

DEMANDAS PSICOSSOCIAIS DE VÍTIMAS DE QUEIMADURA EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ESTUDO QUALITATIVO

PSYCHOSOCIAL DEMANDS EXPERIENCED BY BURN VICTIMS DURING HOSPITALIZATION: A QUALITATIVE STUDY

DEMANDAS PSICOSSOCIALES DE VÍCTIMAS DE QUEMADURAS DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN: ESTUDIO CUALITATIVO

Nathália Cristina Cará¹
Lucas Cardoso dos Santos²
Alfredo Gragnani³
Thiago da Silva Domingos⁴

Editora Chef:

Nadirlene Pereira Gomes

Editor Associado:

Rosana Maria de Oliveira Silva

Como citar este artigo: Cará NC, Santos LC, Gragnani A, Domingos TS. Demandas psicossociais de vítimas de queimadura em internação hospitalar: estudo qualitativo. Rev baiana enferm. 2026;40: e73857.

Objetivo: compreender as demandas psicossociais das vítimas de queimaduras na internação hospitalar. **Método:** pesquisa qualitativa realizada com vítimas de queimaduras durante a internação em uma Unidade de Terapia de Queimados no município de São Paulo. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas em profundidade e a análise fundamentou-se no referencial da Interpretação dos Sentidos. **Resultados:** as demandas psicossociais das vítimas de queimadura integram suas experiências prévias à queimadura e intensificam-se com as experiências de (des)cuidado vivenciadas na dinâmica da internação hospitalar e com as repercussões por conviver com as sequelas das queimaduras. Ao observar a dinâmica hospitalar, identificou-se possibilidades de melhoria na experiência da internação hospitalar. **Considerações finais:** a compreensão atribuiu visibilidade à demanda psicossocial das vítimas de queimadura durante a internação hospitalar, favorecendo a sensibilização da comunidade acadêmica e os profissionais de saúde acerca da importância dessa dimensão na perspectiva da oferta do cuidado integral.

Autor correspondente: Thiago da Silva Domingos, t.domingos@unifesp.br

¹Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-5683-2249>.

²Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7337-2759>.

³Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5913-7114>.

⁴Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1421-7468>.

Descritores: Queimaduras. Unidades de Queimados. Funcionamento Psicossocial. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

Objective: to understand psychosocial demands experienced by burn victims during hospitalization. Method: qualitative research conducted with burn victims during hospitalization in a Burn Treatment Care Unit in the city of São Paulo. Researchers gathered data through in-depth interviews, analyzing results using the Meaning Interpretation Framework. Results: psychosocial demands experienced by burn victims stem from pre-burn experiences and amplify through interactions involving care and neglect during hospitalization, as well as through coping with burn sequelae. Insights gained from hospital practices pointed to potential strategies for improving patient experience throughout the hospital stay. Final considerations: the study highlighted psychosocial needs experienced by burn victims during hospitalization, encouraging the academic community and healthcare professionals to recognize the role this dimension plays in delivering comprehensive care.

Descriptors: Burns. Burn Units. Psychosocial Functioning. Nursing. Nursing Care.

Objetivo: comprender las demandas psicosociales de las víctimas de quemaduras durante su hospitalización. Método: investigación cualitativa realizada con víctimas de quemaduras durante su hospitalización en una Unidad de Terapia de Quemados en la ciudad de São Paulo. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas en profundidad y el análisis se basó en el marco de referencia de la Interpretación de los Sentidos. Resultados: las demandas psicosociales de las víctimas de quemaduras integran sus experiencias previas a la quemadura y se intensifican con las experiencias de (des)atención vividas en la dinámica de la hospitalización y con las repercusiones de convivir con las secuelas de las quemaduras. Al observar la dinámica hospitalaria, se identificaron posibilidades de mejora en la experiencia de la hospitalización. Consideraciones finales: la comprensión dio visibilidad a la demanda psicosocial de las víctimas de quemaduras durante la hospitalización, lo que favoreció la sensibilización de la comunidad académica y los profesionales de la salud sobre la importancia de esta dimensión desde la perspectiva de la oferta de atención integral.

Descritores: Quemaduras. Unidades de Quemados. Funcionamiento Psicossocial. Enfermería. Atención de Enfermería.

Introdução

Sabe-se que o tratamento de uma pessoa durante a internação hospitalar permeia dimensões biológica, psicossocial e espiritual. Os cuidados destinados aos fatores biológicos são, contudo, priorizados no cuidado às vítimas de queimadura. Ainda que sejam de inquestionável importância para o sucesso terapêutico, importa explicitar que as sequelas físicas, psicológicas e sociais causadas pelas queimaduras podem perdurar ao longo da vida da vítima, exigindo que as demandas psicossociais também sejam incluídas precocemente no cuidado⁽¹⁾.

As demandas psicossociais referem-se às necessidades emocionais, sociais e psicológicas que surgem diante da vulnerabilidade, exigindo adaptação para promover saúde mental e reintegração social. Para as vítimas de queimaduras em tratamento hospitalar, envolvem sofrimento psíquico, alterações na autoimagem, medo do estigma, perda de autonomia e necessidade de suporte para lidar com luto, dor e adaptações

às sequelas físicas, incluindo apoio social e orientações para retomada do papel social⁽²⁻⁴⁾.

