

AUTOESTIMA EM PACIENTES ADULTOS COM QUEIMADURAS

AMANDA TENÓRIO VASCONCELOS MONTARROYOS¹

MARIA CRISTINA FONSÊCA DE LIMA CABANA²

CLÁUDIA FONSÊCA DE LIMA³

ANA KARLLA BANDEIRA DE ALBUQUERQUE⁴

Resumo

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, que tem como objetivo avaliar a autoestima em pacientes adultos com queimaduras. A coleta de dados foi feita num ambulatório de Fisioterapia de um hospital público estadual em Recife-PE, que é referência em tratamento de pacientes com queimaduras. Foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico e do perfil clínico, bem como a Escala de Autoestima de Rosenberg, já validada no Brasil. Participaram 37 pacientes com média de idade de 39,9 anos, prevalecendo o sexo feminino (67,6%); 54% tinha ensino médio completo ou incompleto; 78,4% residia no Recife e região metropolitana; predominaram os acidentes domésticos (48,6%), seguidos de acidentes de trabalho (29,7%). Os agentes etiológicos como líquidos, sólidos ou objetos aquecidos e inflamáveis representaram aproximadamente 60%; 75,7% dos casos acometeram membros superiores e 59,5% os membros inferiores; 78,4% apresentou lesão de 2º grau profundo; 75,7% tinham média autoestima. A verificação desses parâmetros pode auxiliar na reabilitação dos pacientes, contribuindo com a ampliação de estudos no campo da Psicologia. Sugere-se incremento de medidas educativas interdisciplinares em Saúde Pública na prevenção quanto ao risco de queimaduras.

Palavras chave: *queimaduras, autoestima, aspectos psicossociais, adultos.*

1. Psicóloga graduada pela Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Endereço Eletrônico: psi.amandatenarios@hotmail.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: mcfcabana@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.

4. Fisioterapeuta, Pós-graduada em Anatomia do Aparelho Locomotor, preceptora de estágio. Endereço Eletrônico: anakarllaba@gmail.com.

Abstract

This is a cross-sectional study, which aims to assess self-esteem in adult patients with burns. The data collection was done in a Physiotherapy outpatient clinic of a state public hospital in Recife-PE, which is a reference in the treatment of patients with burns. A sociodemographic and clinical profile questionnaire was used as instruments, as well as the Rosenberg Self Esteem Scale, already validated in Brazil. Participants were 37 patients with a mean age of 39,9 years, prevailing the female sex (67.6%); 54% had completed or incomplete high school; 78.4% lived in Recife and metropolitan region; domestic accidents predominated (48.6%), followed by accidents at work (29.7%). Etiologic agents such as liquids, solids or heated and inflammable objects accounted for approximately 60%; 75.7% of the cases had upper limbs and 59.5% had lower limbs; 78.4% had a deep 2nd degree lesion; 75.7% had average self esteem. The verification of these parameters can help in the rehabilitation of patients, contributing to the expansion of studies in the field of Psychology. It is suggested to increase interdisciplinary educational measures in Public Health in the prevention of the risk of burns.

Keywords: burns, self esteem, psychosocial aspects, adults.

Introdução

Este artigo objetivou avaliar a autoestima de pacientes adultos com queimaduras utilizando como instrumentos de coleta, um questionário sociodemográfico e do perfil clínico dos pacientes, elaborado para esta pesquisa, além da Escala de Autoestima de Rosenberg, já validada no Brasil. A queimadura acomete as vítimas por diferentes causas, graus e extensões, com possibilidades de provocar sequelas a nível estético, funcional e psicológico (LAPORTE; LEONARDI, 2010), que podem interferir no nível de autoestima (GONÇALVES et al. 2011) e trazer prejuízo à qualidade de vida devido às dificuldades encontradas no cotidiano (BESSA; SILVA; ROSA, 2011). A verificação desses parâmetros tem como importância colaborar na investigação de melhores intervenções de reabilitação dos pacientes, além de contribuir na ampliação de estudos no campo da Psicologia relacionados a essa temática.

A injúria térmica diminui a autoestima e mexe com as emoções associada ao que foi sofrido pelo trauma (GONÇALVES et al., 2011). Frente à nova configuração de vida, o paciente passa a ter dificuldades de reconhecimento próprio quando se depara com uma nova imagem corporal. As angústias vividas em relação à condição pós-traumática podem afetar a autoestima e levar a necessitar de suporte emocional para superação dos conflitos psíquicos (MELO; LIMA, 2014). Na maioria dos casos, a vítima não dispõe de investimento emocional suficiente para ter valores positivos voltados para si mesmo, o que afeta o progresso da reabilitação, sendo importante também a intervenção psicológica.

Queimaduras são consideradas um problema grave na Saúde Pública do Brasil, por isso justifica-se essa pesquisa, pois, devido à complexidade de situações provocadas à vítima, o tratamento deve ser global, contando com a intervenção de equipe multiprofissional de saúde, pois a lesão sofrida não é somente física (BESSA; SILVA; ROSA, 2011), uma vez que toda doença possui elementos orgânicos e psicológicos, tomados de subjetividade (GUIMARAES et al., 2012). Assim, além das lesões corporais sofridas, existe um sujeito que tem sua vida modificada após sofrer uma queimadura, sobretudo se for extensa a área corporal atingida.

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, de caráter descritivo, que faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Atenção Fisioterapêutica no Sistema Tegumentar – Avaliação e Intervenção”, com dados coletados no Ambulatório de Reabilitação de um hospital da rede pública, referência na assistência ao paciente com queimaduras, localizado na cidade do Recife - Pernambuco, no período de dezembro de 2015 a março de 2016. Está vinculado ao curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) 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.

