹⁾.

Após a elaboração do instrumento de coleta de dados, procedeu-se à validação de aparência e conteúdo⁽¹⁰⁾, realizada por três enfermeiros que atuam na Unidade de Queimados com experiência profissional há mais de cinco anos. A partir desse procedimento, o instrumento sofreu ajustes atendendo às recomendações desses profissionais.

Realizada a validação do instrumento, foi realizado um pré-teste mediante a aplicação do instrumento de coleta de dados em dois familiares na Unidade de Queimados do Hospital João XXIII, de Belo Horizonte, para a identificação de problemas que poderiam interferir na aplicação desses instrumentos no período próximo à alta hospitalar⁽¹⁰⁾. A coleta de dados de familiares na unidade de internação foi realizada entre 6 e 9 dias antes da alta (período próximo à alta hospitalar). Cada familiar selecionado foi avaliado e entrevistado pela primeira autora deste estudo.

Após a coleta de dados, foram realizadas a análise e síntese dos dados pela primeira autora do estudo, utilizando-se um modelo de processo raciocínio diagnóstico⁽¹¹⁾. Os dados categorizados, de acordo com as categorias propostas no modelo utilizado⁽¹¹⁾, foram agrupados, de modo a estabelecer padrões comportamentais dos familiares relativos a um determinado aspecto. Esses agrupamentos foram comparados com conceitos, modelos ou teorias. Com base nessa comparação, foi formulada uma hipótese diagnóstica. Em seguida, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem com base na Taxonomia II da NANDA⁽¹²⁾ e na interpretação dessa Taxonomia realizada por Carpenito⁽¹³⁾, quando os dados da Taxonomia II⁽¹²⁾ não possibilitavam essa identificação.

Os instrumentos de coleta de dados preenchidos pela pesquisadora e os registros das etapas do processo raciocínio diagnóstico foram analisados por duas enfermeiras com experiência na assistência de enfermagem ao paciente queimado e conhecimento específico em diagnóstico de enfermagem, com os objetivos de identificar as lacunas e/ou dados divergentes e confirmar, ou não, cada diagnóstico. Após a análise dos dados, realizada pelas enfermeiras, a pesquisadora novamente coletou dados, visando completar informações e esclarecer dados divergentes. Os diagnósticos de enfermagem foram também revisados, considerando-se a opinião dessas enfermeiras e os novos dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta as características gerais de membros familiares, segundo a idade, o sexo e estado civil.

Tabela 1 - Distribuição de membros familiares segundo a idade, sexo e estado civil, Belo Horizonte, 2004

Sexo	Estado civil	Idade				Total
		21-30	31-40	41-50	51-60	
Feminino	Casado	1	3	-	-	4
	Solteiro	2	-	-	-	2
Masculino	Casado	2	-	1	1	4
	Solteiro	-	-	-	-	-
Total		5	3	1	1	10

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem do tipo real de familiares, fatores relacionados e características definidoras, Belo Horizonte, 2004