Nesse sentido, estudo realizado em um centro especializado no Irã evidenciou que os Diagnósticos de Enfermagem (DE) mais frequentes em vítimas de queimaduras pertencem ao domínio Segurança e Proteção, destacando-se: Risco para infecção (23,09%) e Risco de quedas (20,81%). O DE Ansiedade, relacionado às demandas psicossociais, foi identificado em apenas 16,03% dos registros⁽⁵⁾. A atenção aos fatores psicossociais da vítima de queimadura por parte da enfermagem na internação hospitalar possibilita o cuidado integral. Observa-se que a efetividade do tratamento está relacionada às condições psicossociais da vítima prévias à lesão e durante sua recuperação; entretanto, nem sempre a vítima de queimadura consegue manter a saúde mental, dadas as suas condições de saúde, devendo o profissional auxiliá-la nesse aspecto⁽¹⁾.

A vítima de queimadura encaminhada para a Unidade de Tratamento a Queimados (UTQ) encontra-se em um período psicologicamente crítico, uma vez que o medo da morte se mistura ao medo da dor e ao medo dos procedimentos hospitalares, podendo levar a sintomas psicológicos⁽⁶⁾. No momento da admissão, a vítima de queimadura e sua rede de apoio tendem a apresentar angústia, estresse, medo, ansiedade, que podem dificultar o enfrentamento da situação e sua reabilitação⁽¹⁾.

A prevalência de sofrimento psíquico nesse contexto é considerada alta. Aproximadamente, 30% de pessoas adultas sobreviventes de queimadura demonstram dificuldades psicológicas e/ou sociais de moderada a grave intensidade⁽⁶⁾. A intensidade da demanda psíquica para vítima de queimadura pode resultar em sintomas psicopatológicos graves. Em um estudo retrospectivo, associou-se o desenvolvimento de sinais de *delirium* nessas vítimas à média etária de 60 anos (38 - 79 anos), à média de 22% da superfície corporal queimada; à internação, em média de 45 dias; à quantidade de curativos realizados sob anestesia⁽⁷⁾.

Reconhecendo que os fatores psicológicos desempenham um papel significativo na dor e na gestão da ansiedade⁽¹⁾, o enfermeiro generalista com competência para desempenhar ações de cuidado em saúde mental poderia ser o profissional responsável pelo acolhimento das demandas das vítimas de queimadura e de suas redes. Observa-se a necessidade e a importância de desenvolvimento técnico e afetivo do profissional de enfermagem atuando no contexto das UTQ para o atendimento das demandas psicossociais inerentes a esse contexto.

Nessa direção, as contribuições oriundas da competência para o cuidado em saúde mental são amplas: o estabelecimento da relação interpessoal junto à vítima de queimadura, acompanhando-a ao longo do seu tratamento com vistas à potencialização de seu desenvolvimento e seu crescimento nas dimensões psicossociais, culturais e espirituais. Além disso, fundamentados na observação do comportamento e no exame

do estado mental, elaboram propostas e intervenções terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de prevenir e reduzir os impactos e as sequelas oriundas da queimadura^(1,7).

O cuidado com a família representa outro foco de atenção do cuidado em saúde mental. A família deve ser compreendida em um duplo papel: ora como um grupo de pessoas que são diretamente acometidas pela experiência compartilhada junto à vítima de queimadura, ora como pessoas significativas para a vítima de queimadura cujo suporte é fundamental. Assim, a atuação deve considerar a atenção às necessidades expressas por esse grupo, bem como a oferta de apoio, para que os familiares possam assumir o suporte necessário ao processo de recuperação^(1,7).

O tratamento no ambiente hospitalar permite à vítima de queimadura aprender a lidar com a dor, com o trauma adquirido, retomar sua autonomia e compreender sua posição como sobrevivente. Estudos empíricos, observações clínicas e relatos de vítimas de queimaduras sugerem que o cuidado integral, incluindo atenção precoce e contínua aos aspectos psicossociais, pode facilitar a adaptação psicológica aos desafios da lesão traumática, do tratamento doloroso e da possível desfiguração permanente. O cuidado gentil e atencioso, reforço do apoio psicológico e maior sensibilidade para identificar as reais necessidades dos pacientes ajudam na reabilitação do indivíduo⁽¹⁾.

As investigações sobre o cuidado das vítimas de queimadura são escassas. Busca-se identificar a qualidade de vida relacionada à resiliência e autoeficácia⁽⁸⁾, avaliar a dignidade na perspectiva de enfermeiras, familiares cuidadores e vítimas⁽⁹⁾, verificar a associação dos sinais de *delirium* durante a internação⁽⁵⁾ e investigar o uso das terminologias padronizadas de Enfermagem no cuidado das vítimas de queimaduras^(5,10). Outras abordagens referem-se à saúde mental de estudantes de Enfermagem⁽¹¹⁾ e de profissionais de saúde que atuam em UTQ⁽¹²⁾.

Desse modo, evidencia-se uma limitação no conhecimento científico ao investigar as

demandas psicossociais das vítimas de queimadura e se questiona: *Quais as demandas psicossociais de vítimas de queimaduras em internação hospitalar?* Pretende-se, por meio dessa investigação, compreender as demandas psicossociais das vítimas de queimaduras na internação hospitalar.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, compreendida como o conjunto de práticas interpretativas e materiais por meio das quais pesquisadores estudam as pessoas, as coisas, as relações e os significados que os sujeitos lhe dão quando transcorrem suas vidas⁽¹³⁾. O projeto de pesquisa atendeu os requisitos propostos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados foi desenvolvida na unidade de terapia de queimados de um Hospital Universitário, localizado na cidade de São Paulo, que acomoda dez leitos, dos quais quatro são destinados a cuidados de pacientes em terapia intensiva, salas de cirurgia e de admissão, possuindo equipe multiprofissional especializada.