A coleta de dados foi realizada no próprio hospital, durante o intervalo de atendimento do ambulatório de Fisioterapia, com pacientes adultos, de ambos os sexos, na faixa etária de 19 a 59 anos, com queimaduras superficiais e/ou profundas em qualquer região do corpo. Foi considerada a amostra por conveniência com um total de 37 (trinta e sete) pacientes, submetidos aos critérios de exclusão os que residem fora do Estado de Pernambuco, que apresentem amputações ou disfunções do aparelho locomotor, prévias à queimadura, assim como alterações visuais, auditivas ou cognitivas.

Após seleção da amostra, os pacientes que aceitaram contribuir com a pesquisa foram contatados e informados sobre os objetivos do estudo e procedimentos de coleta de dados, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garante a confidencialidade dos registros, cabendo a desistência dos mesmos em qualquer momento, sem lhes causar qualquer tipo de prejuízo ou à pesquisa. Mediante a assinatura do TCLE, cada paciente foi entrevistado individualmente, através do estabelecimento de *rapport* para assegurar uma relação de empatia e promover sentimentos de confiança no fornecimento das informações (CARRETONI FILHO; PREBIANCHI, 2011). Em seguida, a aplicação dos dois instrumentos de coleta de dados: o questionário dos dados sociodemográficos e do perfil clínico e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

O questionário foi elaborado pelas pesquisadoras, com perguntas a respeito de dados sociodemográficos, englobando idade, sexo, escolaridade e local de residência; e de perfil clínico, com questões sobre o agente etiológico e causa da injúria térmica, superfície corporal queimada (SCQ) e da profundidade da lesão. A coleta foi feita com os pacientes, contando com o auxílio dos profissionais de fisioterapia e dos prontuários do ambulatório do referido hospital.

Para avaliação do nível de autoestima foi usada a Escala de Autoestima de Rosenberg

(Figura 1), já validada no Brasil, tomando como base os estudos realizados por Hutz e Zanon (2011), sendo respondida pelos próprios avaliados com supervisão da pesquisadora. Nela estão listadas dez afirmativas objetivas, sendo cinco de sentido positivas e cinco de sentido negativas que o sujeito faz de si (HUTZ; ZANON, 2011), com expressão de juízo de valor de aprovação ou repulsa (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Dentre as opções de respostas com suas respectivas pontuações estão: “concordo plenamente” (um ponto), “concordo” (dois pontos), “discordo” (três pontos) e “discordo plenamente” (quatro pontos). Nas frases positivas (1, 3, 4, 7 e 10) a ordem dos valores é invertida para soma do resultado de autoestima. O escore vai de 01 (um) a 40 (quarenta) pontos, sendo considerada autoestima alta quanto maior for o resultado, ou seja, na pontuação compreendida entre 01 (um) e 20 (vinte) considera-se autoestima baixa, de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) autoestima média e de 31 (trinta e um) a 40 (quarenta) autoestima alta.

Após a coleta, foi montado um banco de dados, em dupla entrada, no programa Excel com dados apresentados através de gráficos e tabelas de frequência, além do cálculo da média e desvio padrão. Na comparação entre os grupos com média e alta autoestima, na comparação da variável idade, foi aplicado o teste t de *student* e nas demais variáveis o teste Qui-Quadrado de *Pearson*. A significância estatística adotada na interpretação dos testes de hipóteses foi de 5% ($p < 0,05$). O *software* utilizado na análise foi o *Stata* versão 12.0.

Queimaduras

Queimaduras são lesões traumáticas no tecido orgânico que podem levar a óbito, sendo de origem térmica, elétrica, mecânica ou química. Ocorrem principalmente por contato com líquidos, sólidos ou objetos superaquecidos, chama direta em contato com inflamáveis, substâncias químicas, eletricidade, atrito, incêndios e explosões (BORGES, 2010). Podem ser ainda motivadas por diversos fatores, como exposição excessiva ao sol ou ao frio, acidentes (domésticos, trabalho, automobilísticos, lazer), violência ou até

por tentativa de autoextermínio.

O sistema tegumentar que compreende a pele e seus anexos, como os pelos, as unhas, as glândulas sebáceas, as glândulas sudoríparas e as glândulas mamárias (AZULAY; AZULAY, 2013), nesses casos, pode ser comprometido em classificação que determina o grau da lesão de queimadura em primeiro, segundo e terceiro graus. Segundo Azulay e Azulay (2013) a queimadura de primeiro grau, considerada de baixo risco, atinge a camada mais externa da pele denominada epiderme provocando uma lesão superficial. A queimadura de segundo grau pode ser superficial e profunda. Quando superficial, atinge toda a epiderme e parte da segunda camada da pele chamada derme, considerada de risco moderado quando em adultos; já no tipo de queimadura profunda, oferece alto risco, porque pode chegar a afetar quase toda a camada da derme. Por fim, a queimadura de terceiro grau, considerada de lesão total, oferece alto risco, pois atinge a pele em sua espessura total, incluindo muitas vezes o tecido celular subcutâneo, tendões, ligamentos, músculos e ossos. Alguns autores denominam queimaduras de quarto grau quando ocorre a carbonização da pele geralmente por causa elétrica ou térmica. Assim, quanto maior for o grau de queimadura apresentado, pior será o prognóstico do tratamento.

Na existência de maior comprometimento cutâneo, é necessária a cirurgia de enxerto de pele ou em alguns casos a cirurgia de amputação; o aspecto estético final da queimadura e as sequelas corporais, posteriormente, são corrigidos por instrumentos de órteses ou próteses utilizadas pela Fisioterapia, para auxiliar o retorno das atividades de vida diárias do paciente (LAPORTI; LEONARDI, 2010).

