

AUTOESTIMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM QUEIMADURAS

Fábia Mayara Ferreira da Silva Caetano¹

Maria Cristina Fonsêca de Lima Cabana²

Cláudia Fonsêca de Lima³

Resumo

A lesão por queimadura é responsável por causar traumas nas camadas da pele que podem ocasionar danos de leve a profundos, originando cicatrizes, incapacidades e até a morte. Esta pesquisa quantitativa, de corte transversal, tem como objetivo avaliar a autoestima em crianças e adolescentes com queimaduras. Também descrever as características sociodemográficas, o perfil clínico e análise da autoestima das crianças e adolescentes com queimaduras. Os dados foram coletados num ambulatório de uma unidade hospitalar da rede pública de saúde, que é referência estadual em tratamento de pacientes com queimaduras. Para tanto, foi utilizado um questionário para coleta de dados sociodemográficos, perfil clínico do paciente e a Escala de Autoestima de Rosenberg, já validada no Brasil. A maioria das vítimas foi do sexo feminino (56,7%), a média de idade foi de 11,1 anos e (66,7%) reside na região metropolitana do Recife. Quanto ao agente etiológico, os mais prevalentes (26,6%) foram os líquidos quentes em atividades extradomiciliares, (80%) tendo como áreas mais acometidas pela lesão, os membros superiores (63,3%). Um percentual de (63,3%) sofreram lesões profundas, enquanto (66,7%) submeteram-se a procedimento cirúrgico. Quanto a autoestima, (73,3%) foram classificadas com média autoestima. A média autoestima presente entre a maioria dos participantes, revela a prevalência na amostra de insegurança na forma de pensar e sentir sobre si mesmo. Portanto, compreende-se a necessidade de medidas preventivas às queimaduras nas escolas e apoio psicológico para as vítimas da unidade de reabilitação.

Palavras chave: autoestima; queimaduras; aspectos psicossociais; crianças; adolescentes.

¹ Psicóloga graduada pela Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Endereço Eletrônico: fabiamayara1988@gmail.com

² Psicóloga, Professora do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Mestre em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Endereço Eletrônico: mcflcabana@yahoo.com.br.

³ Fisioterapeuta, Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutoranda em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Endereço Eletrônico: claudinhaflima@hotmail.com.

Abstract

Burn injury is responsible for causing trauma to the layers of the skin that can cause mild to profound damage, leading to scarring, disability and even death. This quantitative, cross-sectional research, aims to evaluate the self-esteem in children and adolescents with burns. We also describe the sociodemographic characteristics, clinical profile and analysis of the self-esteem of children and adolescents with burns. Data were collected in a clinic of a hospital in the public health network, which is a state reference in treatment of patients with burns. To this end, was used a questionnaire to collect demographic data, clinical profile of the patient and the Rosenberg Self-Esteem Scale, already validated in Brazil. Most of the victims were female (56.7%), the average age was 11.1 years (66.7%) and live in the metropolitan region of Recife. As the etiological agent, the most prevalent (26.6%) were the hot liquids in extradomiciliary activities (80%) as having areas most affected by the injury, the upper limbs (63.3%). A percentage of (63.3%) suffered major injuries, while (66.7%) underwent surgery. The self-esteem, were classified as average self-esteem (73.3%) The average self-esteem present among the majority of participants, reveals the prevalence of insecurity in the sample in order of how to think and feel about their selves. Therefore, we argue about the need for preventive measures to burns in schools and psychological support for victims of the rehabilitation unit.

Keywords: self-esteem; burns; Psychosocial aspects; children; Adolescents.

INTRODUÇÃO

A queimadura vem se destacando como uma das principais causas de acidentes em crianças e adolescentes. Segundo DATASUS (2012), Departamento de informática do SUS a queimadura é a quarta causa de acidentes que leva tanto a hospitalização quanto a mortalidade entre crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, perdendo apenas para acidentes de trânsito, afogamentos e sufocações. Também é destacada pela Sociedade Brasileira de Queimaduras (2013) a estimativa de um milhão de pessoas vítimas de queimaduras anualmente no Brasil. Situação compreendida pela literatura como um dos traumas mais difíceis de suportar, devido à profundidade das lesões que podem ocasionar danos físicos e sequelas de ordem psicológica e do ponto de vista da funcionalidade do sujeito. Os tratamentos indicados podem trazer sensações dolorosas, além da necessidade de hospitalização e procedimentos terapêuticos, que geralmente provocam dor intensa. (ASSIS, 2012; AZEVÉDO, 2011; MILLAN, 2012; ARAGÃO, 2012).

Segundo Assis (2012), os níveis de gravidade das lesões podem ter pelo menos três graus de profundidade: primeiro grau, que não tem formação de bolhas, porém, a pele apresenta-se dolorida, de segundo grau, quando a lesão é profunda e pode apresentar bolhas e vermelhidão e na de terceiro grau, onde a lesão é mais profunda e causa perda da sensibilidade ao tato da região atingida, com bolhas e destruição das terminações nervosas da pele.