Participaram da pesquisa quatro vítimas de queimaduras. A constituição fundamentou-se na modalidade propositiva por meio do desenho de amostragem homogênea, isto é, conjunto de casos que compartilhem a mesma situação de interesse. Desse modo, pode-se descrever em profundidade determinada situação, uma vez que a seleção possibilitou a inclusão de unidades de estudo ricas em informações e cuja análise permitiu iluminar a questão em estudo⁽¹³⁾. Como critérios de inclusão foram considerados: maioria, desejo ou interesse em participar da pesquisa e vítimas de queimaduras desencadeadas por ação direta ou indireta com interface a demandas psíquicas. Como critério de exclusão foi considerado o nível de dor intensa relatada pelo participante, que corresponde ao nível ≥ 6 , tendo como referência a Escala Visual Analógica. Não houve recusas.

Os dados foram produzidos entre os meses de julho e agosto de 2024, por meio da técnica de entrevistas em profundidade, definidas como uma conversa com finalidade⁽¹⁵⁾, que se destina a produzir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. O participante foi convidado a expressar livremente sobre o tema investigado e as perguntas da pesquisadora tiveram a função de ampliar a profundidade da exploração sobre o assunto.

Estabeleceu-se um roteiro para a produção de dados composto por duas partes. A primeira com perguntas fechadas para caracterização dos participantes nos aspectos sociodemográficos, ocupacionais e clínicos. Houve uso do prontuário de forma complementar para levantamento de informações clínicas, como data da queimadura, agente, Superfície Corporal Queimada, profundidade, dias de internação, tabagismo (cigarro/dia), uso de álcool (frequência e dose-padrão), diagnóstico psiquiátrico, uso de psicofármacos, comorbidades e tratamento medicamentoso. A segunda parte do roteiro destinou-se à pergunta aberta disparadora da entrevista: *Poderia me dizer como tem percebido suas emoções durante a internação?*

Esse instrumento foi submetido à análise de Enfermeiros especialistas em Enfermagem Psiquiátrica e, em seguida, o procedimento de produção de dados passou por um pré-teste, realizado após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com um usuário que atendia aos critérios de inclusão e exclusão anteriormente explicitados.

A produção dos dados foi conduzida pela primeira autora após um treinamento em entrevistas em profundidade e em pesquisa qualitativa. Vale ressaltar que a pesquisadora estava inserida na referida unidade anteriormente ao início da investigação, facilitando sua inserção na equipe e no contato inicial com os potenciais participantes. Cada participante foi abordado individualmente pela pesquisadora, que lhe explicou os objetivos da pesquisa e os termos de sua participação. Em havendo consentimento, participante e pesquisadora pactuavam o melhor

momento para realização da entrevista, que aconteceram no quarto privativo do paciente a portas fechadas.

Nas entrevistas em profundidade aplicaram-se as estratégias de Comunicação Terapêutica em Enfermagem (Quadro 1), definida como

uma competência profissional baseada no conhecimento dos pressupostos da comunicação humana, a fim de auxiliar as pessoas em seu desenvolvimento e crescimento, explorando suas capacidades e seus potenciais⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Quadro 1 – Comunicação Terapêutica como técnica para produção de dados na pesquisa qualitativa. São Paulo, São Paulo, Brasil – 2025

Expressão
Trata-se da utilização de estratégias que facilitem e estimulem a expressão, permitindo o compartilhamento da experiência e dos sentimentos que os participantes possuem em relação ao que se pretende investigar. A pergunta inicial representa uma forma de utilizar esse grupamento terapêutico e para o aprofundamento implementou-se: escuta reflexiva, verbalização de interesse e de aceitação, aprofundamentos da experiência e sentimentos, manutenção do participante no conteúdo de interesse e redirecionamento de perguntas para o próprio participante.
Clarificação
Utilizada sempre que houve a necessidade de elucidar mensagens enviadas pelos participantes que continham conteúdo ambíguo ou não conhecido, isto é, quando mensagens verbais e não verbais necessitassem de esclarecimentos para o entendimento da pesquisadora. São exemplos: estimular o participante a estabelecer comparações, solicitar esclarecimentos acerca de termos incomuns e descrever os eventos em sequência lógica.
Validação
Objetivou verificar a compreensão mútua das mensagens que foram trocadas entre participante e pesquisadora, como uma maneira de evidenciar a significação comum dos sentidos e das percepções que os participantes pretenderam comunicar. Dentre as ferramentas, buscou-se elaborar uma síntese dos principais pontos do conteúdo da interação de acordo com a experiência dos participantes.

Fonte: elaboração própria.

Considerando a complexidade da temática investigada e o longo período de internação, a entrevista em profundidade para alguns participantes foi interrompida e retomada em diferentes momentos. Assim, o procedimento de produção de dados foi concluído ao longo de uma série de contatos, todos no entorno da temática investigada. As entrevistas em profundidade tiveram duração média de 30 minutos, foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas para a constituição do corpus qualitativo necessário aos procedimentos de análise.