A injúria térmica é um problema importante, principalmente pelas sequelas de dor e incapacidade que podem afetar as vidas das vítimas, na maioria das vezes por tempo indeterminado (BESSA; SIVA; ROSA, 2011), no qual, quase sempre, se tornam pacientes crônicos que necessitam de cuidados constantes com a pele (GONÇALVES

et al., 2011).

A autoestima e pacientes com queimaduras

O paciente queimado não possui complicações somente de origem orgânica (SILVA; SILVA, 2002, apud MELO; LIMA, 2014). Segundo Simonetti (2013, p. 19) “a doença é um real do corpo no qual o homem esbarra, e quando isso acontece toda a sua subjetividade é sacudida”. Os mecanismos observados no transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com queimaduras são a angústia, vulnerabilidade psicológica, sentimentos de ameaça, ansiedade, insatisfação com a imagem corporal e depressão (GONÇALVES et al., 2011), e estes tem potencial de diminuir a autoestima, sendo que, com o passar do tempo, nem todos os pacientes mantêm esse quadro emocional, porque conseguem se adaptar a sua condição, cada um ao seu modo de lidar com a realidade (LAPORTE; LEONARDI, 2010).

A autoestima representa a visão que a pessoa tem de si mesma podendo ser de forma positiva ou negativa. Para Kernis (2005, apud HUTZ; ZANON, 2011, p. 41), “autoestima é a representação pessoal dos sentimentos gerais e comuns de autovalor”. Quando o indivíduo tem uma autoestima preservada, é o mesmo de possuir autoaceitação, admiração, respeito, apreço por si mesmo dentro do seu contexto pessoal e social. No caso de pacientes com queimaduras, esses valores de autoestima têm mais probabilidade de estarem vulneráveis e associados aos significados de más lembranças que a cicatriz representa. Podem desencadear reações negativas devido à existência de sentimentos de inferioridade, insegurança, incapacidade e falta de identificação consigo mesmo (SILVA; SILVA, 2002, apud MELO; LIMA, 2014). De acordo com Laporte e Leonardi (2010, p. 109) “a queimadura constitui uma perturbação em todos os aspectos de uma pessoa, constituindo uma desorganização psíquica que acarreta comportamentos difíceis e flutuantes da vítima”.

A representação estética corporal que o sujeito está acostumado a visualizar antes do

trauma está distante devido ao aparecimento das cicatrizes (MELO; LIMA, 2014), sendo que a interpretação que cada um dará às marcas na pele afetará na saúde psíquica de modo diferente, pois os pacientes respondem às perdas de modo subjetivo, muito particular (SILVA; SILVA, 2002, apud MELO; LIMA, 2014), contextualizado com sua história, crenças, valores, experiências, hábitos que abarcam seus projetos, desejos, relações, desafios de vida. As sequelas vão muito além das cicatrizes da pele e é muito importante que essa informação também seja levada em conta no processo de reabilitação, pois elas também se expressam na totalidade do paciente, seja na autoimagem, no humor, na sexualidade, nas atividades funcionais - tomar banho, andar, pegar um objeto, calçar um sapato, preparar refeições, trabalhar, estudar, se comunicar, entre outras (BESSA et al., 2011).

Bessa et al. (2011) destacam o significado único que a relação da pessoa com a queimadura traria a cada um conforme sua aparência e funcionalidade, e o ser humano naturalmente produz sentido a tudo que vivencia, inclusive ao estado de adoecimento (SIMONETTI, 2013). Diante dos aspectos psicológicos mais importantes a serem citados na alteração de aparência e de produção de sentidos, se destaca a imagem corporal que está diretamente ligada ao nível de autoestima. A imagem corporal significa a “figuração do corpo na mente que se estrutura no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia” (MELLO FILHO; BURD, 2010, p. 255). Nesse raciocínio, a imagem do corpo igualmente pode chegar a influenciar na reabilitação e no possível retorno a uma vida projetada pela vítima, uma vez que o desconforto produzido pelas lesões e a mudança inestética corporal, produz a falta de reconhecimento próprio e conseqüentemente, o afastamento dos padrões de beleza aceitáveis pela sociedade (COSTA et al, 2010).

O culto ao corpo perfeito associado aos ganhos secundários que podem ser promovidos socioculturalmente, muitas vezes geram no paciente com queimadura algo que sobrepõe sua capacidade de alcance (PINTO, MONTINHO; GONÇALVES, 2010),

atrelados a sentimentos de baixa autoestima com pensamentos de que com esse perfil de beleza, seria mais fácil conseguir um emprego, um casamento, mais amigos, maior admiração das pessoas, maior capacidade para lidar com os desafios da vida e por isso teriam maiores chances de serem merecedores da felicidade (SILVA; SILVA, 2002, apud MELO; LIMA, 2014).

A elevada prevalência de acidentes por queimaduras na população e as limitações a ela associadas (SILVA; FARIAS; MACIEL, 2014), faz do tema um problema importante a ser investigado por profissionais de Psicologia. E isso, sobretudo, tanto pela escassez de psicólogos trabalhando nesse ramo, quanto pelo sofrimento psíquico que a lesão pode ocasionar, além das longas e, muitas vezes, dolorosas intervenções terapêuticas de toda a equipe multidisciplinar de saúde em torno do paciente com queimaduras (GUIMARÃES; SILVA; ARRAIS, 2012). A rede de apoio composta pela família, amigos, comunidade, profissionais de saúde é imprescindível para ajudar nessa transição de recuperação física, funcional e psicossocial (GONÇALVES et al., 2011).