No momento que ocorre a lesão por queimadura e existe a possibilidade de uma seqüela, torna-se possível um desconforto sobre a nova aparência que o paciente terá e o ter que lidar com isso diante do seu meio social. Essa situação também pode ser compreendida apenas como um momento vivido a partir dessa experiência. No entanto, os efeitos na criança e no adolescente devem ser diferenciados no que se refere ao desenvolvimento, maturidade ou entendimento sobre si mesmo. Nesse caso as influências sociais serão a “base” norteadora de conceitos ou identificações da criança e do adolescente na formação dessa nova realidade. (LEÃO, 2011).

A criança realiza processos de reflexão sobre si mesma a partir dos 06 anos de idade e estende-se até a fase adulta, tendo início através de suas relações com o ambiente, ou seja, pai, mãe, demais membros da família, a escola, sua casa, dentre outros meios sociais dos quais faça parte. A criança em sua construção ou formação é norteadora pelas influências recebidas no contexto social e desenvolve a autoestima com as identificações e percepções estabelecidas com o mundo. (MACEDO, 2012).

Na adolescência o corpo físico ganha sua importância para os jovens que preferem manter-se na zona de conforto social devido a facilidades que isso pode gerar nas relações em grupos. Nesta transição que se configura desde o desenvolvimento da maturidade até as mudanças físicas, percebe-se a preocupação com a aparência (PASSOS, 2013). Essa é uma cobrança que tem reflexo a partir do convívio social e interações entre grupos que podem favorecer ou não para construção do entendimento do adolescente sobre si mesmo, através de experiências e influências no mundo.

Segundo Branden (1994 apud FELICISSIMO, 2013),

[...] a autoestima está presente em todos os sujeitos, referindo-se ao que o indivíduo pensa e sente em relação a si mesmo, e sua importância se deve ao fato de ela ser o fundamento da capacidade do ser humano de reagir ativa e positivamente às oportunidades da vida. (p.118).

O indivíduo no seu curso natural da vida aprende a partir das referências a compreender suas competências, valores, comportamentos que aprova ou desaprova em si mesmo. E as experiências desagradáveis também fazem parte desse entendimento que pode movimentar ou inibir o sujeito através do seu auto-julgamento.

A autoestima (AE) pode ser identificada por três níveis: baixa, média e alta. A incompetência e incapacidades de superar desafios referem-se à AE baixa, a média permeia entre a dúvida e insegurança sobre si, e na alta AE a sensação de segurança em

suas competências prevalecem a todo o momento (GOMES, 2013).

Assim, entende-se que a queimadura independente do agente causador pode ocasionar danos difíceis de serem reparados ao ser humano, seja ele criança ou adolescente devido a efeitos que podem gerar sequelas funcionais, estéticas e psicológicas. (ARAGÃO, 2012)

Diante disso, compreende-se a importância do presente estudo que tem por objetivo realizar um entendimento sobre efeitos que a lesão por queimadura pode causar na autoestima da criança e do adolescente. Tendo como propósito também o de descrever o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes, avaliando a autoestima dos mesmos.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Atenção Fisioterapêutica no Sistema Tegumentar – Avaliação e Intervenção”. Está vinculado ao curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco e registrado com o CAAE nº 09971013.21001.5206. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP/UNICAP) em 23 de março de 2013, com o parecer nº 226.776.

Foi realizado um estudo quantitativo, de corte transversal, descritivo. Os dados foram coletados no Ambulatório de Reabilitação de um hospital da rede pública, referência na assistência ao paciente com queimaduras, localizado na cidade do Recife, em Pernambuco, no período de dezembro de 2015 a abril de 2016.

Fizeram parte do estudo crianças e adolescentes com queimaduras, em tratamento no ambulatório de reabilitação do referido hospital. Foram incluídos os pacientes de ambos os sexos, na faixa etária de 6 a 18 anos, com queimaduras superficiais ou profundas em qualquer região do corpo. Foram excluídos os pacientes que residiam fora do estado de Pernambuco, que apresentaram amputações ou disfunções do aparelho locomotor prévias à queimadura, assim como alterações visuais, auditivas ou cognitivas. Foi considerada a amostra por conveniência e estimou-se que fariam parte do estudo um máximo total de 60 pacientes.

Após seleção da amostra, segundo os critérios de inclusão e exclusão, os pacientes foram contatados pela pesquisadora e foram informados sobre os objetivos do

estudo e procedimentos de coletas de dados. Como se tratava de crianças, os pais e/ou responsáveis, que permitiram a participação da criança no estudo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais de menores de 18 anos - TCLE, sendo garantido o sigilo sobre a identidade dos mesmos. As crianças foram convidadas a participar do estudo e assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 466 de 12/12/2012, recebendo esclarecimentos sobre o teor da pesquisa, seu objetivo e procedimentos, ao nível de sua compreensão.