O procedimento de análise de dados foi orientado pelo Método de Interpretação de Sentidos. Esse referencial enfatiza a importância da interlocução entre: dimensão subjetiva e posicionamentos de grupos; texto e subtexto; texto e contexto; falas e ações mais amplas; cognição e sentimento, entre outros aspectos. Baseado numa teoria que articula concepções da filosofia e das ciências sociais, o método visa tanto a compreensão (atitude hermenêutica) quanto a

crítica (atitude dialética) dos dados gerados por uma pesquisa⁽¹⁵⁾.

A análise dos dados ocorre em três momentos: leitura compreensiva do material selecionado, exploração do material e elaboração de síntese interpretativa. Entende-se que a análise se inicia na leitura compreensiva e que o pesquisador deve estar aberto para realizar movimentos que avançam e que recuam, revendo o que precisar ser revisto e podendo, assim, ter uma postura que promova uma interpretação baseada em dados de realidade⁽¹⁵⁾.

Na leitura compreensiva, realizou-se uma nova leitura das transcrições para apreensão do todo e percepção das particularidades. Nessa fase, constrói-se uma descrição do material e de suas características mais marcantes que servem de base para a interpretação, como o agrupamento segundo o gênero⁽¹⁵⁾.

A exploração do material possibilita a identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas no texto, trata-se de um diálogo

com o material produzido, abrindo espaço para problematizações e questionamentos. Sentidos mais amplos, como representações socioculturais, referencial teórico e conhecimento produzido sobre a temática, são articulados ao material oriundo das entrevistas⁽¹⁵⁾.

A síntese interpretativa, como último movimento do processo analítico, tem caráter integrativo ao recompor o que antes havia sido decomposto. Trata-se de um refinamento do material selecionado e analisado buscando o alinhamento aos objetivos do estudo, à base teórica adotada e aos dados empíricos⁽¹⁵⁾.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, conforme Resolução n. 466/2012, em 25 de

março de 2024, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 75779323.0.0000.5505. Para garantir o anonimato e a confidencialidade, atribuiu-se um código alfanumérico composto da letra “E” seguida do algarismo correspondente à ordem de entrada do participante no estudo.

Resultados

Todos os participantes eram do sexo masculino, com idade variando entre 32 e 59 anos, autodeclaravam-se como brancos e com escolaridade variando entre ensino fundamental e médio completos. As demais informações sobre a caracterização dos participantes estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes. São Paulo, São Paulo, Brasil – 2025

Participantes	Duração da Internação	Características da Queimadura	Antecedentes clínicos
E1	30 dias	Acidente de trabalho. Queimadura de 2º grau em região de rosto, orelha e mão direita.	Não possui antecedentes psiquiátricos e uso de substâncias.
E2	15 dias	Agente água fervente. Queimaduras de segundo grau em face, cervical tórax anterior e primeiro dedo da mão esquerda.	Diagnóstico de esquizofrenia, sem tratamento, sendo a queimadura uma tentativa de suicídio.
E3	90 dias	Acidente motociclístico. Queimaduras de 3º grau em quadril e perna esquerda.	Histórico de consumo de substâncias ilícitas e tabagista ativo.
E4	7 dias	Agente desconhecido. Queimaduras de 2º grau em região cervical e facial.	Consumo de substâncias ilícitas em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial.

Fonte: elaboração própria.

Vou ser bem sincero, é meio complicado o meu passado...: as histórias de vida e as repercussões nas relações de (des)cuidado

Essa temática abrange recortes da história de vida que foram narrados pelos participantes da pesquisa, permitindo uma interpretação acerca de atitudes de discriminação e de preconceitos que podem vir à tona entre os profissionais de saúde ao estarem em contato com a história prévia do paciente. Essas atitudes por parte dos profissionais de saúde foram relatadas pelos

participantes e são ancoradas pelos saberes produzidos pela literatura científica.

Sou uma pessoa que cometeu muitos crimes. Eu venho cumprindo pena há muitos anos já. Inclusive eu fui liberado no dia 29/06 e no dia 30/06 aconteceu o acidente, na terça, olha que desagradável. (E4).

Hoje, eu venho identificando também que na minha doença, a adicção, dependência química, dentre outras compulsões, se eu não souber gestar as minhas emoções, eu tenbo recaída. A recaída começa nesse processo das impotências de gestar as emoções e se eu não souber lidar com isso, falando de mim, não posso falar de outra pessoa, posso vir a ter o uso da substância psicoativa. (E3).

Me emociona porque é triste ser estigmatizado, não entendem que é doença. Falaram comigo aqui: – Ah,

mas fulano é dependente químico aqui e está tratando. E eu disse: – Não é dependente químico... o dependente químico quando você tira a substância dele... nossa! ele vai criar um transtorno, ele vai causar um problema. (E3).

Da história de vida à internação hospitalar devido à queimadura, há o risco de um duplo processo de estigmatização – um decorrente da história de vida e outro, do silenciamento da dimensão psicossocial que decorre no modelo biomédico da clínica hospitalar. A ausência do lugar do psicossocial no cenário da pesquisa foi observada nos deslocamentos realizados pelos participantes, deixando as questões emocionais, psíquicas, relacionais para momentos mais avançados das entrevistas e foi concretizada no questionamento recebido pela participante após ouvir a pergunta de pesquisa:

Pode perguntar de novo? É mais das queimaduras, né? (E2).

Isso é vida de um paciente?: o contexto hospitalar e as experiências (des)cuidado

Por meio dos discursos dos participantes depreende-se que a estrutura e a dinâmica da instituição hospitalar produziram experiências negativas que intensificam suas demandas psicossociais.

