



Revista de Enfermagem | Journal of Nursing

Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra
Portugal

Pinto, José Manuel; Silva Montinho, Luís Miguel; Coelho Gonçalves, Pedro Ricardo
O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no
processo de queimadura

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 1, julho, 2010, pp. 81-92

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239960010>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura

The Individual and the Burn: changes in the dynamics of the individual's subsystem during a burn process

El Individuo y la Quemadura: las alteraciones de la dinámica del subsistema individual en el proceso de quemadura

José Manuel Pinto*; Luís Miguel Silva Montinho**; Pedro Ricardo Coelho Gonçalves***

Resumo

O presente artigo tem como finalidade estudar as alterações vivenciadas pelo doente queimado no subsistema individual. Trata-se de um estudo qualitativo, de carácter exploratório-descritivo, no qual foi utilizada a análise de conteúdo (Bardin, 1979) para o tratamento da informação recolhida. Realçamos que o processo fantasmático e relacional instalado no indivíduo com queimadura questiona e parece obrigar à reelaboração relacional (familiares e pessoas significativas) e decorre num tempo mais ou menos longo do qual destacamos três etapas: [0 – 2 meses], [2 – 12 meses] e [acima dos 12 meses]. No primeiro realçamos o choque e a negação que envolve o indivíduo e os seus significativos, assim como a perda ou distorção da auto-imagem. Na fase intermédia sobressai uma certa depressividade e o reestruturar das relações e das prioridades de vida. Na fase final parece verificar-se uma integração da nova imagem corporal e uma estabilização das relações envolventes. Os resultados apontam para uma (re)construção de um novo paradigma pessoal, relacional e fantasmático do indivíduo queimado.

Palavras-chave: auto-imagem; vinculação; relação familiar; queimadura.

Abstract

The purpose of this article is to study the changes experienced by the burned patient in his/her own subsystem. In this qualitative, exploratory, descriptive study, content analysis (Bardin, 1979) was used to analyse the data collected. It should be underlined that the phantasmatic and relational process established in the burned individual brings into question the relationships and demands a further relational elaboration (family members and relatives). It occurs over a more or less long period of time, in which we highlight three stages: [0-2 months], [2-12 months] and [over 12 months]. In the first stage, we point out the shock and denial experienced by the individual and his/her relatives, as well as the loss or distortion of body image. In the intermediate stage, some depressive symptoms and the restructuring of the relationships and priorities in life should be underlined. In the final stage, there is an integration of the new body image and the existing relationships are stabilized. The results indicate a personal, social and phantom restructuring to a new paradigm for the burn victim.

Keywords: self concept; attachment; family relations; burns.

Resumen

El presente artículo tiene como finalidad estudiar las alteraciones experimentadas por el enfermo quemado en el subsistema individual. Se trata de un estudio cualitativo, de carácter exploratorio-descritivo, en el cual fue utilizado el análisis de contenido (Bardin, 1979) para el tratamiento de la información recogida. Realzamos que el proceso fantasmático y relacional instalado en el individuo con quemadura cuestiona y parece obligar a la reelaboración relacional (familiares y personas significativas) y transcurre en un tiempo más o menos largo del cual destacamos tres etapas: [0 – 2 meses], [2 – 12 meses] y [más de 12 meses]. En el primero realzamos el choque y la negación que implica al individuo y a sus significativos, así como la pérdida o distorsión de la autoimagen. En la fase intermedia sobresaie una cierta depresión y la reestructuración de las relaciones y de las prioridades de vida. En la fase final parece verificarse una integración de la nueva imagen corporal y una estabilización de las relaciones envolventes. Los resultados apuntan hacia una (re)construcción de un nuevo paradigma personal, relacional y fantasmático del individuo quemado.

Palabras clave: auto-imagen; vinculación; relación familiar; quemadura.

* Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [jpinto@esenfc.pt]

** Enfermeiro no Serviço de Neurologia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE. [luismontinho@hotmail.com]

*** Enfermeiro no Serviço de Neurocirurgia 1 dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE. [pedrico_goncalves@hotmail.com]

Recebido para publicação em: 28.12.09

Aceite para publicação em: 21.05.10

Introdução

A Queimadura no indivíduo provoca alterações da imagem corporal e, consoante a profundidade e extensão da mesma, pode provocar alterações mais ou menos reparáveis na identidade do Eu. Propomos, por isso, estudar as alterações da dinâmica do subsistema individual decorrentes da queimadura e dos processos colocados em marcha, partindo dum estudo qualitativo exploratório. A questão que nos norteia é saber “quais as mudanças que ocorrem no indivíduo face à sua própria queimadura corporal?”

O enquadramento teórico aborda o queimado e as modalidades de vinculação, salientando-se a importância da vinculação e o rombo que a queimadura pode ter, por mobilizar melindres e fragilidades que após a queimadura podem matizar as relações e os vínculos do indivíduo. A queimadura provoca no indivíduo uma necessária (re)-elaboração da identidade no sentido de integrar os aspectos relacionados com a sua imagem de si.

A relação com as figuras significativas sofre um remanejamento no sentido de poder lidar com as marcas deixadas pela queimadura a um nível corporal, a um nível fantasmático e a um nível relacional.

O Queimado e a Vinculação

Numa cultura onde a aparência física é altamente valorizada, o desfiguramento visível pode afectar negativamente as reacções das pessoas em relação ao indivíduo com alterações da imagem corporal.