Mediante a assinatura do TCLE e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, cada paciente (criança ou adolescente) foi entrevistado individualmente através de um questionário para coleta de dados sócio-demográfico com perguntas sobre idade, sexo, escolaridade, local que reside e retorno à escola. E do perfil clínico sobre, o agente etiológico, superfície corporal lesionada, profundidade da lesão, período de internação, procedimentos cirúrgicos e sequelas.

Para avaliar a autoestima foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptado para a realidade brasileira, que possui dez itens (cinco referem-se a visão positiva de si mesmo e os outros restantes referem-se a uma visão autodepreciativa), podendo ser utilizada com crianças, adolescentes, adultos e idosos. As opções de respostas são “concordo plenamente”, “concordo”, “discordo” e “discordo plenamente”. (HUTZ, ZANON, 2011; AVANCI et al, 2007; HUTZ, 2000).

Os itens que fazem parte da escala de autoestima de Rosenberg são:

- De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a).
- Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).
- Eu sinto que tenho um tanto (um número) de boas qualidades.
- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
- Não sinto satisfação nas coisas que realizei. eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
- Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)
- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.
- Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (dar-me mais valor).
- Quase sempre estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracasso (a).
- Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos, e sentimentos positivos) em

relação a mim mesmo (a).

A correção da escala de Rosenberg ocorreu através de notas atribuídas a cada afirmativa que varia de 1 a 4, a partir de sua importância, no entanto, nas afirmativas de ordem 1, 3, 4, 7, e 10 esta nota é decrescente e nas demais 2, 5, 6, 8, 9, o inverso. Para classificação da AE, foram somados todos os itens que totalizaram um valor único para a escala. A partir da soma, a AE pode ser classificada como satisfatória ou alta (score maior que 31 pontos), média (score entre 21 e 30 pontos) e insatisfatória ou baixa (scores menores que 20 pontos). Dessa forma, quanto maior a soma, maior a autoestima. (GOMES, 2013)

Após a coleta, foi montado um banco de dados, em dupla entrada, no programa Excel. Os dados foram apresentados através de gráficos e tabelas de frequência, além do cálculo da média e desvio padrão. Foram utilizados testes estatísticos pertinentes aos objetivos do estudo e foi considerado, para avaliação de significância estatística, o intervalo de confiança de 95%, com um valor de p de 0,05.

Os pacientes foram caracterizados por meio de distribuição de frequências quanto às características sociodemográficas, clínicas e implicação da lesão, e no caso da idade, a média foi apresentada com seu respectivo desvio padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos 30 participantes do estudo, entre crianças e adolescentes vítimas de queimaduras, com idade variando de 6 a 18 anos atendidas no ambulatório de reabilitação de um hospital estadual, referência em atendimento a queimados, encontram-se na Tabela 1. A média de idade encontrada foi de 11,1 anos, sendo um pouco mais da metade de crianças do sexo feminino. Quanto a escolaridade da vítima, 16(53,3%) tem o ensino fundamental I, 11(36,7%) ensino fundamental II e 3(10%) delas o ensino médio ou superior incompleto. Dois terços dos pesquisados são procedentes do Recife ou região metropolitana. (Tabela 1).

O perfil encontrado no presente estudo quanto a maior prevalência do sexo feminino entre os pacientes com queimaduras, difere das pesquisas de Fernandes (2012)

e Silva (2014) que afirmam ter encontrado a incidência maior de lesões por queimadura entre o sexo masculino, pois eles assumem a participação em situações durante as brincadeiras que contribuem para uma maior exposição aos riscos através da queimadura, segundo as referidas autoras.

Porém, a prevalência mais elevada entre o sexo feminino nas crianças e adolescentes com queimaduras poderia estar relacionada às atribuições desenvolvidas pelo sexo feminino desde a infância, através das relações com as atividades domésticas, dando auxílio ou ajudando o adulto em qualquer outra atividade (MARQUES, 2014). O que propicia talvez, uma rotina que traz a sensação de segurança ou confiança para manipular produtos considerados perigosos no seu dia a dia sem o entendimento apropriado do seu uso e risco.

Em 16(53,3%) das vítimas de queimaduras do estudo, a escolaridade alcançada foi a do ensino fundamental I completo ou incompleto (Tabela 1), e, nesta faixa etária as crianças teriam no máximo 10 anos de idade, sendo ainda muito jovens para serem expostos a manipulação de produtos inflamáveis, seja ele, num ambiente doméstico ou não. O resultado desse estudo concorda com Marques, (2014) ao sugerir que se esse conhecimento fosse adquirido desde o ensino fundamental nas escolas ou nas interações com a sociedade com o propósito de educar, seria de extrema importância para prevenir queimaduras no ambiente doméstico e possivelmente fora dele.