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 37 (trinta e sete) pacientes adultos, vítimas de queimadura em reabilitação, atendidos no ambulatório de Fisioterapia de um hospital público estadual de Pernambuco, que é referência em queimaduras, com média de idade de 39,9 anos, idade mínima de 19 e máxima de 59 anos, sendo 2/3 das vítimas do sexo feminino (Tabela 1).

O presente estudo corrobora com os achados de Marques, Amaral e Marcadenti (2014) que observaram em seus resultados, em pacientes com queimaduras admitidos em um hospital de referência no atendimento ao trauma de Porto Alegre - RS, a maioria (32,91%) com idade entre 19 e 39 anos, seguidos de pacientes entre 40 e 59 anos (30,37%), com maior predominância de vítimas do sexo feminino (62%). Em

contrapartida, no estudo conduzido por Silva, Faria e Maciel (2014), dentre 31 participantes admitidos em um Pronto Socorro de Queimaduras de Goiânia – GO encontrou maior frequência de pacientes do sexo masculino (58%), com média de 30 anos de idade. Também em achados identificados por Leão et al (2011) na Unidade de Tratamento de Queimados de Belo Horizonte - MG, encontrou a maioria dos pacientes do sexo masculino (62,5%), com média de idade de 29 anos, estando abaixo da média identificada na presente pesquisa. Esses dados podem ser explicados por ser mais comum as mulheres estarem envolvidas nos afazeres domésticos e estarem numa faixa etária jovem que geralmente significa maior força produtiva. Segundo Marques, Amaral e Marcadenti (2014), não é comum as pessoas do sexo feminino serem vítimas frequentes de queimaduras, contudo isso se justifica principalmente por realizarem serviços domésticos, não possuírem trabalho formal ou exercerem atividades laborais de curto expediente.

Em relação à escolaridade, pouco mais da metade dos pesquisados tinham ensino médio completo ou incompleto (54%), seguidos dos que possuem ensino fundamental completo ou incompleto (37,9%). E no que diz respeito ao local de residência, 78,4% das vítimas residia no Recife e Região Metropolitana e 21,6% no interior do Estado de Pernambuco (Tabela 1).

A presente pesquisa identificou uma amostra com nível de escolaridade acima do encontrado por Marques, Amaral e Marcadenti (2014), onde aponta que 65,8% possuíam o ensino fundamental completo e a maior parte dos pacientes era proveniente do interior do Estado do Rio Grande do Sul (43%). Já o estudo de Silva, Farias e Maciel (2014), encontrou, em sua maioria (39%), pacientes com menor tempo de estudo (ensino fundamental incompleto), residentes no interior do Estado de Goiás e de outros Estados (58%). O estudo de Leão et al. (2011) identificou maior quantidade de pacientes provenientes da Região Metropolitana de Belo Horizonte (66%) e 34% do interior do Estado de Minas Gerais, o que corrobora com os dados desta pesquisa, por

motivo dos centros de referência em tratamento de pacientes com queimaduras estarem localizados nas capitais dos Estados, no qual geralmente recebem o público de diversos locais, especialmente os residentes na Capital e Região Metropolitana.

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes adultos vítimas de queimadura do ambulatório de reabilitação de um hospital referência em queimaduras da Rede Estadual de Saúde, em Recife-PE:

Características	Estatística
Idade^a	39,9 ± 11,6
Sexo	
Feminino	25 (67,6%)
Masculino	12 (32,4%)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto ou completo	14 (37,9%)
Ensino médio incompleto ou completo	20 (54,0%)
Ensino superior incompleto ou completo	3 (8,1%)
Local de residência	
Recife e região metropolitana	29 (78,4%)
Interior do Estado	8 (21,6%)

^a Média ± dp (desvio padrão)

No que se refere aos agentes etiológicos, líquidos, sólidos ou objetos aquecidos e chama de fogo em contato com inflamáveis representaram aproximadamente 60% dos agentes. Em relação à causa das queimaduras, as mais frequentes foram as que ocorreram por acidentes domésticos (48,6%), seguidos de 29,7% por acidentes de trabalho e 16,2% por acidentes automobilísticos (Tabela 2). A amostra do estudo de Leão et al (2011) evidenciou que o produto inflamável álcool (34,4%) foi o mais frequente seguido pelos líquidos superaquecidos (28,1%). Corroborando com a presente pesquisa, em trabalho conduzido em Unidade Ambulatorial de Queimados de Ribeirão Preto - SP, Echevarría-Guanilo et al. (2012), identificaram o local residencial com mais ocorrência de acidentes (56,3%), e o destaque entre os agentes etiológicos

foi o álcool/produtos inflamáveis (64,8%). Também semelhante aos resultados desta pesquisa, Marques, Amaral e Marcadenti (2014) identificaram a residência como local de maior frequência (54%). Confirmando os dados, Silva, Farias e Maciel (2014), afirmam o local domiciliar que ocorreu o maior número de acidentes (45%), tendo, em contrapartida o agente etiológico de mais ocorrência de queimaduras por atritos (36%), logo após de líquidos inflamáveis (19%) e de líquidos quentes (13%).