Você chega num bloco hospitalar “não, isso não pode, isso não pode...”, eu estou preso? Eu não estou preso! Eu estou aqui para ser cuidado! “Mas aqui não tem, aqui é tudo fechado”, beleza, mas tem lá embaixo! Têm funcionários que fumam, têm médicos que fumam... então, assim, eu fico muito triste com essas normas e regras engessadas devido à minha impotência, porque eu não posso fazer nada. Então eu vejo um sistema arcaico, que não funciona. (E3).

Eu fui para o hospital, lá não tive especialização em queimados e apareceu a primeira [vaga] para eu aceitar a transferência em Aricanduva, que eu não aceitei. O médico extremamente arrogante falou, falou, falou, falou e, no final, eu falei com ele: – e aí, doutor, eu não tenho direito de falar “não”? E ele respondeu: – você não tem direito de falar nada. Aqui nós estamos lidando com Cross. Eu engoli, mas minha vontade era de falar “Sua bixa incubada, não quero saber de motocross, eu quero saber da minha qualidade, do meu bem-estar. Eu não tenho família aqui. (E3).

A transcrição desse diálogo entre o profissional de saúde e o paciente leva à interpretação da função da linguagem nas relações interpessoais na saúde: o uso da sigla CROSS e o seu significado, por parte do paciente, como

motocross, denunciam a distância entre quem deveria cuidar de quem precisa do cuidado.

O esvaziamento do sentido da relação de cuidado agrava-se pela rotina de procedimentos técnicos necessários para a recuperação das queimaduras:

Sozinho... As duas coisas que eu faço é quando tem a fisioterapia, né? Que eu a tenho pra conversar e sair um pouco, mas ela acaba e eu já fico aqui sozinho de novo... aí eu fico assistindo televisão, mexendo no celular..., mas ainda assim ainda cansa... enjoa... (E1)

Desde que eu cheguei aqui, eu passo com o fisioterapeuta na parte da manhã, para eu movimentar meu corpo. Eu acordo na hora que eles chegam para me atender. Aí tem exame de sangue, vacina, remédio... tem que estar atento a tudo que o médico passa, para que eu possa melhorar. E a outra parte do meu dia eu passo assistindo televisão. (E4).

Essa experiência, ao reduzir o lugar do cuidado à técnica, intensifica o sofrimento psíquico do participante durante a internação:

Causa! Causa uma angústia, um nervoso... Impaciente de não ver nada nem ninguém, né, sem conversar... vontade de ir embora! De fugir! É muito agonizante ficar sozinho... tem dias que você até pode querer ficar sozinho, não quer falar com ninguém... beleza. Mas tem dia que é insuportável! (E1).

Mas, a parte psíquica, é a mais complexa... é a que fica mais confusa... entender... igual... eu vi que tinha um relato que eu já não estava dormindo, né? Então, entender esse processo: por que eu vim? por que eu estou aqui? Quando eu estava entubada, falaram que eu tinha tirado o tubo. Esses processinhos e essas alucinações que eu tinha que foi o mais complexo para compreender. (E2).

A parte sentimental são emoções e as emoções vão gerar sentimentos. E se eu não sei gestar isso tudo, o que acontece? Se eu não sei lidar bem com a raiva? Eu vou ficar alimentando, pego uma faca e mato uma pessoa, porque acontece. Femicídio... ou eu começo a me mutilar. (E3).

Eu não estou querendo fazer daqui a ‘casa da mãe Joana’: olhares para o cuidado

Partindo da fragmentação produzida pelo modelo de atenção exercido no cenário de pesquisa, o olhar do participante mira a singularidade e a integralidade como acolhimento, observando as diferenças de olhares entre as categorias profissionais:

O olhar de um acolhimento dentro de uma individualidade. Cada paciente é único. É muito sério quando você vai pegar, dentro de uma integralidade, um ser humano. E não é isso, sabe? É uma equipe

multidisciplinar. Tem muitas coisas que os médicos não veem e que vocês estão vendo no dia a dia. Igual você conversando comigo aqui. Coisa que o médico nem tem noção! (E3).

Pela perspectiva dos participantes, os espaços esvaziados pela estrutura e dinâmica hospitalar poderiam ser preenchidos por atividades externas:

Se eu pudesse dar uma volta por aqui tava bom, né? Mas, não pode... (E1).

Nós poderíamos ter aqui uma oficina. De arte. Não aqui exatamente, para não atrapalhar o convívio e o trabalho dos profissionais, mas, por exemplo, numa sala... uma salinha, mesmo que seja pequenininha. Onde todo mundo fique sentado, ou quem não consegue fica deitado... faz um desenho, se expressa... ajudaria muito, muito! Provado! (E3).

Vamos fazer alguma coisa lá fora. Lá fora, que eu falo, deve ter algum lugar. Um jardim, não tem? (E3).

Eu estava igual um Frankenstein queimado: as experiências pessoais com a queimadura

A experiência da queimadura, indubitavelmente vivida no corpo, deflagra inúmeras fragmentações que, de acordo com os discursos dos participantes, agravaram-se pela experiência na internação hospitalar. Devem-se, ademais, considerar que a queimadura inaugura experiências inéditas, como a dor relacionada à queimadura, a dor e o medo antecipados pelos procedimentos sobre a lesão.

Nunca tinha acontecido isso comigo... fui socorrido e levado para o hospital por um senhor que me viu jogado na beira da estrada. (E4).