Categoria diagnóstica	Fatores relacionados	Características definidoras	n	%
Conhecimento deficiente (Casos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10)	Falta de exposição anterior a acidentes por queimaduras; inexperiência em cuidar de pessoas que sofreram queimaduras.	Verbalização do desejo de informações.	9	90
Ansiedade (Casos 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10)	Crises situacionais; ameaça de mudança no estado de saúde; ameaça de mudança no <i>status</i> econômico.	Comportamentais (movimentos extrínsecos: movimentos de mãos/bracos); afetivas (angústia, nervoso, afliito, preocupado); fisiológicas (respiração aumentada, pressão sanguínea aumentada, perspiração aumentada).	7	70
Disposição para enfrentamento familiar aumentado (Casos 3, 5, 8, 10)	Necessidades suficientemente satisfeitas e tarefas adaptativas eficazmente encaminhadas para possibilitar que aflorem metas de auto-realização.	Membro da família move-se em direção ao estilo de vida de promoção e enriquecimento da saúde, que dá apoio e monitora processos maturacionais, examina e negocia programas de tratamento e escolhe experiências que otimizam o bem-estar.	4	40
Padrão de sono perturbado (Casos 1, 7, 9)	Fatores psicológicos (pensamentos ruminantes pré-sono, pensar sobre o lar, depressão, tristeza, ansiedade, perda do parceiro de sono); ambientais (barulho, despertar causado por outros).	Queixas verbais de dificuldades para adormecer; queixas verbais de não se sentir bem descansado; tempo total de sono menor do que o padrão da idade; prazo de início de sono maior que 30 minutos; despertar mais cedo do que o desejado.	3	30
Tensão devida ao papel de cuidador (Casos 1, 4, 6)	Estado de saúde do receptor de cuidados (gravidade da doença, instabilidade da saúde do receptor de cuidados, problemas psicológicos), recursos (ambiente físico inadequado para o cuidado: acomodações, segurança e conforto no hospital, energia física).	Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor dos cuidados e à habilidade do cuidador para fornecer esses cuidados; processos familiares (preocupação com relação aos membros da família); estado de saúde do cuidador (sono perturbado, fadiga, estresse).	3	30

Na Tabela 2 estão apresentados os diagnósticos de enfermagem identificados em pelo menos três dos dez familiares entrevistados: conhecimento deficiente, ansiedade, disposição para enfrentamento familiar aumentado, padrão de sono perturbado, tensão devido ao papel de cuidador. Foram identificados outros seis diagnósticos de enfermagem em pelo menos um ou dois familiares: sentimento de pesar disfuncional, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, manutenção do lar prejudicada, conflito no desempenho do papel de pai/mãe, comportamento para elevar o nível de saúde e enfrentamento familiar comprometido.

Os diagnósticos de ansiedade, tensão devida ao papel de cuidador e padrão de sono perturbado podem estar relacionados como ocorreu com um dos familiares (Caso 1). Esses diagnósticos se caracterizam pela manifestação de apreensão, preocupação, ansiedade e tensão emocional frente à responsabilidade que os familiares passam a assumir e incorporar à sua vida cotidiana a partir da constatação da grande demanda por cuidados ao familiar queimado internado⁽¹⁵⁾. Um familiar apresentou tensão emocional em relação ao desempenho de papel como cuidadora do paciente queimado internado há 44 dias, vítima de queimadura elétrica. Esse familiar realizava os cuidados com a alimentação, higiene corporal, higiene íntima e vestuário desde a internação. O paciente apresentava síndrome de déficit no autocuidado em consequência das seqüelas funcionais pós-trauma. O familiar apresentava mudanças em seu estado de saúde (fadiga, estresse, ansiedade e sono perturbado) devido às enormes exigências de cuidados ao paciente queimado, ao longo do período de internação, o que resultou em interrupção do convívio familiar e na instabilidade de sua condição financeira. O estresse é definido como um estado dinâmico do organismo pelo qual o ser humano, interagindo com o ambiente interno e externo procura manter um "equilíbrio" para a realização das atividades diárias⁽⁹⁾. O impacto psico-emocional da queimadura sobre o paciente resulta, freqüentemente, em situação de estresse tanto para o paciente como para o familiar.

O período próximo à alta hospitalar é caracterizado pela demanda por informações de familiares sobre as condições de saúde, tratamento, prognósticos e cuidados com as lesões por queimaduras do paciente queimado, quando de seu retorno ao ambiente domiciliar e ao convívio social⁽¹⁵⁾.

O diagnóstico conhecimento deficiente foi identificado em nove dos 10 familiares, que verbalizaram a necessidade de informações e orientações sobre os cuidados com as áreas queimadas e prevenção de infecção, cuidados com curativo, medicação, alimentação e seqüelas.