Quanto à maior parte da amostra estar localizada na Região Metropolitana do Recife com 20(66,7%) pacientes e 10(33,3%) no interior do Estado, isto pode ser explicado pelo fato do local escolhido para coletar os dados ser um ambulatório de Reabilitação de um hospital da rede pública estadual, referência na assistência aos pacientes com queimaduras (Tabela 1). Isso ocorreu também nos estudos conduzidos por Fernandes (2012) e Luz (2015) que trabalharam com coleta em unidades hospitalares de referência para queimaduras nas cidades de João Pessoa -PB e Maceió - AL.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes ambulatoriais de reabilitação de crianças e adolescentes vítimas de queimadura

Características	Estatística
Idade^a	11,1 ± 3,6
Sexo	
Feminino	17 (56,7%)

Masculino	13 (43,3%)
Escolaridade do paciente	
Ensino fundamental I incompleto ou completo	16 (53,3%)
Ensino fundamental II incompleto ou completo	11 (36,7%)
Ensino médio ou superior incompleto ou completo	3 (10,0%)
Local de residência	
Recife e região metropolitana	20 (66,7%)
Interior do Estado	10 (33,3%)

^a Média ± dp

Na Tabela 2 as características encontradas do perfil clínico entre os participantes da pesquisa constataram que 4(13,3%) são provenientes de acidentes domésticos, onde foi observado em muitos desses casos que a simples distração do adulto sobre o menor, facilita para o desenvolvimento do fato no ambiente domiciliar. Millan (2012) acredita que atenção e vigilância dos pais no ambiente doméstico dificultam as possibilidades de ocorrer acidentes com as crianças, e explica que entre 5 e 13 anos de idade estão as maiores vítimas de superfície corporal queimada, pois é nessa faixa etária que a curiosidade se torna maior e a falta de cuidado traz uma vulnerabilidade na exploração do ambiente doméstico o que pode gerar certa independência para exploração de outros ambientes com riscos ainda piores. Os demais agentes etiológicos, que formam a maioria 8(26,6%), ocorreram em locais extradomiciliares por líquidos quentes, concentrando a maior incidência por queimadura nesse estudo (Tabela 2). A escaldadura, como são conhecidas as queimaduras por água e óleo quente, mostrou-se presente entre os principais agentes etiológicos em outros estudos (ARAGÃO, 2012; MILLAN, 2012; LEÃO, 2011) apenas nas crianças de faixa etária inferior ou igual a seis anos, diferente da presente pesquisa que identificou também a incidência da lesão por esse agente em adolescentes, além de crianças com idade superior a seis anos.

Nos casos em que o agente etiológico foi o álcool 6(20%) e o choque elétrico 3(10%) a lesão foi agravada pela presença de explosão ou trauma elétrico, provavelmente conduzido sem o mínimo de compreensão sobre riscos possíveis do desenvolvimento

dessa ação (Tabela 2). Condições que Luz (2014) relata em sua pesquisa ao identificar o álcool como um dos principais causadores das lesões por queimadura e seguidamente a eletricidade.

Quanto aos pacientes lesionados por brasa 6(20%) e por fogos de artifícios 3(10%), observou-se que um dos elementos em comum entre eles, pode ser a época festiva. (Tabela 2). Ou seja, podem estar relacionados às comemorações juninas que, especialmente em Estados do nordeste do país, mantém-se a tradição do manuseio de fogos e brincadeiras em torno da fogueira, apesar de perigosos, principalmente no interior do Estado. Este resultado corrobora com dados também encontrados por Fernandes (2012) que constatou a variação de acidentes por queimadura em todos os meses do ano, porém com incidência maior no mês de Junho motivando um olhar para os eventos festivos da época.

No que corresponde a superfície corporal queimada (SCQ), as categorias apresentadas não são excludentes, ou seja, o mesmo paciente pode apresentar várias áreas do corpo com queimaduras (Tabela 2). Seguindo este raciocínio, destaca-se que os membros superiores foram as áreas mais acometidas 24(80%), o que pode levar a possibilidade de uma exposição involuntária da lesão durante o convívio social, que pode causar certo desconforto ou insegurança em suas interações com o meio. Em seguida as áreas dos membros inferiores 17(56,7%), troncos 11(36,7%), face 10(33,3%) e a cabeça 2(6,7%) lesionadas por queimaduras (Tabela 2). Nascimento (2013) traz em seu estudo o mesmo respectivamente encontrado na pesquisa em questão e acrescenta o pescoço e a genitália como superfície corporal queimada presente mais entre as crianças do que entre os jovens. Silva (2014) corrobora com a presente pesquisa sobre a SCQ, no entanto, a faixa etária do seu estudo foi superior ao da faixa etária na presente pesquisa.

Quanto à profundidade da lesão, 19(63,3%) sofreram lesões profundas, e nessa maioria é possível verificar a intensidade dos danos em todas as áreas atingidas. Enquanto que 9(30,0%) tiveram lesões profundas e superficiais o que justifica que nem todas as áreas atingidas do corpo precisaram de cuidados mais intensos. E apenas um percentual menor 2(6,7%) apresentou lesões apenas superficiais, sendo menos danosa a lesão por queimadura, pois os cuidados e sequelas são mais leves e menos dolorosos (Tabela 2). Assis (2012) acredita que nas lesões profundas, que podem ser de 3º grau ou

2º grau profundo, existe uma perda da sensibilidade tátil da região atingida e, em alguns casos, até o risco de sequelas maiores como destruição das terminações nervosas da pele, deformidades, amputações, podendo levar até a morte. No estudo de Aragão (2012) o grau de profundidade que predominou entre as queimaduras foi a de 2º grau na maior parte dos casos.