A importância da presença de uma figura de vinculação desde que nascemos é realçada por vários autores (Bowlby, 1984; Lacub e Maniglier, 2003). Na idade adulta, a presença de uma figura de vinculação, está normalmente relacionada com a família (Ainsworth, 1998; Bouteyre, 2002; Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008) e com o grupo de amigos/pares (Pinto, 2009). São pessoas em quem se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância, pessoas que se preocupam connosco, nos amam e nos dão valor, transmitindo tranquilidade, conforto e segurança.

A vinculação no adulto tem, na sua génese, a diáde mãe-bebé que se alarga, paulatinamente, a outros parceiros de relação próxima (pais, irmãos, avós, familiares e amigos próximos, colegas de infantário,

escola básica e secundária, etc.). Numa fase inicial – denominada por Erikson (1998) como auto-esfera e micro-esfera – a criança constrói uma auto-imagem espelhada no desejo e no encontro com a figura cuidadora. O olhar materno devolve à criança um esboço da sua imagem corporal. O amor e o encontro são determinantes nesta construção mental que dará origem ao ego corporal e ao esquema corporal básico que cada indivíduo faz de si mesmo. Qualquer distorção na imagem corporal representada pelo sujeito acerca de si parece instalar, de novo, uma reconstrução e apela, uma vez mais, à participação das relações mais próximas e estáveis, ou seja, à interferência das figuras vinculativas.

O doente queimado é melindrado e maculado no seu esquema corporal e, por isso, apela pelo apoio dos familiares e amigos. Este apoio das figuras vinculativas tem um efeito positivo no bem-estar e na saúde, independentemente do nível de *stress*. Sabemos que quanto maior for o apoio familiar e social maior será o bem-estar psicológico do indivíduo (Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008).

O apoio familiar participa, em nosso entender, na reconstrução da imagem corporal distorcida pelo acidente, tornando mais tolerável e aceitável os contornos novos do corpo, confirmando a sua pertença familiar (Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008) e reforçando o seu sentimento de pertença (Minuchin, 1982) que, porventura, tenha sido abalado pelo acidente.

O apoio social (Serra, 2007, p. 137 ao citar Weiss), por seu lado, tem como funções:

- “Estabelece elos afectivos que propiciam um relacionamento mais íntimo e dão à pessoa uma maior segurança;
- Contribui para a integração social do indivíduo, na medida em que este sente que pertence a um grupo de pessoas com interesses e preocupações semelhantes;
- Favorece o reconhecimento do valor e da competência do indivíduo;
- Institui a possibilidade de dar e de receber conselhos e informações orientadoras;
- Ajuda a fomentar uma relação de confiança nas expectativas de ajuda, de modo que o ser humano passa a esperar ser assistido incondicionalmente em alturas de necessidade;
- Cria a oportunidade ao ser humano de prover cuidados a outras pessoas, o que o leva a sentir-se útil e necessário para o bem-estar de terceiros.”

As figuras de vinculação transmitem ao doente queimado, principalmente três tipos de apoio: *afectivo* – as pessoas que o recebem sentem-se estimadas e aceites pelos outros apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorara sua auto-estima; *emocional* – corresponde aos sentimentos de apoio e de segurança que um indivíduo pode receber; e *convívio social* – quando uma pessoa convive com outras, em actividades de lazer ou culturais, que não só a distraem como a podem aliviar das tensões acumuladas no dia-a-dia, tais actividades permitem que não se sinta isolada e se considere parte integrante de uma determinada rede social (*idem*, 2007).

Estes tipos de apoio proporcionam sentimento de pertença e facilitam a (re)integração social do sujeito queimado.

A importância destas relações interpessoais ricas em emoções e incentivos reforça de um modo positivo os vínculos estabelecidos anteriormente e interfere no desenvolvimento individual e na aprendizagem de novas experiências, em tempos de adversidade.

De acordo com Roberts e Pruitt (1980), tanto o doente como a família devem ser esclarecidos e, se o desejarem, acompanhar de forma activa todo o processo terapêutico para que, desta forma, continuem a tecer fortes vínculos afectivos que possibilitem um progresso do indivíduo doente.

As relações familiares são, geralmente, fortalecidas e aprofundadas através de um processo que ocorre em duas etapas: por um lado, o familiar doente reconhece o apoio emocional que lhe é fornecido, vendo também reconhecido o seu valor enquanto pessoa e ser único, apesar da sua aparência alterada; por outro lado, esse apoio permite-lhe exprimir os seus sentimentos dando-lhe alguma força psicológica.

Muitas vezes, o doente queimado ao centrar-se em si próprio, tende a desligar-se da família e dos grupos de amigos. Nesta situação, tanto o doente queimado como a família vão precisar de ajuda e, segundo Bonilla (1989), a possibilidade de êxito é tanto maior quanto mais cedo o doente e a família receberem uma ajuda do exterior. Esta, sempre que possível, deve realizar-se no seu meio, por pessoas qualificadas e credibilizadas na própria família.

É importante que o doente queimado continue a fortalecer os seus vínculos afectivos, para que a sua reabilitação seja facilitada.

O Queimado e a Identidade do eu

A queimadura provoca no indivíduo uma mudança quase sempre irreversível. Em certas situações, o indivíduo pode não tolerar as mudanças que ocorrem dentro de si próprio ou na realidade, ameaçando o seu sentimento de identidade do *Self* e, conseqüentemente, as suas representações e/ou relações com o mundo exterior. Esta ameaça conduz a uma angústia face à mudança que desvela a necessidade do indivíduo se reassegurar que existe uma consistência das figuras significativas (Anzieu, 1994), de que tudo permanece e que as estruturas não se modificam (Grinberg e Grinberg, 1998).