A partir dos dados encontrados tanto na presente pesquisa quanto pelos estudos citados, com taxas elevadas de queimaduras pelo uso inadequado dos produtos inflamáveis ou descuido com manuseio de líquidos, sólidos ou objetos superaquecidos que põem em risco a integridade nas residências, destaca-se a importância tanto de estudos quanto de campanhas que foquem na prevenção de queimaduras à população. Outras situações envolvidas em acidentes que resultam em injúrias térmicas, como cabos de panela fora do fogão, fogareiros, fogueiras em quintais, choques em eletrodomésticos, esquecimento de comidas em cozimento, vapor de panelas com comidas quentes ou líquidos ferventes, entre outros exemplos, certamente ao serem prevenidas diminuiria a taxa de pacientes queimados e, identicamente os gastos em Saúde Pública com hospitalizações e acompanhamentos ambulatoriais muitas vezes prolongados. De acordo com Teodoro e Paiva (2013) em análise de prontuários de pacientes com diagnóstico de queimadura no hospital de Caxias do Sul - RS, com maioria de público masculino, mostra a explicação desse resultado pelos homens serem menos cautelosos que as mulheres e por estarem mais vulneráveis às situações de risco, principalmente em locais de trabalho.

Quanto à superfície corporal queimada (SCQ), 75,7% dos casos tiveram os membros superiores atingidos, 59,5% os membros inferiores, 37,8% o tronco e 24,3% a face, porém, cada paciente geralmente apresentava mais de uma área queimada, portanto, esses percentuais não são excludentes. A maioria dos casos de queimaduras (54,3%) teve profundidade da lesão superficial, 78,4% tiveram lesão profunda e 59,5% tiveram

lesão total. Destaca-se que na amostra encontram-se pacientes classificados aqui com várias áreas do corpo queimadas, portanto as categorias ligadas à SCQ e profundidade também não são excludentes (Tabela 2).

Pela análise da SCQ na Unidade de Tratamento de Queimados de Belo Horizonte - MG, Leão et al. (2011) mostrou o tórax anterior (60,2%) como mais frequente, seguido dos membros superiores (53,8%) e a cabeça (51%). Segundo Luz e Rodrigues (2014), dos pacientes atendidos no Centro de Tratamento de Queimados de Maceió - AL obteve dados que diferem da presente pesquisa, com a lesão do tronco em 50% dos casos, porém relacionado à profundidade da lesão teve dados similares com mais frequência a lesão de 2º grau profunda (61,40%) dos casos, depois lesões de 3º grau ou de espessura total (20,46%) e as lesões superficiais de 1º grau (17,54%). Já nas informações encontradas no estudo de Silva, Farias e Maciel (2014), no Pronto Socorro de Queimaduras de Goiânia – GO identificou-se maiores casos de queimaduras de 3º grau (61%), seguidos das lesões de 2º grau (13%); 7% das lesões foram de 1º grau e 19% apresentaram queimaduras mistas.

Para Teodoro e Paiva (2013) fazer o diagnóstico quanto à profundidade da queimadura se constitui um desafio para o profissional, pois tem características muito singulares de serem diferenciadas devido aos aspectos de mudanças na lesão na fase após o trauma.

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes adultos, vítimas de queimaduras, do ambulatório de reabilitação de um hospital da Rede Pública Estadual de Saúde em Recife-PE:

Características	Estatística
Agente etiológico	
Incêndio	2 (5,4%)
Explosão	6 (16,2%)
Líquidos/sólidos/ objetos superaquecidos	11 (29,7%)
Chama por Inflamáveis	11 (29,7%)

Choque elétrico	6 (16,2%)
Lesão por atrito	1 (2,7%)
Causa	
Acidente doméstico	18 (48,6%)
Acidente de trabalho	11 (29,7%)
Lazer	1 (2,7%)
Violência	1 (2,7%)
Acidentes automobilísticos	6 (16,2%)
Superfície corporal queimada**	
Cabeça	2 (5,4%)
Face	9 (24,3%)
MMSS*	28 (75,7%)
Tronco	14 (37,8%)
MMII*	22 (59,5%)
Profundidade da Lesão**	
Superficial (1º e/ou 2º Grau)	20 (54,1%)
Profunda (2º Grau)	29 (78,4%)
Total (3º e/ou 4º Grau)	22 (59,5%)

*MMSS: Membros Superiores/ MMII: Membros Inferiores;**Categorias não excludentes

Na análise da medida de autoestima (figura 1), encontram-se o percentual de respostas dadas pelos entrevistados a cada questão da Escala de Autoestima de Rosenberg, destacando as questões positivas e negativas em torno do sujeito.

Quanto à classificação dos níveis de autoestima (AE), Gomes e Silva (2013, p.511) afirmam:

Ter uma AE alta é sentir-se confiantemente adequado à vida, é tender-se a um “afeto positivo”, acreditar na sua competência e no seu valor, demonstrar capacidade para lidar com desafios e conseguir adaptar-se mais facilmente a uma determinada situação. Ter uma AE média é flutuar entre sentir-se adequado e inadequado, certo ou errado como pessoa. Uma AE baixa é sentir-se errado como pessoa. Normalmente, são indivíduos mais sensíveis a críticas, tem sentimentos de menos valia, inferioridade, isolamento, insegurança, rigidez,

medo do novo, conformismo e postura defensiva.

A média geral da escala dos pacientes foi de 27,5 pontos, mínimo de 18 e máximo de 37 pontos (figura 2). Destaca-se que foram classificados como baixa autoestima, quem alcançou até 20 pontos, como média autoestima, entre 21 e 30 pontos e, finalmente, como alta autoestima, os que pontuaram entre 31 e 40 pontos, seguindo estudo de Gomes e Silva (2013).