Mesmo assim... sentia dor. Tava, como se fala? Recente ainda, né? Quando mexia já doía... Dava medicamento, mas era só pra manter mais ou menos a dor, né? Mas mesmo assim eu sentia dor. (E1).

No começo sim... nunca tinha passado por isso, cirurgia, nada, né? Na primeira cirurgia, eu fiquei com medo. Nunca tomei... como se fala? Anestesia geral... fiquei com um pouquinho de medo. Aí, na segunda, eu já fiquei mais tranquilo... na segunda cirurgia. (E1).

Muito embora as experiências álgicas entre as vítimas de queimadura estejam consolidadas no saber da literatura científica, a interpretação aqui proposta exige um reposicionamento ético que acolha a dor da queimadura como algo inédito,

particular, peculiar e específico entre as diversas dores já sentidas. A intensidade e a agudeza da experiência da queimadura geraram, entre outras rupturas, o esquecimento, o apagamento e a ausência:

Fui atendido e na hora que eu saí [do hospital], eu voltei para a casa da minha prima para perguntar o que tinha acontecido, porque eu não lembrava. (E4).

Então, eu estava voltando do meu trabalho, estava... estava não, ainda estou, porque eu continuo esses processos ainda no presente. Pensamentos obsessivos, um pouco de raiva e eu acelerei a moto, queria chegar em casa. Chegou na curva e eu não consegui fazer a curva, e aí eu caí em um pico de 6 metros para baixo... e o escapamento da moto acbo que ficou em cima porque eu não lembro, eu desacordei... (E3).

Ela [máquina do trabalho que estava entupida] explodiu e veio tudo no meu rosto. Meu rosto, meu braço, pescoço... aí, só vim acordar aqui no hospital... porque estourou tudo, né? (E1).

Ao acordar, despertar e relembrar da queimadura, a pessoa vítima de queimadura tem de lidar com as desfigurações e reconfigurações atribuídas pelos participantes com base em suas experiências com a queimadura:

Medo. Fiquei com muito medo, porque o meu rosto não era assim. Eu pensava comigo "e agora meu Deus? Como eu vou ficar?" Eu senti medo. Eu fiquei um pouco preocupado nisso daí. Por conta do meu rosto, se eu vou ficar igual eu era. Medo disso ficar como um trauma em mim. Porque eu sei quem eu era e olha como eu estou. Nem falando direito eu estou porque minha boca está toda queimada. Meu nariz está todo queimado por dentro. É horrível passar por isso. Quando eu tirava foto no meu telefone e via, eu me assustava. Fiquei um pouco apavorado, porque aí eu enxerguei a realidade do que tinha acontecido comigo. (E4).

O material pegou no meu olho... Graças a Deus não afetou minha vista. O mais prejudicado foi a orelha, né? (E1).

Eu estou meio fragilizado, mas eu estou buscando ressignificar, estou buscando me reerguer. (E3).

Discussão

É inviável dissociar o paciente de sua história pregressa. Ainda que as experiências prévias nem sempre estejam diretamente relacionadas à causa das queimaduras, elas compõem a essência do sujeito e, conseqüentemente, são fundamentais no processo de enfrentamento na internação hospitalar. Os participantes deste estudo

relataram um vínculo doloroso com o passado e compartilhar essa relação com os profissionais de saúde pode representar tanto uma oportunidade de acolhimento quanto, em alguns casos, gerar maior apreensão. As condições de saúde mental anteriores à queimadura influenciam a reabilitação, e conforme o manejo clínico, pode levar a um pior ajustamento psicossocial, refletindo na recuperação física⁽¹⁻²⁾.

O reconhecimento da trajetória pessoal da vítima de queimadura e a promoção de um ambiente emocionalmente seguro deveriam configurar pilares estabelecidos no cuidado da equipe multiprofissional. O apoio psicológico, por meio da escuta ativa e sensível para as individualidades, é um elemento essencial no processo terapêutico e, por conseguinte, na reabilitação. Desse modo, é essencial que os profissionais de saúde conduzam o cuidado considerando a singularidade da vítima de queimadura, abordando a recuperação física integrada à reabilitação psicossocial, e respeitando a complexidade do indivíduo, sem espaço para julgamentos ou estigmatizações^(1,3).

A dor da queimadura abrange aspectos sensoriais mediados pela estimulação de receptores sensíveis presentes na pele. Embora sua intensidade esteja diretamente relacionada à extensão e profundidade da lesão, outros fatores, como os contextos ambiental, social e, sobretudo, psicológico, influenciam significativamente a experiência dolorosa, retomando as discussões anteriormente apresentadas. O distanciamento social, o afastamento do trabalho, a dependência física para atividades cotidianas básicas e o medo frente aos procedimentos são alguns dos tantos fatores que modulam a percepção algica da vítima de queimadura^(2,18).

A internação hospitalar impõe uma ruptura com o cotidiano do indivíduo, o que frequentemente acarreta perda de autonomia. O distanciamento de seu ambiente habitual, o afastamento de atividades cotidianas, a limitação nas visitas familiares tende a provocar uma experiência de dissociação na vítima de queimadura, como revelam os relatos obtidos.

Ademais, nas entrevistas, escutou-se sobre a indisponibilidade de comunicação por parte dos profissionais, a escassez de atividades durante a hospitalização e as restrições de mobilidade impostas pela unidade de cuidados⁽⁴⁾.