A tendência ou necessidade para evitar mudanças pode alcançar, em certas ocasiões, um alto grau de rigidificação patológica (Minuchin, 1982), que pode conduzir a uma compulsão à repetição, à necessidade de conservar, a qualquer custo, os aspectos e modalidades da realidade e do *Self* que, por consequência do acidente, se transfiguraram e que, por isso, não se querem expor.

A mudança pode, então, provocar sentimentos depressivos e de angústia, quando esta ameaça a perda de vínculos anteriores (Black, 2008), a perda de aspectos próprios do *Self*, ou seja, quando ameaça a perda do amor do objecto (Matos, 2007) e de si mesmo. A não aceitação do luto da “imagem do corpo imaculado” poderá levar à instalação de uma situação depressiva (*idem*, 2007).

A restauração e consolidação do sentimento de identidade depende, não apenas do mundo interno do indivíduo, mas também de uma série de factores sociais e económicos que podem funcionar de modo a facilitá-la ou dificultá-la. De acordo com Canhão (1996), o ajuste ou não, das pessoas a estas reacções pode depender de factores como a quantidade e qualidade do suporte familiar e social, reacções pessoais à lesão e a aquisição de competências pessoais para lidar com o novo corpo e com o impacto da sua imagem na relação com os outros que o rodeiam.

Os acontecimentos que implicam mudanças pessoais e sociais importantes podem converter-se em factores que desencadeiam reacções de extrema angústia, porque são vividos por muitos indivíduos como perdas ou ameaças de perda de identidade do *Self* e da representação social estabelecida.

A mudança implica uma incursão no desconhecido, o comprometimento com factos futuros que não são

previsíveis e ter de enfrentar as suas consequências. Inevitavelmente, esta situação provoca dúvidas, sentimentos de ansiedade e depressão e a tendência para se agarrar ao conhecido e ao familiar de forma a evitar o novo.

O sentimento de identidade – “o eu sou eu” – é muito mais do que a sensação corporal, embora a imagem corporal esteja na base dessa identidade. Na opinião de Grinberg e Grinberg (1998), baseando-se em Laing, os olhos, as mãos, o rosto e os genitais são as áreas mais significativas para o reconhecimento do próprio corpo e dos outros. A noção do corpo é essencial para a consolidação da identidade do indivíduo.

As queimaduras afectam vulgarmente áreas expostas, face e mãos, que contribuem de modo significativo para a nossa imagem corporal e identidade. As imagens de pele carbonizada, cicatrizes e desfiguração são traumáticas. Alguns autores para denominar algumas das consequências emocionais no caso dos queimados graves utilizam expressões como: “identidade destruída” e “morte social” (McSweeney, 1990).

As lesões por queimadura impõem uma nova realidade à pessoa, um processo de readaptação longo e doloroso (Pinto, Montinho e Gonçalves, 2008). Este processo é composto por cinco fases: *negação, revolta, discussão, depressão e aceitação* (McSweeney, 1990). As três primeiras fases são habitualmente identificáveis no hospital durante o internamento, com realce para a fase de discussão onde o doente negocia com os profissionais de saúde a sua situação e cria expectativas no sentido de melhorar o seu estado de saúde e identidade. No entanto, o processo não é linear e, embora a nível cognitivo haja evoluções, a perspectiva de muitos doentes relativamente à sua nova identidade é incontornavelmente de negação da imagem que têm de si próprios. Alguns dos doentes nunca chegam a uma fase de aceitação embora possam conseguir adaptar-se e reentrar na sociedade, interrogando-se, no entanto, acerca do seu sentimento de pertença a essa mesma sociedade.

Ainda durante o internamento e após a alta hospitalar o doente queimado deve ser cuidado no âmbito da satisfação das suas necessidades psicológicas, que podem ser agrupadas em seis parâmetros: *controlo, auto-estima, confiança, perda, culpa e intimidade* (Barry citado por McSweeney, 1990, p. 23).

É, normalmente, após a alta hospitalar que se

colocam as maiores dificuldades. Durante os anos de recuperação da lesão por queimadura, as cicatrizes evoluem e a evidência do desfiguramento tem de ser incorporada na vida do doente. Esta situação pode decorrer, muitas vezes, escondida no silêncio e no isolamento, constituindo no limite uma área de segredo familiar (Berger e Paul, 2008). As visitas ao cirurgião plástico, para revisão de cicatrizes, podem reabrir feridas emocionais que expõem mais uma vez a dor. A lesão é colocada de novo em primeiro plano, e ainda que alguma melhoria possa ser oferecida, a permanência do desfiguramento tem de ser encarada.

Na opinião de Canhão (1996, p. 225) “apesar de muitos estudos terem já sido realizados nesta área, nenhum deles estabeleceu serem mais geradores de disfunções as queimaduras visíveis (como é o caso das mãos e face), do que aquelas que geralmente não estão expostas.”

Os doentes com queimaduras graves apresentam alguns factores predisponentes que podem potenciar sequelas psicológicas: a gravidade da queimadura; o tempo de hospitalização e o abuso de álcool e/ou drogas. Königová (1992) confirma estes resultados, referindo que se verifica um aumento de sequelas psicológicas nos doentes com queimaduras na face. Entre estas sequelas, o autor descreve o síndrome da face desfigurada como sendo um síndrome difuso que leva a uma parcial ou completa perda da identidade. Os doentes manifestam a perda do seu papel social, conjuntamente com sentimentos de vazio.

A mesma opinião é partilhada por Ayuso e Parra (1998), os quais referem que os doentes com queimaduras extensas sofrem alterações súbitas e bruscas da imagem corporal, sobretudo quando as queimaduras afectam zonas que não se podem ocultar, como será o caso da face e das mãos.