Sete dos 10 familiares apresentaram o diagnóstico de ansiedade. Os diagnósticos de ansiedade, tensão devido ao papel de cuidador, e conhecimento deficiente estão relacionados e merecem intervenções concomitantes. Para quatro dos sete familiares, em que foi identificada a ansiedade, esse diagnóstico estava relacionado à ameaça no padrão econômico da família devido ao afastamento do paciente queimado de suas atividades laborais pelo trauma e hospitalização e à ameaça de mudança em sua ocupação/profissão devido às seqüelas funcionais. Essa preocupação em relação aos aspectos financeiros justifica-se pelo fato de que três membros familiares estavam desempregados e contavam apenas com o salário do familiar internado para o sustento da família. Em população de baixo padrão socioeconômico há preocupação com a situação financeira da família após o trauma por queimaduras pela condição da manutenção do lar, principalmente, se o familiar acometido for o único assalariado da família⁽¹⁵⁾.

O diagnóstico de padrão de sono perturbado foi identificado em três familiares que apresentaram também os diagnósticos de ansiedade e conhecimento deficiente. A interrupção no convívio familiar e a ameaça de mudança nas condições de saúde do paciente e no padrão social e econômico da família, perda do parceiro do sono, deficiência de informação em relação ao cuidado ao paciente geram sentimentos de ansiedade e de preocupação do familiar e ocasionam, muitas vezes, alterações no padrão de sono e repouso.

É importante destacar que condições de saúde prévias também influenciam no padrão do sono como, por exemplo, transtornos depressivos apresentados por dois familiares, que verbalizaram dificuldades para adormecer e não se sentirem bem descansados ao despertar. A retomada do padrão de sono e de repouso habitual é fundamental para o familiar que acompanha o paciente no hospital e que prestará cuidados a esse paciente no domicílio.

Outro familiar, que apresentou o diagnóstico de padrão de sono perturbado, verbalizou tristeza e ansiedade devido à gravidade das condições de saúde

(lesões por queimaduras e transtorno psiquiátrico) de uma paciente que sofreu queimaduras por tentativa de auto-extermínio, interferindo em sua dinâmica de sono e de repouso. O diagnóstico de enfermagem de padrão de sono perturbado estabelecido para esse familiar estava relacionado a outros diagnósticos como enfrentamento familiar comprometido e ansiedade. Esses diagnósticos estão inter-relacionados, assim devem ser estabelecidas as intervenções de enfermagem concomitantes. Esse mesmo familiar ainda enfrentava problemas com a manutenção do lar e conflitos familiares devido ao abuso de álcool da paciente.

O alcoolismo é uma doença crônica que pode se constituir em causa ou consequência do trauma por queimaduras em pacientes queimados. Como causa, o etilismo está associado, muitas vezes, a transtornos psiquiátricos e, como consequência do trauma, pode estar relacionado ao problema no enfrentamento frente à mudança na imagem corporal, seqüela funcional, estresse pós-trauma, ansiedade e depressão. De qualquer forma, o alcoolismo traz inúmeras consequências para o indivíduo etilista e para a sua família, que devem ser abordados com cuidado pelos profissionais de enfermagem por envolver a integridade familiar.

O diagnóstico de manutenção do lar prejudicada foi identificado em dois familiares e estava relacionado à ausência do paciente queimado do convívio familiar, resultando em dificuldades na administração do lar e no cuidado com os filhos para os membros da família que permaneceram na residência. A hospitalização de um membro da família resulta em desorganização temporária do funcionamento familiar. A família tende a encontrar um equilíbrio quando ocorre uma situação de ruptura de seu funcionamento e organização familiar como é o caso do trauma por queimaduras. Essa busca por equilíbrio da unidade familiar, muitas vezes, é dificultada pela deficiência da rede de apoio da família ou pela inabilidade, ou falta de recursos do familiar na administração e na manutenção do lar⁽⁴⁾.