Já o estudo de Yoda (2013) corrobora com a prevalência das lesões profundas entre as crianças encontradas no ambulatório de reabilitação onde se deu a presente pesquisa, referindo-se também à forte presença das sequelas associadas as condições das lesões por queimaduras.

Apesar de se ter encontrado resultados muito próximos a outros estudos, o que o diferencia dos demais é a busca em compreender como ficaram ou estão essas vítimas por queimadura sobre a confiança em si mesmo, ou seja, sua autoestima diante de lesões tão profundas e possíveis sequelas físicas e emocionais.

O período de internação hospitalar da maioria da amostra, entre as crianças e adolescentes, motivado pela queimadura, foi de um mês ou mais 16(53,3%). (Tabela 2). Alguns elementos podem revelar a extrema importância desse tempo mais prolongado na hospitalização, pois, tudo vai depender da gravidade da lesão ou de problemas eventuais que possam existir no processo de recuperação da queimadura, fatores desde o surgimento de uma infecção até o atraso de uma cirurgia podem ser determinantes para definir o período que a vítima precisa permanecer internada, afirma Fernandes (2012).

Marques (2014) corrobora com o presente estudo quando afirma em sua pesquisa que os maiores períodos de internação correspondem as vítimas com lesões profundas com fortes indícios de infecção e risco de sequelas. A autora destaca a hospitalização prolongada, como mais um episódio desconfortável para a vítima, pois, além de todo o sofrimento decorrente de uma queimadura, ainda precisa permanecer por um tempo indeterminado no hospital para seguir com o tratamento.

Tabela 2. Características do Perfil clínico dos pacientes ambulatoriais de reabilitação de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras num hospital da rede estadual de saúde em Recife-PE

Características	Estatística
Agente etiológico	

Acidente doméstico	4 (13,3%)
Óleo quente	4 (13,3%)
Água quente	4 (13,3%)
Brasa	6 (20,0%)
Álcool	6 (20,0%)
Choque elétrico	3 (10,0%)
Fogos de artifício	3 (10,0%)
Superfície corporal queimada^a	
Cabeça	2 (6,7%)
Face	10 (33,3%)
Membros superiores	24 (80,0%)
Tronco	11 (36,7%)
Membros inferiores	17 (56,7%)
Profundidade da lesão	
Profunda	19 (63,3%)
Superficial	2 (6,7%)
Profundo e superficial	9 (30,0%)
Período de internação	
<1 mês	14 (46,7%)
1 mês ou mais	16 (53,3%)

^a Categorias não excludentes

Nos dados obtidos na Tabela 3, quanto às implicações da queimadura, são ressaltados fatos que podem refletir sobre a autoestima da vítima lesionada, pois, a maioria (66,7%) das crianças e adolescentes precisou de cirurgia. Já (33,3%) não teve necessidade do procedimento, o que implica na existência de danos reais que variam entre cicatrizes patológicas ou complicações mais graves, como ocorreu no caso de (23,3%) dos pacientes lesionados por queimaduras com sequelas entre amputações (10,0%) e deformidades (13,3%) encontradas em alguma área do corpo das vítimas. Observou-se que em cerca de (40%) dos casos, as crianças e adolescentes não retornaram à escola. O motivo em muitos casos foi gerado por várias situações: cuidados preventivos entre os pais evitando o retorno para afastar qualquer possibilidade de infecção ou ferir e em outros existia o afastamento por atestado médico. Silva (2014) corrobora com o atual estudo ressaltando os prejuízos adquiridos pelas sequelas em

pacientes vítimas de queimaduras ao mencionar os danos funcionais e estéticos que deve acarretar a perda de habilidades físicas e motoras e dificultar o retorno às atividades normais do dia a dia. Fortes (2014) reflete sobre a insatisfação de adolescentes do sexo feminino com o corpo, situação também encontrada em algumas vítimas que permanecem afastadas do colégio, no presente estudo pela insatisfação física deixada pelas sequelas da lesão.

Tabela 3. Implicações do acidente dos pacientes ambulatoriais de reabilitação de crianças vítimas de queimadura num hospital da rede estadual de saúde em Recife-PE

Implicações	Estatística
Procedimento cirúrgico	
Sim	20 (66,7%)
Não	10 (33,3%)
Amputação ou deformidade	
Não	23 (76,7%)
Amputação	3 (10,0%)
Deformidade	4 (13,3%)
Retorno à escola	
Sim	18 (60,0%)
Não	12 (40,0%)

Quanto a autoestima essa diz respeito ao entendimento do indivíduo sobre si mesmo a partir de valores, competências ou enfrentamentos que podem ser bem úteis para a manutenção da saúde.