No estudo de Königová, referido anteriormente, o autor confirma o carácter somatopsíquico da queimadura, conferindo à componente psicológica um determinante fundamental, capaz de provocar, por si só, a morte do doente. Este autor relata casos em que o prognóstico era relativamente favorável, mas que resultaram na morte do doente, devido ao *stress* emocional (Königová, 1992).

Por outro lado, foram descritos exemplos de doentes queimados que sobreviveram a uma queimadura grave e que recuperaram (também do ponto de vista psicológico), apesar do prognóstico não ser favorável.

A sua sobrevivência e recuperação apenas foi possível graças a mecanismos de defesa internos, potenciados pelo apoio e encorajamento da família.

Ainda segundo o mesmo autor, alguns doentes com lesões relativamente pouco extensas, mas cuja face foi afectada podem desenvolver a chamada “morte social”. Esta pode instigar o suicídio, a menos que seja dado atempadamente uma efectiva ajuda psicológica, quer seja directamente por um psicólogo ou indirectamente pelo apoio dos familiares (*idem*, 1992).

Estes comportamentos parecem ser causados pela tomada de consciência de uma deficiência estética, pelo medo do futuro, repulsa em relação à sequele e o sentimento de incerteza social

De acordo com Canhão (1996, p. 226) ao citar Watkins e Colaboradores, estes desenvolveram um modelo para o processo adaptativo após a lesão por queimadura composto por sete etapas:

- 1 – “Ansiedade de sobrevivência;
- 2 – O problema da dor;
- 3 – A procura de significado;
- 4 – Investimento na recuperação;
- 5 – Aceitação das perdas;
- 6 – Investimento na reabilitação;
- 7 – Reintegração da identidade”.

Esta divisão por etapas teria como objectivo facilitar a intervenção no processo adaptativo e assegurar ao doente uma melhor e mais completa recuperação, uma vez que o doente queimado sofre um processo evolutivo particular e que se diferencia claramente da evolução e recuperação de doentes com outras patologias.

Em relação ao auto-conceito físico e auto-imagem, embora muitos autores concluam que as vítimas de queimaduras fazem ajustamentos satisfatórios, outros reportam sintomas psicopatológicos que contrastam com este optimismo.

Uma teoria que poderia explicar esta situação seria a de que em geral as pessoas que são capazes de manter expectativas positivas, mesmo quando encontram obstáculos, continuarão a tentar atingir os seus objectivos. As pessoas com expectativas negativas, no entanto, terão maior probabilidade de desistir de posteriores tentativas para prosseguimento dos seus objectivos (*idem*, 1996).

Metodologia

O presente estudo qualitativo exploratório pretende compreender melhor a seguinte questão de investigação:

- Quais as mudanças que ocorrem no indivíduo face à sua própria queimadura corporal?

O meio de realização do estudo foi o Serviço de Consultas Externas da Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

O método de colheita de dados foi a entrevista, semi-estruturada, com perguntas abertas no sentido do entrevistado falar abertamente da sua experiência, sem se perderem os objectivos da mesma.

O guião final foi construído da seguinte forma: na primeira parte foram colhidos dados pessoais, clínicos e, ainda, houve a aplicação da Escala de Graffar Simplificada. Na segunda parte foram colocadas questões relativas à história individual (nomeadamente, “Sente que a sua maneira de ser se alterou com o acidente? Como?”, “Acha que o acidente alterou a sua relação com os outros? Como?”, “Qual a pessoa que melhore o apoio e compreende?”, “Como acha que lida agora com o seu acidente?”), de forma a saber como é que o doente queimado vivência a experiência interna e relacional de um acidente marcante.

As entrevistas foram realizadas no período que decorreu entre 31 de Janeiro e 25 de Fevereiro de 2003, aquando da ida dos utentes às Consultas Médicas ou de Enfermagem, para realização do tratamento à queimadura.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 21 doentes, maioritariamente do sexo feminino, num total de 62% (13 mulheres), com uma média de idades de 44 anos. No que se refere à escolaridade, a maior parte da amostra possui a instrução até ao Primeiro Ciclo (47%). Quanto ao tipo de queimadura, 90% apresentam etiologia térmica, 52% são de espessura total e 67% são queimaduras ligeiras, atingindo membros superiores em 62% e inferiores em 43%, seguido da cabeça e pescoço em 33%. Do total de entrevistados, 57% apresentou internamento hospitalar e 71% refere que não apresentou apoio psicológico. No que diz respeito ao tempo de ocorrência da queimadura,

verifica-se que 43% das queimaduras ocorreram há menos de 2 meses. Da análise do tipo de família verifica-se que: 42% pertence à Família de Classe Média, seguida da Família de Classe Média Baixa (29%). Quanto ao tipo de união, verifica-se que 95% dos indivíduos estão casados e apenas um se encontra em união de facto. No que se refere ao tempo de união/casamento, verifica-se que a média de tempo de casamento decorrido é de 20 anos.

Apresentação e discussão dos resultados

O tratamento da informação recolhida foi realizado através da análise de conteúdo (Bardin, 1979), procedendo-se a uma categorização da informação. Resultou daí uma grande diversidade de respostas relativas à mesma categoria, o que levou à criação de subcategorias que possibilitassem uma melhor compreensão dos dados obtidos nas entrevistas.

Havendo uma grande amplitude de variação das queixas em função do tempo de ocorrência da queimadura, optou-se pela análise das mesmas segundo um critério temporal, que emergiu do relato dos inquiridos e foi organizado em três tempos, tendo em conta o tipo de queixas relatado. Assim, subdividiram-se os indivíduos da amostra em três grandes grupos de intervalos temporais, sendo estes: dos [0 – 2 meses[com 9 entrevistados, [2 – 12 meses[com 7 entrevistados e [acima dos 12 meses[com 5 pessoas entrevistadas.