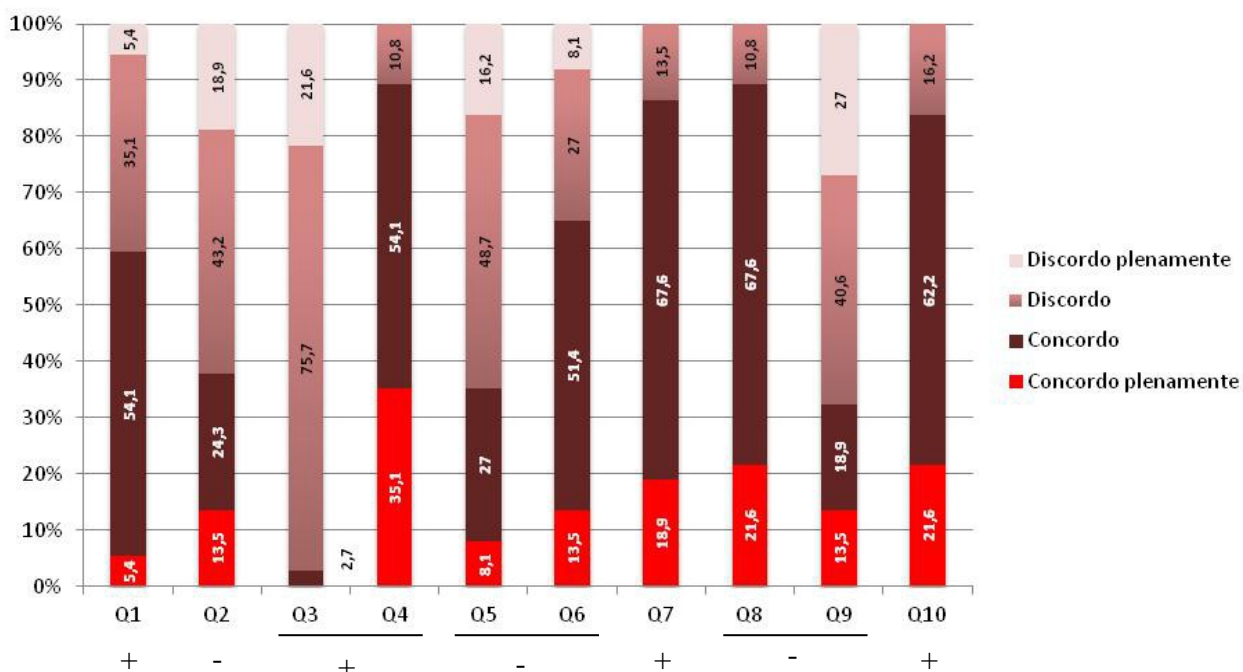
Segundo a classificação da autoestima, 5,4% dos pacientes apresentavam baixa autoestima, enquanto que 75,7% tinham média autoestima e 18,9% alta autoestima (figura 3). A literatura destaca a média autoestima como um “flutuar entre sentir-se adequado e inadequado, certo ou errado como pessoa” (GOMES; SILVA, 2013, p. 511), o que pode fazer supor uma instabilidade emocional, que, no caso da vítima de queimaduras, poderia estar relacionado à necessidade de adaptação a uma nova imagem corporal e aos hábitos diários, após a queimadura, sobretudo no grande queimado.

Nesta relação entre autoestima e a lesão por queimadura, a literatura pesquisada a partir dos descritores deste estudo, não se encontrou dados recentes, sendo identificada a publicação de Silva e Silva (2002), com 80 pacientes atendidos em ambulatório de sequelas de queimaduras do Hospital das Clínicas de São Paulo (HC-FMUSP), utilizando um instrumento diferente do adotado no presente estudo para avaliar autoestima. Obteve nos seus resultados que 18,75% dos pacientes apresentaram baixa autoestima, 32,50% média autoestima e a maioria somando 48,75% apresentaram alta autoestima. A dificuldade de encontrar publicações recentes, na língua portuguesa, que tenham utilizado a Escala de Autoestima de Rosenberg com pacientes adultos com queimaduras, aponta para a importância da pesquisa em questão. Porém, impede no momento, a possibilidade de comparação dos resultados com outros que tenham semelhança quanto ao objetivo e instrumentos de coleta de

dados.

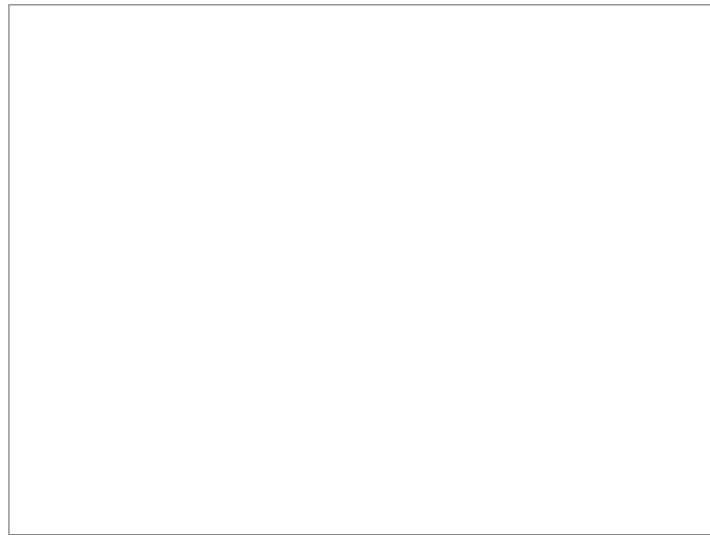
Laporte e Leonardi (2010) destacam em sua pesquisa de revisão de literatura, o transtorno de estresse pós-traumático associado às sequelas após o trauma de uma queimadura, que, embora não seja objeto deste estudo, chama atenção para o fato da injúria térmica poder afetar a autoestima, uma vez que a “manutenção da autoestima nos pacientes vítimas de queimaduras revela ser o principal fator na reabilitação social” (BOWDEN et al, 1980 apud LAPORTE; LEONARDI, 2010, p.111). Assim, destacam os autores, que “a queimadura é sempre num contexto de vida uma ruptura, um traumatismo” (p.109). Muitas vezes nas mudanças apresentadas no pós-trauma, o sujeito encontra dificuldades no cotidiano para ter uma maior autonomia e de sentir-se útil para si e na relação com as pessoas. O paciente que passa por cuidados de saúde multiprofissional, inclusive de forma interdisciplinar, e que conta com o apoio familiar, tem grandes chances de evoluir com maiores benefícios em sua qualidade de vida.