Gráfico 1. Percentual de crianças e adolescentes vítimas de queimadura segundo a classificação da autoestima.

Quanto à classificação da autoestima apontada no gráfico 1 acima, foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg para sua avaliação (HUTZ, 2011; SBICIGO, 2010), resultando na presença de freqüência menor (26,7%) (IC 95%: 9,9% a 43,5%) com alta autoestima entre crianças e adolescentes da amostra. Esses dados revelam nessa população, a presença de confiança em si mesmo, crença em suas competências e capacidade para vivenciar os desafios necessários da vida. Segundo Gomes (2013) a autoestima tem três níveis de classificação: alta, média e baixa, condições determinadas pela qualidade dos pensamentos e sentimentos atribuídos pelo indivíduo sobre si. No entanto, a maior parte da amostra (Gráfico1) revelou-se com média autoestima (73,3%) (IC 95%: 56,5% a 90,1%) o que explica a presença nessas vítimas de comportamentos e pensamentos que flutuam entre a dúvida e insegurança sobre si mesmo (GOMES, 2013; MACÊDO, 2012).

No presente estudo não foi identificado entre os participantes a presença de baixa autoestima, situação que distancia a presença de possíveis comportamentos que impulsionem atos de suicídio ou algo que demonstre a suspeita de depressão. O estudo atual difere de outras pesquisas que apresentam em suas amostras os resultados com maior freqüência de baixa autoestima como no caso de 25,25% e 56% respectivamente, visto nos estudos de Castrighini (2013) e Fortes (2014) que identificaram a forte presença de baixa autoestima entre os participantes da pesquisa. O comportamento percebido em comum entre as vítimas do presente estudo e as dos estudos de Castrighini (2013) e Fortes (2014) é que em todas essas vítimas observou-se a falta de cuidado pessoal, a

insegurança sobre si mesmo e o distanciamento do tratamento ou das relações sociais.

No que diz respeito aos resultados encontrados na maior parte (73,3%) dos participantes, a autoestima concentra-se no nível mediano tanto nas crianças quanto nos adolescentes. O que não significa dizer que o sofrimento não esteja presente, ao contrário, a própria insegurança em si já traz um sentimento de tristeza o que pode dificultar nas relações interpessoais e na realização de planos que possam contribuir no desenvolvimento de projetos futuros (FELICISSIMO, 2013).

A forma de enfrentamento nesses participantes diante do ocorrido demonstra um sentimento de perda a partir da lesão, ou seja, o sentimento de insegurança ou dúvidas sobre si pode ter sido motivado através dos danos revelados pela queimadura. Tal condição provavelmente pode ter sido gerada a partir das perdas adquiridas desde a hospitalização até a socialização com o meio pós-queimaduras.

CONCLUSÃO

As lesões por queimaduras são capazes de gerar grandes comprometimentos ao indivíduo sendo responsáveis por causar danos físicos, estéticos e psicológicos. Os traumas quando não levam à morte, proporcionam, a depender da gravidade da lesão, o desenvolvimento de sequelas danosas a qualidade de vida das pessoas.

Os achados encontrados nesta pesquisa foram mais prevalentes nas crianças do sexo feminino e em atividades extradomiciliar. A escaldadura revelou-se o agente com maior incidência entres os traumas, tanto em criança quanto em adolescentes.

As áreas mais acometidas pela lesão foram os membros superiores tendo a cirurgia como procedimento mais utilizado. Na classificação da autoestima entre os participantes o nível mediano foi responsável pela maioria da amostra. Apesar dos resultados obtidos terem sido diferentes em relação a outros estudos, se faz necessário a atenção para o grande número de lesões, sequelas e seus efeitos na autoestima das vítimas lesionadas por queimadura. Mediante isto, indica-se medidas de prevenção de acidentes através de queimadura em campanhas educativas e preventivas nas escolas, tanto na capital quanto no interior do Estado. Também se mostra necessário a contribuição de profissionais da área de Psicologia no Ambulatório de Reabilitação dos hospitais de referência em queimaduras, visando oferecer suporte emocional às vítimas

que desejam receber atendimento psicológico no período de tratamento na unidade. Sugere-se ainda que o serviço de Psicologia possa elaborar intervenções junto a uma equipe interdisciplinar de saúde, a serem conduzidas com as famílias/cuidadores das crianças e adolescentes que sofrem queimaduras, oferecendo espaços de apoio e suporte social.

Recomenda-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas, com um número maior de participantes e seus cuidadores/famílias, sobre a autoestima em vítimas com queimaduras em outros locais do Estado ou em outros Estados do país e que possam através desses estudos pontuar as dificuldades e indicar soluções possíveis na tentativa de promover qualidade de vida ao paciente com queimaduras.

REFERÊNCIAS

ARAGAO, José Aderval et al . Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 379-382, set. 2012.

ASSIS C, SÓRIA D, ASSIS M. A queimadura como ato de violência física contra a mulher: revisão de literatura. **Rev. Bras. Queimaduras**. 2012; v 11. n 4, p. 254-258.