A literatura reforça que a resiliência é um fator decisivo para uma recuperação mais efetiva. Um dos fundamentos para desenvolver a resiliência na vítima de queimadura é o apoio ofertado pelos familiares, pela rede de suporte extra-hospitalares e pela equipe de saúde. Nessa direção, o cuidado deve extrapolar a simples execução de técnicas e procedimentos e incluir apoio psicológico à vítima de queimadura e seus familiares, com orientações sobre a condição de saúde e estratégias para aceitação, enfrentamento e fortalecimento da resiliência^(2,19-20).

A ociosidade e o isolamento social foram queixas recorrentes entre os participantes deste estudo. É imprescindível que os pacientes tenham acesso a espaços e atividades durante a internação com o objetivo de reintegrar o indivíduo à sua rotina, resgatando a sensação de agência, incentivando sua participação ativa no ambiente hospitalar. Essa iniciativa contribui para o envolvimento no tratamento, para a elaboração das sequelas psíquicas decorrentes da queimadura e para o exercício da autonomia na tomada de decisões^(4,21).

Entre as diversas dimensões do sofrimento, destacam-se a dor e a capacidade psicoemocional de lidar com uma nova cicatriz⁽²⁾. Essas experiências são marcantes e persistentes, frequentemente ultrapassando o período da internação. Como já analisado, esses fatores podem ser intensificados por fatores psicoemocionais preexistentes ou emergentes ao longo do tratamento.

Importa ressaltar a angústia relacionada à potencial alteração na imagem corporal, como cicatrizes, que carregam em si um valor simbólico depreciativo e que diferenciam negativamente a vítima em relação ao grupo, representando grande potencial de exclusão social e preconceito. Esse enfrentamento representa um risco significativo para o adoecimento mental durante e após a internação, exigindo acompanhamento contínuo

por parte da equipe de saúde. Diante disso, a *American Burn Association* recomenda a triagem sistemática de afecções, como depressão e estresse pós-traumático em pacientes queimados, utilizando instrumentos como o *Patient Health Questionnaire*, que possibilitam acompanhamento assíduo e comprometido com a saúde mental da vítima^(3,20).

O desafio do manejo da dor física e emocional inicia-se na limitada sensibilidade dos profissionais de saúde em reconhecer, na mesma proporção, os múltiplos fatores que envolvem a sua percepção, equivocadamente desintegrando esse cuidado em partes não complementares^(3-4,22). É necessário olhar o indivíduo na sua singularidade e particularidade, especialmente em relação à dor, que está atrelada ao processo de enfrentamento do paciente. A dor física e o impacto de ver a própria cicatriz no espelho personalizam a dubiedade desse sofrimento físico-emocional vivido pela vítima de queimadura.

Por fim, observa-se que a baixa rotatividade na unidade hospitalar onde a pesquisa foi realizada limitou a ampliação do número de participantes na estratégia de amostragem proposta. A estratégia de produção de dados continuada em diferentes momentos respeitou a disponibilidade dos participantes considerando suas condições subjetivas, bem como levou à qualificação dos dados produzidos, por meio do vínculo estabelecido entre pesquisadora e participantes.

Os achados desta investigação contribuem com a produção do conhecimento ao oferecer evidências qualitativas sobre as demandas psicossociais vivenciadas pelas vítimas de queimaduras durante a internação hospitalar. Observam-se contribuições para a prática clínica de equipes de saúde de UTQ, uma vez que os dados qualitativos indicam a necessidade de estratégias e intervenções que possibilitem a análise das necessidades psicossociais e a pluralização das práticas terapêuticas no ambiente de hospitalar, apontando caminhos para a qualificação do cuidado integral.

Considerações Finais

As experiências relatadas pelas vítimas de queimadura permitiram dar visibilidade às demandas psicossociais vivenciadas na internação hospitalar. Tais demandas perpassam as vivências anteriores ao evento traumático, as experiências negativas relacionadas à dinâmica do (des)cuidado hospitalar, bem como os desafios impostos pelo convívio com as marcas da queimadura e suas consequências físicas e emocionais.

Diante disso, indica-se que a enfermagem integrada às equipes de saúde reconheça a complexidade da experiência da pessoa queimada, adotando estratégias que promovam não apenas o cuidado físico, mas também o acolhimento psicossocial. Intervenções, como a escuta qualificada, o suporte psicológico contínuo, a triagem sistemática para sofrimento psíquico e a inclusão ativa do paciente nas decisões sobre seu tratamento, devem ser incorporadas como parte do cuidado integral.

Propõe-se a implementação de atividades terapêuticas ocupacionais e grupos de convivência durante a internação, favorecendo a reconstrução da autonomia e o enfrentamento das perdas geradas pelo trauma. O fortalecimento dos vínculos entre equipe-paciente-família, bem como a articulação com a rede de apoio extra-hospitalar, também se mostra fundamental para a construção da resiliência e para uma reabilitação que respeite a singularidade de cada indivíduo.

Assim, os achados deste estudo não apenas evidenciam o sofrimento psicossocial vivenciado pelas vítimas de queimadura, mas também apontam caminhos concretos para um cuidado mais humanizado, integral e sensível às dimensões subjetivas da dor, da imagem corporal e da trajetória de cada paciente.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto:
Nathália Cristina Cará, Lucas Cardoso dos Santos,
Alfredo Gragnani e Thiago da Silva Domingos;

2 – análise e interpretação dos dados: Nathália Cristina Cará, Lucas Cardoso dos Santos, Alfredo Gragnani e Thiago da Silva Domingos;

3 – redação e/ou revisão crítica: Nathália Cristina Cará, Lucas Cardoso dos Santos, Alfredo Gragnani e Thiago da Silva Domingos;

4 – aprovação da versão final: Nathália Cristina Cará, Lucas Cardoso dos Santos, Alfredo Gragnani e Thiago da Silva Domingos.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Disponibilidade de dados

O conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela bolsa de Iniciação Científica concedida à primeira autora.