O diagnóstico de enfermagem sentimento de pesar disfuncional foi identificado em dois familiares. Para um membro familiar, esse diagnóstico de enfermagem, possivelmente, já existia antes do acidente por queimaduras, uma vez que o familiar demonstrou formas não adaptativas ou prolongadas de resolução do pesar e do luto com o falecimento de sua filha. Vale ressaltar que o sentimento de pesar

prolongado também foi identificado na paciente, esposa do membro familiar como também nos filhos sobreviventes desse casal. Essa situação familiar vem confirmar um dos pressupostos teóricos descritos no Modelo Calgary de Avaliação da Família, que afirma que a avaliação e a intervenção da família devem ocorrer quando ela experimenta um sofrimento físico e/ou espiritual, ou ruptura causada por doença aguda, lesão, ou óbito⁽⁴⁾.

Em outro familiar foi identificado o diagnóstico de enfermagem de sentimento de pesar disfuncional em decorrência da realização de cirurgia de amputação do antebraço esquerdo do paciente queimado. Esse familiar apresentou esse diagnóstico em resposta ao tratamento realizado no paciente queimado pós-trauma. A perda, seja de pessoas, ou parte do corpo, constitui fator estressor para o membro familiar, resultando, muitas vezes, em aumento da ansiedade e no distúrbio no padrão do sono durante a fase de acompanhamento e/ou cuidado da pessoa queimada.

O diagnóstico de conflito no desempenho do papel de pai/mãe foi firmado para um familiar que apresentava preocupação em relação ao desempenho paterno relacionado ao trauma psico-emocional, vivenciado por um filho que presenciou a tentativa de auto-extermínio da mãe. O filho deixou de freqüentar a escola após o trauma por queimaduras da mãe, passou a não se alimentar, apresentou sentimentos e comportamentos de isolamento. Esse familiar verbalizou preocupação em relação aos comportamentos apresentados por ele na resposta ao trauma do filho, referindo não saber ao certo qual atitude tomar no cuidado a esse filho, que era muito apegado à mãe e que passou a apresentar demandas por cuidados de saúde para o qual ele não estava preparado.

O diagnóstico comportamento para elevar o nível de saúde foi identificado para um familiar com idade de 60 anos, aposentado, que apresentava hipertensão arterial assistida. Esse familiar seguia as orientações médicas em relação à dieta, à terapia medicamentosa e à atividade física para o controle da hipertensão. Havia perdido peso, sete dos 10 kg recomendados por seu médico desde que passou a manter um padrão de vida saudável. O diagnóstico de enfermagem de comportamento para elevar o nível de saúde, nesse caso, estava relacionado ao diagnóstico de disposição para enfrentamento familiar aumentado, uma vez que o familiar apresentava

atitudes e escolhas de estratégias apropriadas tanto para melhorar a sua condição de saúde como, também, para o cuidado emocional e físico de seu filho, vítima de queimadura química.

O diagnóstico de enfermagem de disposição para enfrentamento familiar aumentado foi firmado para quatro dos 10 familiares avaliados. A mudança em um membro da família afeta todos os membros da mesma família e pode interferir na dinâmica familiar e no seu funcionamento interno⁽⁴⁾. Assim, um ou mais membros da família podem mover-se positivamente no sentido de restabelecer a dinâmica familiar e promover o equilíbrio e a estabilidade funcional, sobretudo em situação de doença.

A compreensão de como a família é afetada pelo acidente por queimaduras de um de seus membros é fundamental para os profissionais que desejam trabalhar na perspectiva de cuidado à família e aos seus membros⁽¹⁵⁾. A equipe de saúde deve ter em mente que o trauma ocorrido em uma pessoa da família tem impacto nos demais elementos do sistema familiar, pois um evento ocorrido em um membro da família afeta toda a unidade familiar^(4,9).

O acidente por queimaduras de um paciente envolve a adaptação dos demais membros da família. As reações ao trauma são individuais e podem ocorrer em uma ou mais pessoas que fazem parte do sistema familiar^(4,9), como é o caso do padrão de sono perturbado que pode ser identificado como resposta de um membro da família ou envolver todo o sistema familiar como é o caso, por exemplo, dos diagnósticos de disposição para enfrentamento familiar aumentado, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, enfrentamento familiar comprometido e manutenção do lar prejudicada.