AVANCI JQ, ASSIS SG, SANTOS NC, OLIVEIRA, RV. Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes (Cross-Cultural Adaptation of Self-Esteem Scale for Adolescents). **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 20(3), 397-405.2007.

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos; SANTOS, Ana Flávia Trindade dos. Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 31, n. 2, p. 328-339, 2011.

CASTRIGHINI, Carolina de Castro et al. Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto-SP. **Texto contexto - enferm**. 2013, vol.22, n.4, pp.1049-1055.

FELICISSIMO, Flaviane Bevilaqua et al . Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 15, n. 1, abr. 2013.

FERNANDES, Fernanda Maria Félix de Alencar et al. Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.4, p.133-141, dez. 2012.

FORTES, Leonardo de Sousa et al. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino?. **Rev. paul. pediatr.** 2014, vol.32, n.3, pp.236-240.

GOMES, N.S, SILVA, S. R. da. avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncologia mamária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 509-16.

HUTZ CS, ZANON C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, 2011, 10(1), pp. 41-49.

HUTZ, CS (2000). Adaptação brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Mimeo.

LEAO, Carlos Eduardo Guimarães et al . Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 573-577, dez. 2011.

LUZ SSA, RODRIGUES JE. Perfis epidemiológicos e clínicos dos pacientes atendidos no centro de tratamento de queimados em Alagoas. **Rev. Bras. Queimaduras**. 2014;13(4):245-250.

MACEDO, Cibele Mariano Vaz de; ANDRADE, Regina Glória Nunes. Imagem de si e Autoestima: A Construção da Subjetividade no Grupo Operativo. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 6, n. 1, jul. 2012 .

MARQUES MD, AMARAL V, MARCADENTI A. Perfil epidemiológico dos pacientes grandes queimados admitidos em um Hospital de trauma. **Rev. Bras. Queimados**. 2014;3(4):232-235.

MILLAN, Lincoln Saito et al . Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças

atendidas em hospital terciário na cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 611-615, dez. 2012 .

NASCIMENTO LKA, BARRETO JM, COSTA ACSM. Unidade de Tratamentode Queimados: perfil epidemiológico dos pacientes admitidos na Fisioterapia. **Rev. Bras. Queimaduras**. 2013;12(3):177-181.

PASSOS, Michelle Delboni dos et al.Representações sociais do corpo: um estudo com adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2013, vol.29, n.12, pp. 2383-2393.

QUEIMADURAS por ano. Disponível em: <http://sbqueimaduras.org.br/categoria/noticias>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

RELAÇÃO de acidentes por queimaduras. Disponível em: <http://criancasegura.org.br/page/queimaduras>>. DATASUS /Ministério da Saúde 2012 Acesso: 28 jun.2016.

SBICIGO, Juliana B, BADEIRA, Denise R, DELL'AGLi, Débora D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 395-403, set./dez. 2010.

SILVA GMA; FARIAS GL; MACIEL MÁ. Perfil Epidemiológico dos doentes atendidos no Pronto-Socorro de Queimados de Goiânia em agosto de 2013. **Rev. Bras. Queimadura**. 2014; 3(30): 173-176.

YODA CN; LEONARDO DF; FEIJÓ R. Queimadura pediátrica: fatores associados a seqüelas físicas em crianças queimadas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Rev. Bras. Queimaduras**. 2013;12(2):112-117.

ANEXO

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS DE MENORES DE 18 ANOS – TCLE

Título da Pesquisa: “Autoestima em crianças e adolescentes com queimaduras.”

INTRODUÇÃO

Você está sendo convidada a autorizar a participação de seu filho(a) da pesquisa sobre: **“Autoestima em crianças e adolescentes com queimaduras”**, que faz parte do projeto: **Atenção Fisioterapêutica no sistema tegumentar – avaliação e intervenção**. As pesquisadoras responsáveis são as professora Cláudia Fonsêca de Lima(UNICAP), seu telefone é (81) 99963-8852 e o endereço eletrônico é claudinhaflima@hotmail.com e a professora Maria Cristina Fonsêca de Lima Cabana(ESUDA), seu telefone é (81) 99972-5081 e o endereço eletrônico é mcfcabana@yahoo.com.br. Se decidir deixar seu filho(a) a participar da mesma, é importante que leia as informações a seguir sobre a pesquisa e o seu papel enquanto participante dela. Neste momento você pode desistir de deixá-lo(a) participar e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição. No caso de você aceitar e depois decidir retirar seu filho(a) do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que o(a) esteja atendendo.

OBJETIVO

Este estudo pretende avaliar a autoestima em crianças e adolescentes com queimaduras.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO

Se concordar em deixar seu filho(a) participar deste estudo você permitirá que ele(a) seja avaliado(a) através de um exame físico individual, responderá a um ou vários questionários e testes padronizados e será entrevistado por um pesquisador auxiliar em uma sala de exame apropriada permitindo sua privacidade. Seu filho(a) receberá atendimento e orientações fisioterapêuticas apropriadas ao problema apresentado. Na última etapa do estudo serão realizadas reavaliações e a verificação do grau de evolução da disfunção. O tempo para cada procedimento não excederá o período de uma hora, tempo relativo a uma sessão de fisioterapia. Não haverá a necessidade do seu deslocamento, todos os procedimentos serão realizados no local onde seu filho(a) já realiza seu tratamento fisioterapêutico. Os dados serão arquivados junto ao pesquisador responsável por um período de cinco anos.