Quanto à história individual obtivemos três categorias: *maneira de ser; relação com os outros e suporte/apoio; e reacção ao acidente.*

a) Maneira de ser

Os elementos da amostra ao serem questionados face à **maneira de ser** deram uma maior relevância ao *humor, comportamento e imagem corporal*. Poder-se-á dizer que, inicialmente, é relatado um impacto emocional causado pela proximidade temporal do acidente. A tomada de consciência das alterações comportamentais e da imagem corporal é evidente desde a fase de impacto, tornando-se mais relevante com o decorrer do tempo, o que se poderá relacionar com a consciencialização das consequências do acidente e do impacto inicial. Desta forma, relativamente ao *humor*, este é percebido

como *alterado*. Este facto verifica-se no doente queimado da amostra desde dias de queimadura até à pessoa atingida há mais de 12 meses, o que mostra que o acidente pode alterar o estado emocional e afectividade da pessoa. Verifica-se que o sentimento mais presente é a tristeza:

“sinto-me triste por ter acontecido aquilo”

“sinto-me triste, nunca mais tive alegria”

Houve um entrevistado que chegou mesmo a comparar o acidente com a morte de um ente querido:

“... meteu-se-me uma tristeza tão grande dentro de mim. Faz de conta que foi uma pessoa, uma das minhas filhas ou o meu marido que morreu.”

Verifica-se, ainda, a referência à expressão de tristeza associada ao medo da alteração da *imagem corporal* e/ou da *funcionalidade*. Outros sentimentos referidos foram a irritabilidade e a revolta após o acidente.

No que diz respeito ao *comportamento*, verifica-se que, após os 12 meses de queimadura, há uma clara aceitação da *alteração* pelo reconhecimento das mesmas, referindo terem ficado mais nervosos, mais sisudos e menos pacientes:

“sinto que sou muito mais nervoso... qualquer coisa me atrapalha... era uma pessoa que me sentia perfeitamente à vontade. E hoje não”

“perdi a paciência... andava irritado e era difícil aceitar as opiniões dos outros”

Nos intervalos de tempo [0 – 2 meses[e [2 – 12 meses[verifica-se uma *alteração* do *comportamento* manifestada por uma maior ansiedade e medo de se voltar a queimar:

“ando diferente... irritado-me com facilidade... eu enervo-me”

“para a próxima vou ter mais cuidado”

Verifica-se, também, existirem expressões que revelam *alterações* positivas, onde a adversidade gerou um movimento de (re)aproximação às figuras de vinculação e uma maior disponibilidade para as novas situações:

“Tomei maior consciência dos perigos. Estou mais compreensiva, mais disposta para as relações entre as pessoas”

“Tenho dado mais atenção à minha filha.”

Por fim, também se encontram expressões de *imutabilidade* que se manifestam por:

“Mas a minha maneira de ser é precisamente igual. Sou uma pessoa muito alegre...”

“Acho que sou a mesma pessoa... Sempre fui calmo e continuo a ser calmo.”

Sabemos que a queimadura provoca crise, no sentido dado por Minuchin (1982¹) pelo que, as respostas de *imutabilidade* face ao *comportamento* podem indicar uma dificuldade de aceitação ou mesmo a negação da crise instalada. Esta situação pode levar, no limite, à rigidificação do sistema, pois, os restantes membros do sistema familiar podem ter eles mesmos dificuldades para lidarem com a resistência do seu membro doente e, desta forma, criar-se uma área de segredo intocável na família e no doente (Berger e Paul, 2008).

Numa outra perspectiva alguns autores, (Mahler, 1981; Grinberg e Grinberg, 1998) consideram que o sentimento de identidade se constrói a partir das sensações corporais, assumindo a imagem corporal a base dessa identidade. As percepções visuais têm, a par das sensações proprioceptivas um papel importante na formação da identidade.

Nos indivíduos sujeitos a queimaduras verifica-se que o decurso do tempo tende a cunhar uma tendência para a aceitação das suas consequências:

“vejo-me da mesma forma, no meu exterior”

“A minha imagem não me transtorna nada... Vou para a praia sem problemas.”

Constata-se, ainda, que alguns indivíduos vivem com transtornos relativos à *imagem corporal*, isto é, há consciencialização da *alteração*:

“Se antes ia à praia, agora já não vou... tenho vergonha das manchas e dos buracos que tenho... ando com a roupa por cima e na cara não fiquei com grandes alterações.”

Nos primeiros tempos de queimadura, até ao ano, observa-se que existem muitas expressões *ambivalentes* o que parece reflectir a não aceitação das alterações. Poder-se-á, ainda, dizer que estão na fase da discussão com uma confusão de ideias, que não permite uma clarificação de sentimentos. Estas expressões são:

“Pelo menos, a cara minimamente vai ficar boa. Tenho estas mazelas aqui, mas pronto. Não há nada a fazer.”

“Eu só vi o pé uma vez. Não senti grande coisa, mas dói-me.”

Há ainda indicadores que revelam *alteração* da *imagem corporal*:

“Tive medo... quando comecei a ver aquela carne comida... Senti-me assim um bocado mal.”

“Olho para a minha mão e vejo-a de forma diferente”

¹ O autor defende um duplo sentido para o conceito de crise, que envolve o risco de perturbação e a oportunidade de resolução.

“Não vou ficar igual... estou diferente!”