Figura 1. Análise da medida de autoestima pela Escala de Autoestima de Rosenberg, dos pacientes adultos com queimaduras atendidos no ambulatório de Fisioterapia de um hospital da Rede Estadual de Saúde em Recife-PE:



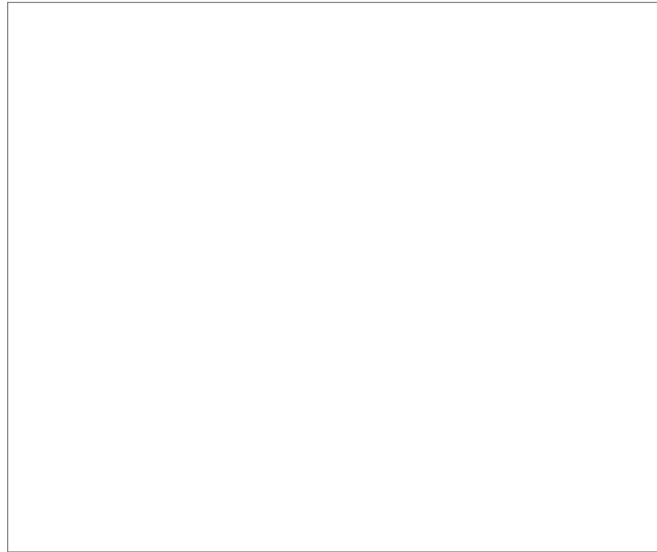
- Q1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a)
- Q2. Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros)
- Q3. Eu sinto que tenho um tanto (um número) de boas qualidades
- Q4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas)
- Q5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar
- Q6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)
- Q7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas
- Q8 Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (dar-me mais valor)
- Q9. Quase sempre estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracasso (a)
- Q10 Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos, e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a)

Figura 2 – Média pela Escala de Autoestima de Rosenberg, dos pacientes adultos com queimaduras atendidos no ambulatório de Fisioterapia de um hospital da Rede Estadual de Saúde em Recife-PE:



Média de $27,5 \pm 4,5$ pontos, mínimo de 18 e máximo de 37 pontos.

Figura 3 – Classificação de Autoestima dos pacientes adultos com queimaduras atendidos no ambulatório de Fisioterapia de um hospital da Rede Estadual de Saúde em Recife-PE:



Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi avaliar a autoestima em pacientes adultos com queimaduras. Identificou-se elevada taxa de mulheres (67,6%) com queimaduras, a população investigada encontrava-se com média de idade de 39,9 anos (idade mínima de 19 e máxima de 59 anos) e boa parte dos acidentes ocorreram em ambientes domiciliares (48,6%), seguidos pelos acidentes de trabalho (29,7%). Esse perfil chama atenção para a necessidade de intervenções no nível de prevenção primária, por parte das Políticas Públicas de Saúde, especialmente para evitar acidentes domésticos, posto que esse ambiente deveria ser considerado o mais seguro para as pessoas. Chama-se atenção, ainda, para a taxa de quase 30% de acidentes de trabalho por queimaduras, o que poderia ser objeto de novos estudos e pesquisas relacionadas às medidas de segurança do trabalho no sentido de garantir a proteção do trabalhador em suas atividades laborais.

Percebe-se, desta forma, a importância de providências públicas mais eficazes para educar a população quanto ao risco de queimaduras, podendo ser evitadas e reduzir a prevalência dos casos, inclusive em épocas festivas no Nordeste do País, como as

festas juninas, por exemplo, em que hábitos incluídos nas crenças populares, como o “pular fogueira”, usar fogos de artifícios, dentre outros, também faz suas vítimas.

A faixa etária jovem aponta para uma idade produtiva, em que essa parte da população estará ausente de suas atividades laborais, ou ainda, com limitações que podem perdurar por um longo espaço de tempo ou serem irreversíveis. Ao associar esses dados à questão da autoestima, esse cenário pode ser ainda mais grave, uma vez que a dor, as deformidades provocadas pela pele com queimaduras, inclusive nas mais graves e extensas, podem interferir na relação do sujeito com seu meio social.

Neste estudo, um fator motivador identificado foi o resultado da análise de autoestima, onde a baixa autoestima obteve escore mínimo, entretanto, a média autoestima como a mais encontrada, aponta para a insegurança, frente a uma instabilidade emocional que oscila entre autovalor positivo e negativo. Esse informe pode revelar a existência de fragilidade psíquica, no qual reflete a inevitabilidade de atenção e cuidados psicoterapêuticos.

Destaca-se, assim, a necessidade de ampliar estudos nessa temática que considerem a importância dos fatores psicossociais na reabilitação do paciente com queimaduras, para fortalecer a autoestima de modo que seja capaz de ressignificar a vida frente às sequelas sofridas no trauma, juntamente com a presença da rede de apoio no auxílio à aceitação da figuração da imagem corporal e no retorno às atividades de vida diárias com mais independência.