Referências

1. Gonçalves N, Echevarría-Guanilo ME, Carvalho FL, Miaso AI, Rossi LA. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa de literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(3):622-30. DOI: 10.1590/S0104-11692011000300023
2. Dmitry B, Kornhaber R, Cleary M. Psychosocial concerns in burn survivors and their families: A narrative review. *Injury*. 2025;56(10):112626. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2025.112626>
3. Moulick A, Mukherjee N, Abrams T. Importance of Trauma Informed Framework for Social Workers in Burn Care Centers and the Community - A Conceptual Paper. *Adv Soc Work*. 2025;25(1):331-4. DOI: <https://doi.org/10.18060/28000>
4. McDermott L, Hotton M, Cartwright AV. Understanding the Barriers and Enablers for Seeking Psychological Support following a Burn Injury. *Eur Burn J*. 2023;4(3):303-17. DOI: 10.3390/ejb4030028
5. Khajehgoodari M, Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khalilzad P. Nursing diagnosis identification by nurses in burn wards: A descriptive cross-sectional study. *Nurs Open*. 2020(4):980-7. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.470>
6. Blakeney PE, Rosenberg L, Rosenberg M, Faber AW. Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*. 2008;34(4):433-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2007.08.008>
7. Abdelrahman I, Vieweg R, Irschik S, Steinvall I, Sjöberg F, Elmasry M. Development of delirium: Association with old age, severe burns, and intensive care. *Burns*. 2020(46):797-803. DOI: 10.1016/j.burns.2020.02.013
8. Tehranineshat B, Mohammadi F, Mehdizade Tazangi R, Sohrabpour M, Parviniannasab AM, Bijani M. A Study of the Relationship Among Burned Patients' Resilience and Self-Efficacy and Their Quality of Life. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:1361-9. DOI: 10.2147/PPA.S262571
9. Tehranineshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M, Gillespie M. The dignity of burn patients: a qualitative descriptive study of nurses, family caregivers, and patients. *BMC Nurs*. 2021;20(1):205. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00725-w>
10. Silva ITS, Menezes HF, Souza Neto VL, Sales JRP, Sousa PAF, Silva RAR. Terminological subset of the International Classification for Nursing Practice for patients hospitalized due to burns. *Rev esc enferm USP*. 2021;55:e20200502. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0502
11. Caminati G, Cappelli L, Ferri P, Artioli G, Spadola M, Spadola M, et al. Emotional impact of clinical practice in Burns Unit among nursing students: a qualitative study. *Acta Biomed*. 2021;92(S2):e2021008. DOI: 10.23750/abm.v92iS2.11411
12. Bayuo J, Bediako FA, Allotey G, Baffour PK. Developing support strategies for burn care nurses through an understanding of their experiences: A meta-ethnographic study. *Int J Nurs Pract*. 2019;25(2):e12685. DOI: 10.1111/ijn.12685
13. Martínez-Salgado C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisas

- qualitativas em saúde? In: Bosi MLM, Gastaldo D, organizadoras. *Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa em Saúde: fundamentos teórico-metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2021. p. 170-201.
14. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631
15. Minayo MC, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2022.
16. Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadoras. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2 ed. Barueri: Manole; 2012.
17. Xue W, Miller CH. Therapeutic communication within the nurse-patient relationship: A concept analysis. *Int J Nurs Practice*. 2021;27(1):e12938. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12938>
18. Carvalho RRS, Caminha ECCR, Leite ACS. A dor da queimadura e suas singularidades: percepções de enfermeiras assistenciais. *Rev Bras Queimaduras*. [Internet]. 2019 [cited 2025 Feb 23];18(2):84-9. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/463/pt-BR/a-dor-da-queimadura-e-suas-singularidades--percepcoes-de-enfermeiras-assistenciais>
19. Oliveira KMF, Novais MR, Santos RC. Resiliência: Avaliação de Pacientes Queimados em um Hospital de Urgência e Emergência. *Psicol ciênc prof*. 2023;43:e248738. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003248738>
20. Rodrigues LA, Poiati ML, Nogueira MJ, Andrade MO, Brandini NL, Rezende RB. O profissional de saúde na Unidade de Tratamento de Queimados: Atenção e cuidado com os aspectos psicológicos dos pacientes. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2019 [cited 2025 Feb 23];18(1):16-22. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/454/pt-BR/o-profissional-de-saude-na-unidade-de-tratamento-de-queimados--atencao-e-cuidado-com-os-aspectos-psicologicos-dos-pacientes>
21. Yelvington ML, Wood RE, Corson T, Hu J, Reynolds S. A Qualitative Descriptive Exploration of the Experiences of Burn Therapists. *J Burn Care Res*. 2024;45(4):828-35. DOI: 10.1093/jbcr/irae028
22. Hosseini FA, Momennasab M. Nursing Student Experiences of Caring for Burned Patient: From Fearfulness to Normalization. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(1):e09. DOI: 10.17533/udea.iee.v38n1e09
- Recebido:** 17 de junho de 2025
Aprovado: 17 de novembro de 2025
Publicado: 16 de junho de 2026



Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.