Estas expressões demonstram a vivência de uma fase de luto face à perda da imagem corporal. Como referem Bowlby (1993) e Walsh e McGoldrick (1998), num processo resolutivo de luto as pessoas apresentam-se tolerantes, flexíveis e mantêm-se capazes de ser criativas. Estas competências permitem-lhe evoluir para a resolução das perdas em questão. A resolução é um processo gradual, pois, cada indivíduo vive o seu próprio luto, de forma a não correr o risco de este se tornar patológico.

Pode-se, ainda acrescentar, que se a região do corpo afectada for uma área não visível, tapada por roupa, poderá não gerar tantos transtornos como se fosse numa região exposta, o que se pode verificar nas seguintes expressões:

“Sei que vou ficar marcada com uma cicatriz... não me incomoda até porque anda tapada...”

“Vou ficar com uma cicatriz mas é no pé.”

Sabe-se que o rosto é uma parte do corpo importante na identidade da pessoa. Os nossos dados não são conformes à perspectiva de Canhão (1996) quando refere que as queimaduras visíveis são tão geradoras de disfunção como as não visíveis e vão ao encontro do que defendem Königová (1992) e Ayuso e Parra (1998), quando afirmam existir maiores transtornos psicológicos nas pessoas lesadas na face e mãos — perda da identidade social, perda de papel social e sentimentos de vazio.

Quanto à *funcionalidade*, nos vários intervalos de tempo, houve elementos da amostra que manifestaram *alteração* da mesma relacionada com a incapacidade para executar algumas tarefas:

“quero fazer as coisas e não sou capaz”

“Não tenho a mesma capacidade para trabalhar, o que me afecta muito”

Estas alterações da funcionalidade vão provocar alterações na dinâmica familiar ao nível do desempenho dos diferentes papéis.

Poder-se-á referir que a queimadura afecta o ritmo de vida diária. Também podem acontecer *reações sintomáticas*, tais como, insónias, falta de apetite, dor, sudorese, etc. Estas reacções podem advir pelo facto do indivíduo atingido e da sua família terem dificuldades em lidar com o acidente e por tal facto, não existir apoio e partilha da dor, restando, então a resposta psicossomática da doença e a expressão corporal do desconforto.

Da análise realizada até agora é visível o luto pelo qual o indivíduo passa até atingir um novo estágio de

equilíbrio. A perda é sempre uma experiência dolorosa e, talvez por isso, difícil de esquecer. No entanto, com o passar do tempo, o indivíduo começa a reorganizar a sua vida, ultrapassando esta situação de crise, desde que não assuma movimentos de rejeição ou negação do facto ocorrido e possa integrar progressivamente a sua nova imagem corporal. A confirmação do amor do objecto familiar parece, também, ter um papel (re) assegurador para o indivíduo e a sua maneira de ser, em contraponto com o desencontro e temor da perda do amor do objecto (Matos, 2007) acima relatados.

b) Relação com os outros e suporte/apoio

A **relação com os outros** altera-se. Verifica-se que a relação com a *família nuclear* se modifica após a queimadura. Os movimentos de aproximação são evidentes nas expressões:

“A minha família apoia-me muito... recebo mais mimos”
“acho que ainda ficámos mais unidos”

Um outro efeito da aproximação pode ser uma maior afirmação da dependência, que pode dificultar a inserção psicossocial do membro familiar queimado: “A minha filha anda mais carente, não quer ir à escola para ficar comigo em casa”

Como verificamos o comportamento vincutivo sofreu alterações. Tal como refere Soares (1996) ao citar Ainsworth, este tende a ser reforçado ou enfraquecido por factores situacionais e, neste caso a queimadura origina alteração no campo vincutivo, originando alterações no padrão relacional.

Podem ainda acontecer respostas que vão de encontro à *imutabilidade*. Estas desvelam até ao ano após a queimadura uma certa rigidificação do sistema ou mesmo a negação da crise:

“Eles têm sido amorosos”

“Com a minha esposa continua tudo igual”

Após os 12 meses pode revelar uma reorganização familiar e uma aceitação da nova condição do indivíduo que origine *imutabilidade*, aquando da realização da entrevista:

“Com a minha esposa agora está tudo como era antes”

“Em casa agora a minha vida está bem”

Verifica-se, ainda, que dos [2 – 12 meses] surgiram respostas *ambivalentes*:

“Está tudo na mesma. Dizem que o mal é meu.”

Poder-se-á pensar que a *ambivalência* surge no percurso de reorganização do sistema em que se aceita a mudança, mas no mesmo sentido a nega, existindo uma dualidade de sentimentos.

Quanto à *família alargada* todos os indicadores revelam uma *alteração*. No período de [0 – 2 meses] as reacções da família alargada são positivas e evidenciadas pela aproximação:

“Houve uma aproximação com o meu pai.”

Com o decorrer do tempo, dos [2 – 12 meses] há consciencialização de *alterações* positivas relacionadas com a disponibilidade:

“A minha restante família demonstra interesse em saber como estou... disponibilidade para me ajudar”

No entanto, também há expressões que revelam *alterações* negativas como a falta de ajuda e de apoio e que também é predominante no período de [acima dos 12 meses]:

“Não tive muito apoio da minha família mas eles iam-me ver de vez em quando...”

Talvez esta consciencialização da falta de apoio se relacione com os movimentos centrípetos que a família nuclear vive e nem se apercebe do afastamento que faz do meio envolvente. Pode-se acrescentar, ainda, que a *família alargada* poderá começar a aceitar a queimadura, convivendo com a alteração como se não tivesse existido. Contudo, o doente ainda está a viver uma reorganização pessoal e familiar, pelo que o apoio dado não é o esperado.