A adaptação de familiares pós-trauma ocorre simultaneamente ao processo de adaptação da pessoa queimada. Quanto mais próximo e maior o vínculo e a interação entre eles, haverá maior semelhança entre o processo de adaptação da pessoa queimada e do familiar que o acompanha durante e após a internação⁽¹⁵⁾. Nessa perspectiva, o importante não é a posição formal que o familiar ocupa na composição,

ou na estrutura familiar, mas sim o grau de proximidade e o vínculo entre essas pessoas. Em nosso estudo, todos os familiares que acompanhavam o paciente queimado apresentavam forte vínculo e interação com eles

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram avaliados 10 familiares de pacientes adultos queimados e identificadas 11 diferentes categorias de diagnósticos de enfermagem: conhecimento deficiente, ansiedade, disposição para enfrentamento familiar aumentado, padrão de sono perturbado, tensão devido ao papel de cuidador, sentimento de pesar disfuncional, processos familiares disfuncionais: alcoolismo, manutenção do lar prejudicada, conflito no desempenho do papel de pai/mãe, comportamento para elevar o nível de saúde e enfrentamento familiar comprometido. Desses, os diagnósticos de conhecimento deficiente e de ansiedade apresentaram maior frequência e se caracterizaram pela necessidade de informação dos familiares sobre os cuidados com as áreas queimadas, prevenção de infecção, em relação às mudanças ocorridas na aparência, estrutura ou função do corpo do paciente queimado e às expectativas de familiares em relação ao retorno do paciente ao ambiente familiar e ocupacional.

Conhecer os diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados é importante para que a equipe de enfermagem possa compreender os comportamentos manifestados por eles como resposta pós-trauma. Ansiedade, tensão emocional, estresse, preocupação e apreensão em relação aos aspectos físicos, psico-emocionais e sociais são sentimentos que necessitam de intervenções por parte dos enfermeiros e têm como objetivos auxiliar os familiares na escolha de estratégias de enfrentamento frente às consequências do trauma por queimaduras, visando facilitar a adaptação dos familiares ao retorno do paciente e do familiar ao domicílio e ao convívio social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rossi LA. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: o significado cultural atribuído por familiares. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.
2. Gomes DR, Serra MC, Macieira L Jr. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2001.
3. Angelo M. Experiência das mães na visita ao filho hospitalizado. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1982.

4. Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis; 1994.
5. Amaral ML. Sentimentos e solicitações apresentados pelas mães no momento da internação de seus filhos. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1981.
6. Neira Huerta EPN. A experiência de acompanhar um filho hospitalizado: sentimentos, necessidades e expectativas manifestadas por mães acompanhantes. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1984.
7. Rossi LA, Santos CMN, Ferreira E, Dalri MCB, Carlucci VD. Nursing diagnoses in family members of burn patients. In: 12th Congress of the International Society for Burn Injuries; 2004 August 22-26; Yokohama: Japan; 2004. p. 177.
8. Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem. 2003 maio-junho; 11(3):371-5.
9. King IM. Theory for nursing. New York: John Wiley; 1981.
10. Polit D, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3^a ed. Porto Alegre (RS): Atlas Médica; 1995.
11. Carvalho EC, Jesus CAC. Raciocínio clínico na formulação de diagnóstico de enfermagem para o indivíduo. In: Antunes MJ, Silva MTN, organizadoras. O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. Brasília (DF): Aben; 1997.
12. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definição e classificação 2001-2002. Porto Alegre (DF): Artmed; 2002.
13. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8^a ed. Porto Alegre (RS): Atlas Médicas; 2002.
14. Jukemura MFM. O cuidador familiar de pacientes submetidos à cirurgia gastro-intestinal de grande porte: suas atividades no domicílio. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002.
15. Watkins PN, Cook EL, May R, Ehleben CM. Postburn psychologic adaptation of family member of patient with burn. J Burn Care Rehabil. 1996 Jan/Feb; 17(1):376-84.