A reação ao longo período de adoecimento trazido por uma queimadura, reflete a subjetividade que torna cada pessoa diferente da outra, independente de estarem na mesma situação. Dito de outra forma, sofrer uma queimadura, como qualquer outro processo de adoecer, também pode oferecer chances de dar significado favorável à vida, mesmo com a presença de sequelas, sejam no aspecto estético, funcional e/ou

psicológico, pois a relação que o mesmo terá com sua vida pós-trauma, é que irá refletir no seu investimento emocional de amor próprio, de autovalor e perspectivas positivas em relação a si mesmo no presente e para o futuro.

Nesse contexto, o papel da equipe multiprofissional interdisciplinar de saúde, também pode enriquecer numa melhor qualidade de vida, através de uma conduta humanizada por meio das suas especialidades, com a intervenção cuidadosa aos pacientes/famílias e no respeito à singularidade e ao autocuidado.

Referências

- AZULAY, D R; AZULAY, R D. **Dermatologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- BESSA, Jackeline Karla Martins; SILVA, Tatiana Eny Oliveira da; ROSA, Suely Marques. Mulheres vítimas de queimaduras: um olhar sobre as atividades de vida diária. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 19, n. 2, 2011.
- BORGES, Fábio dos Santos. **Dermato – Funcional: Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas**. 2 ed. São Paulo: Phorte, 2010.
- CARRETONI FILHO, Hipólito; PREBIANCHI, Helena Bazanelli. **Exame Clínico Psicológico**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- COSTA, Maria Cristina Silva et al. Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras. **Cogitare enferm**, v. 15, n. 2, p. 209-16, 2010.
- ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena et al. Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. **Rev. bras. queimaduras**, v. 11, n. 3, p. 120-124, 2012.
- GOMES, Nathália Silva; SILVA, Sueli Riul da. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 509-16, 2013.
- GONÇALVES, Natália et al. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. **Rev latino am. enfermagem [Internet]**, p. 622-30, 2011.

GUIMARÃES, Marcelo Alves; SILVA, Flávia Bússolo da; ARRAIS, Alessandra. A atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados. **Rev. bras. queimaduras**, v. 11, n. 3, p. 128-134, 2012.

HUTZ, Claudio Simon; ZANON, Cristian. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

LAPORTE, Gustavo Andreazza; LEONARDI, Dilma Francisco. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 9, n. 3, 2010.

LEÃO, 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, 2011.

LUZ, Sylmara da Silva Almeida; RODRIGUES, José Erickson. Perfis epidemiológicos e clínicos dos pacientes atendidos no centro de tratamento de queimados em Alagoas. **Rev. bras. queimaduras**, v. 13, n. 4, p. 245-250, 2014.

MARQUES, Michela Domingues; AMARAL, Valquíria do; MARCADENTI, Aline. Perfil epidemiológico dos pacientes grandes queimados admitidos em um hospital de trauma. **Rev. bras. queimaduras**, v. 13, n. 4, p. 232-235, 2014.

MAÇOLA, Ligia; VALE, Ianê Nogueira do; CARMONA, Elenice Valentim. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 570-577, 2010.

MELO, Marcela Maria Medeiros de; LIMA, Silvia Karla Bezerra de. Queimados e imagem corporal: abordagem do terapeuta ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v.22, n. Suplemento Especial. 02, 2014.

MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática Hoje**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINTO, José Manuel; MONTINHO, Luís Miguel Silva; GONÇALVES, Pedro Ricardo Coelho. O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. 81-92, 2010.

SILVA, Gabriela Moreira Alves e; FARIAS, Giovana Loiola de; MACIEL, Mariana de Ávila. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no pronto-socorro de queimaduras de Goiânia em agosto de 2013. **Rev. bras. queimaduras**, v. 13, n. 3, p. 173-176, 2014.

SILVA, Milena Froes da; SILVA, Maria Júlia Paes da. A auto-estima de pacientes ambulatoriais com queimaduras. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2002.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 7ª edição, 2013.

TEODORO, Adriane Lopes; PAIVA, Verônica da Silva. Perfil epidemiológico de pacientes queimados admitidos em um serviço terciário de Caxias do Sul-RS. **Rev. bras. queimaduras**, v. 12, n. 2, p. 108-111, 2013.

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da Pesquisa: “Autoestima em pacientes adultos com queimaduras”

INTRODUÇÃO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa sobre: **“Autoestima em pacientes adultos com queimaduras”**, que faz parte da projeto **“Atenção Fisioterapêutica no sistema tegumentar –**

avaliação e intervenção". As pesquisadoras responsáveis são as professora Cláudia Fonseca 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. **Se** decidir 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 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-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que o esteja atendendo.

OBJETIVO

Este estudo pretende avaliar a autoestima e o nível de independência funcional em pacientes adultos com queimaduras.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO

Se concordar em participar deste estudo você será avaliado 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. Você receberá atendimento e orientações fisioterapêuticas apropriadas ao seu problema. 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 você já realiza seu tratamento fisioterapêutico. Seus 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 DEVOUÇÃO 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 não será identificado quando o conteúdo de suas 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 assina-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 me retirar 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 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 do Entrevistado

Assinatura

Local/Data

Nome da Testemunha

Assinatura

Local/Data

Anexo 2

Questionário para coleta de dados pessoais, sócio demográficos e clínicos

Data da avaliação: _____

Dados pessoais:

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Raça: _____ Escolaridade: _____

Local de residência: _____

Profissão: _____

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 ao trabalho? NÃO () SIM ()

Se NÃO por que:

Consegue realizar atividades em casa, fora de casa e no lazer, que realizava antes da queimadura?

NÃO () SIM ()

Se NÃO por que:

Anexo 3**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
0	1	2	3

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---

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

0	1	2	3
---	---	---	---