Relativamente à *vida diária* esta é assumida como *alterada*, relacionando-se com a impossibilidade de realizar as tarefas do dia-a-dia:

“quem toca o barco sou eu e agora é o meu marido”

Bem como a impossibilidade de realizar a actividade laboral:

“estou de baixa.”

Quanto aos *amigos* nos primeiros 2 meses após a queimadura o doente refere *alteração* no relacionamento com os mesmos, evidenciado por uma maior aproximação e apoio:

“... têm-me lá enchido a casa.”

Com o decorrer do tempo, dos [2 – 12 meses] verificam-se expressões que revelam *alteração* principalmente negativa:

“Houve pessoas que só cá vieram para poder falar de mim.”

No período de [12 meses e mais] há o reconhecimento dos verdadeiros amigos, aqueles que sempre o apoiaram:

“Tenho amigos, mas são poucos. Agora sei os que o são verdadeiramente.”

Após a análise da **relação com os outros** verifica-se

que é fundamental o papel catalisador da família no processo curativo da doente, com o intuito de libertar possíveis tensões e conflitos (Bonilla, 1989). A família e o grupo de amigos dão apoio afectivo, emocional e de convívio social.

Por outro lado, poder-se-á dizer que a queimadura parece gerar uma crise, tornando-se um problema que não é apenas físico ou fisiológico, mas também relacional. Quando surge a queimadura, a doença não afecta apenas o órgão, atinge toda a pessoa e até mesmo a família se sente submersa na experiência dolorosa da doença, assim como os amigos podem sentir angústia (Bonilla, 1989).

Como já foi referido, a queimadura origina uma perda, que é um factor significativo porque além de alterar a imagem corporal, pode provocar a perda da amizade de alguns amigos e a sua função no trabalho, que pode ser temporária ou definitiva, o que vem confirmar as ideias de McSweeney (1990).

Na idade adulta a vinculação está relacionada com os pares, mais especificamente com o cônjuge devido à partilha diária de um relacionamento afectivo. Está ainda direccionada para uma figura com quem existe, também, uma relação de natureza sexual. Verifica-se que a fonte de **suporte/apoio** da amostra é o cônjuge na sua maior parte, o que vem confirmar que a fonte de vinculação é também fonte de apoio e suporte. Poder-se-á dizer que os entrevistados pertencem a famílias saudáveis (anteriormente à crise) e que definiram e vivenciaram as funções do subsistema conjugal: o sentimento de pertença e a cumplicidade.

No entanto, alguns doentes queimados referiram sentirem-se mais apoiados junto de outros elementos da família nuclear, como os filhos, e mesmo fora da família nuclear como os irmãos, tias e sobrinhas. A relação conjugal destes indivíduos poderá passar por um período de crise incentivado pela doença (Minuchin, 1982).

Contudo, na maior parte das respostas verifica-se que a fonte de apoio e suporte é atribuído ao cônjuge, a que se acrescenta os filhos, atribuindo às outras pessoas um papel periférico.

c) Reacção ao acidente

Quanto à **reacção ao acidente**, este é muito específico de pessoa para pessoa. No entanto, na amostra verifica-se que a reacção é *negativa* em todos os períodos de tempo. Estas reacções são apoiadas pelas expressões: *“É assim uma fase difícil de passar... bloqueada de*

fazer as actividades normais.”

“Agarrei um medo... Não vou esquecer... parece que estou a ver a panela a virar-se para cima de mim.”

Há também indicadores que revelam reacção *integrativa* nos primeiros 2 meses e no período de [12 meses e mais]:

“Não passou de um acidente... Não temo nada esta arte, depois disso já cheguei a meter fogo nas festas”

“Aceitei tudo e agradeço por não ter acontecido pior.”

Este facto poderá revelar que no primeiro período após o acidente existe uma negação da alteração e vontade em aceitar a queimadura, facto que origina expressões de que a queimadura está integrada na vida, o que vai de encontro à opinião de McSweeney (1990), que referiu que alguns doentes nunca chegam a uma verdadeira fase de aceitação, embora consigam adaptar-se e reintegrar-se socialmente.

Enquanto que, no período de [12 meses e mais] poderá haver um real sentimento de *integração* que se relaciona com a reestruturação individual e adaptação à queimadura.

Em todos os períodos de tempo há expressões de *resignação* que revelam a culpabilização face ao acidente:

“Aceitei ter-me queimado. Pois que remédio tenho eu. Se apanhei esta queimadura é porque eu a merecia.”

“Penso eu que era o destino.”

“O acidente foi azar.”

As expressões supracitadas são, respectivamente, de cada período de tempo pré-definido. Em todas existe um peso de punição, o que leva a supor que estas pessoas se consideram culpadas de algo grave e a queimadura terá sido a forma de eliminar essa culpa. Há, ainda, *ambivalência* nos períodos de [2 – 12 meses] e [12 meses e mais] que demonstram o querer aceitar o acidente, mas a impossibilidade de o fazer é evidente na contradição existente nas expressões:

“penso que tudo vai ficar bem... Receio ir aquecer água. Mete-me ainda muita impressão ver água a ferver.”

Apoiados em McSweeney (1990) ao citar Salter poder-se-á dizer que há um período de discussão.