RISCOS, DESCONFORTOS, INCOVENIÊNCIA E INCÔMODOS

Esse estudo apresenta risco, desconforto, inconveniência e incômodos mínimos, uma vez que não será utilizado nenhum procedimento invasivo seja para a avaliação seja para tratamento.

BENEFÍCIOS E DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos serão repassados para os participantes da pesquisa através de palestras educativas, orientações sobre a patologia estudada, além da entrega de panfletos educativos.

RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A importância da pesquisa reside no fato de que o presente estudo objetiva contribuir através de suas conclusões na elaboração de protocolos de avaliação e de tratamento para que se realize uma abordagem terapêutica mais específica de acordo com a patologia estudada.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Todas as informações obtidas na coleta de dados pessoais, sociais e no exame físico, serão mantidas em estrita confidencialidade e você e seu filho(a) não serão identificados quando o conteúdo dessas informações for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que fui informado(a) sobre o objetivo, os métodos e procedimentos da pesquisa, as inconveniências, riscos, benefícios da mesma. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia desse formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para retirar meu filho(a) do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade na relação com os pesquisadores. Dou o meu consentimento de livre e de espontânea vontade para participação de meu filho(a) como voluntário(a) dessa pesquisa.

Em caso de alguma dúvida entrar em contato com a professora responsável (Prof^a Cláudia Fonsêca de Lima – telefone (81) 9963.8852) ou com o Comitê de Ética da UNICAP pelo telefone (81).2119.4376

Nome da Entrevistada	Assinatura	Local/Data
----------------------	------------	------------

Nome da Testemunha	Assinatura	Local/Data
--------------------	------------	------------

Anexo 2

TERMO DE ASSENTIMENTO DO (DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo : **“Autoestima em crianças e adolescentes com queimaduras”**, que faz parte da projeto: **Atenção Fisioterapêutica no sistema tegumentar – avaliação e intervenção**. As pesquisadoras responsáveis são as professora Cláudia Fonsêca de Lima(UNICAP), seu telefone é (81) 99963-8852 e o endereço eletrônico é claudinhaflima@hotmail.com e a professora Maria Cristina Fonsêca de Lima Cabana(ESUDA), seu telefone é (81) 99972-5081 e o endereço eletrônico é mcflcabana@yahoo.com.br. Minha participação será como voluntário (a). Fui informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data: _____

Assinatura do(a) menor: _____

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo 3

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS PESSOAIS, SÓCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DATA DA AVALIAÇÃO: _____

Dados pessoais:

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Escolaridade: _____

Local de residência: _____

Nome dos pais/responsáveis:

Escolaridade do pai: _____

Escolaridade da mãe: _____

Dados sobre a lesão:

Agente etiológico: _____

Data da lesão: _____ Data da alta hospitalar: _____

Data do início do tratamento ambulatorial: _____ Data da entrevista: _____

Superfície Corporal Queimada:

Cabeça () Face () MMSS () Tronco () MMII ()

Profundidade da lesão:

Lesão parcial superficial – 1º/2º grau superficial ()

Lesão parcial profunda/Lesão total – 2º grau profundo, 3º/4º graus ()

Cicatrização patológica: NÃO () SIM ()

Se SIM: *Hiperplasia () Retração cicatricial/Brida() Aderência ()*

Hipercromia() Hipocromia()

Realizou algum procedimento cirúrgico? NÃO () SIM ()

Qual? Quando?

Apresenta lesão nervosa periférica, fratura, amputação e/ou deformidade osteoarticular decorrente da lesão?

NÃO () SIM ()

Qual?

Usa algum tipo de órtese ou prótese:

NÃO () SIM ()

Qual?

Tratamentos que realiza atualmente:

Fisioterapia() Terapia Ocupacional() Fonoaudiologia() Psicologia() Médico()
 _____ (especialidade)

Retornou à escola?

NÃO () SIM ()

Se NÃO por que:

Consegue brincar?

NÃO () SIM ()

Se NÃO por que:

Anexo 4

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
1	2	3	4

- De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a):

1	2	3	4
---	---	---	---

- Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros):

1	2	3	4
---	---	---	---

- Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades:

1	2	3	4
---	---	---	---

- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas):

1	2	3	4
---	---	---	---

- Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar:

1	2	3	4
---	---	---	---

- Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer coisas):

1	2	3	4
---	---	---	---

- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas:

1	2	3	4
---	---	---	---

- Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (Dar-me mais valor):

1	2	3	4
---	---	---	---

- Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracasso (a):

1	2	3	4
---	---	---	---

- Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a):

1	2	3	4
---	---	---	---