Conclusão

A discussão dos resultados obtidos foi de encontro à questão de investigação e permite-nos compreender

que nesta amostra se verificaram alterações no indivíduo, podendo concluir-se que:

– A queimadura pode provocar alterações na maneira de ser das pessoas, ou seja, na forma como a pessoa se sente, dando mais importância à componente afectiva (humor), comportamento e à imagem corporal como alterados;

– Com o decorrer do tempo após a queimadura parece haver um amadurecimento interno, associado às fases pelo qual a pessoa passa, associada à crise. Parece verifica-se, também, que a pessoa acaba por integrar a queimadura na sua própria vida (mesmo que não a tenha aceite);

– Quando se fala das relações com os outros o doente queimado enumera predominantemente a família nuclear como fonte de apoio, sendo o cônjuge a principal fonte de apoio/suporte;

– Há alterações na relação com os outros que se evidencia por uma maior aproximação seguida de uma reorganização;

– A reacção ao acidente é muito específica de pessoa para pessoa, sendo na sua maioria negativa.

Em síntese parece verificar-se, ao longo do processo, que o luto pela “imagem do corpo imaculado” vai sendo elaborado com maiores ou menores expressões depressivas e expressões psicossomáticas associadas. Outro aspecto fundamental é a confirmação do amor do objecto de relação familiar para mitigar os receios de perda do amor do objecto presente, expressa ou dissimuladamente, nos receios e medos do indivíduo queimado (Matos, 2007).

O limite deste estudo consiste no facto dos seus resultados se aplicarem somente aos inquiridos, no entanto, as propostas de trabalho que dele resultam são, também, a sua maior contribuição, pois, abrem sugestões para muitas outras investigações que possam perceber e clarificar padrões comportamentais e relacionais, quer nas pessoas sujeitas a queimaduras quer nas suas famílias.

Aos profissionais de saúde parece então estar delegado um papel fundamental como catalizador destes momentos de dor individual e familiar, exigindo-se, por isso, um crescente conhecimento destas temáticas suportado em novas e profícuas investigações.

Referências bibliográficas:

aINSWORTH, M. (1998) - Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In **Attachment across the life cycle**. London : Routledge.

ANZIEU, D. (1994) - **Le penser, du moi peau au moi penser**. Paris : Dunod.

AYUSO, D. ; PARRA, M. L. (1998) - Cuidados de enfermagem al paciente com traumatismo térmico severo. In **Cuidados intensivos del paciente quemado**. Barcelona : Springer-Verlag Iberica.

BARDIN, Laurence (1979) - **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70.

BERGER, Roni ; PAUL, Marilyn (2008) - Family secrets and family functioning: the case of donor assistance. **Family Process**. Vol. 47, nº 4, p. 553-566.

BLACK, Evan Imber (2008) - Families after death, families after birth. **Family Process**. Vol. 47, nº 4, p. 421-423.

BONILLA, Alexandre Rocamora (1989) - A família do doente: leitura psicológica. **Hospitalidade**. Ano 53, nº 208, p. 20-48.

BOUTEYRE, E. (2002) - Théorie de l'attachement et contributions actuelles à la recherche en psychopathologie. In **Le lieu et quelques – unes de ses figures**. Mont-Saint-Aignan : Université de Rouen.

BOWLBY, John (1982) - **Formação e rompimento dos laços afectivos**. São Paulo : Livraria Martins Fontes.

BOWLBY, John (1984) - **Apego**. São Paulo : Livraria Martins Fontes.

BOWLBY, John (1993a) - **Separação, angústia e raiva**. São Paulo : Livraria Martins Fontes.

BOWLBY, John (1993b) - **Luto, tristeza e depressão**. São Paulo : Livraria Martins Fontes.

CANHÃO, António J. (1996) - Aspectos psicológicos do doente queimado grave. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 17, nº 3, p. 225-230.

ERIKSON, E. (1998) - **O ciclo vital completo**. Porto Alegre : Artes Médicas.

FREUD, S. (1980) - **O ego e o id**. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas

completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro : Imago. Vol. 19.

GRINBERG, Léon ; GRINBERG, Rebeca (1998) - **Identidade e mudança**. Lisboa : Climepsi Editores.

KONIGOVÁ, R. (1992) - The psychological problems of burned patients. **Burns**. Vol. 18, nº 3, p. 189-199.

LACUB, Marcela ; MANIGLIER, Patrice (2003) - **Famille en scènes bousculée, réinventée, toujours inattendue**. Paris : Éditions Autrement.

MAHLER, M. ; PINE, F. ; BERGMAN, A. (1993) - **O nascimento psicológico da criança**. Porto Alegre : Artes Médicas.

MATOS, António Coimbra de (2007) - **Depressão**. 2ª ed. Lisboa : Climepsi Editores.

MCSWEENEY, Phil (1990) - Reacções psicológicas do doente queimado. **Nursing** Ano 3, nº 35, p. 22-26.

MINUCHIN, Salvador (1982) - **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre : Artes Médicas.

PINTO, José Manuel (2009) - A importância da idade nas vivências do adolescente no grupo e na família. In **Actas do Iº Congresso Internacional de Psicologia da Educação**, Covilhã.

PINTO, José Manuel ; MONTINHO, Luís ; GONÇALVES, Pedro (2008) - O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família. **Referência**. Série 2, nº 6, p. 69-76.

ROBERTS, Mary Lou ; PRUITT, Basil A. (1980) - Cuidados de enfermagem e considerações psicológicas. In **Queimaduras**. Rio de Janeiro : Interamericana. Cap. 27, p. 331-348.

SERRA, Adriano Vaz (2007) - **O stress na vida de todos os dias**. 3ª ed. rev. aum. Coimbra : Edição do autor.

SOARES, Isabel Maria Costa (1996) - **Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: estudo intergeracional mãe-filho(a)**. Braga : Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

WALSH, Froma ; MCGOLDRICK, Mónica (1998) - **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre : Artmed.

