

Itinerário terapêutico de adultos sobreviventes a queimaduras à luz do pensamento complexo de Edgar Morin

Therapeutic itinerary of adult burns survivors in the light of Edgar Morin's complex thought

Ruta terapéutica de adultos sobrevivientes de quemaduras a la luz del pensamiento complejo de Edgar Morin

Thávine Camilla Silva Baptilani, Juliana Helena Montezeli, Andréia Bendine Gastaldi, Carolina Rodrigues Milhorini

RESUMO

Objetivo: Apreender a percepção de adultos sobreviventes a queimaduras sobre seu itinerário terapêutico, desde a ocorrência da injúria até a reabilitação. **Método:** Pesquisa qualitativa ancorada no pensamento complexo de Edgar Morin, desenvolvida no ambulatório do centro de tratamento de queimados de um hospital universitário público do Norte do Paraná, Brasil, com 10 adultos submetidos a pelo menos uma cirurgia reparadora para correção de sequelas decorrentes da injúria inicial. Realizou-se entrevista semiestruturada com gravação em áudio e, após transcrição literal, os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo com apoio do *software* Atlas-ti versão 9.0. **Resultados:** Foram identificadas 93 unidades de registro durante o processo de codificação. Após os agrupamentos por similaridade dos mesmos, emergiram quatro categorias ao longo do itinerário terapêutico da clientela em questão: 1) Percepções desde a injúria até a hospitalização no centro especializado em queimaduras; 2) A dor física e os acometimentos emocionais durante o tratamento e internação; 3) Percalços após a alta hospitalar; e 4) Resignificações, novos enfrentamentos e perspectivas futuras. **Conclusões:** As interações entre os diversos elementos envolvidos no itinerário terapêutico são complexas e não lineares, sendo importante um olhar multifacetado sobre o paciente queimado, considerando-o em todas as suas dimensões (físicas e subjetivas), de modo que a assistência ao longo da trajetória de recuperação possa ser a mais completa e integrada possível.

DESCRITORES: Enfermagem. Queimaduras. Unidades de Queimados. Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of adult burn survivors about their therapeutic itinerary, from the occurrence of the injury to rehabilitation.

Methods: Qualitative research anchored in Edgar Morin's complex thought developed in the outpatient clinic of the burn treatment center of a public university hospital in the North of Paraná, Brazil, with 10 adults undergoing at least one reconstructive surgery to correct sequelae resulting from the injury initial. A semi-structured interview was carried out with audio recording and, after literal transcription, the data was processed through content analysis with the support of Atlas-ti software version 9.0. **Results:** 93 registration units were identified during the coding process. After grouping them based on their similarity, four categories emerged throughout the therapeutic itinerary of the clientele in question: 1) Perceptions from the injury to hospitalization in the center specializing in burns; 2) Physical pain and emotional distress during treatment and hospitalization; 3) Mishaps after hospital discharge; and 4) Resignifications, new confrontations and future perspectives. **Conclusions:** The interactions between the different elements involved in the therapeutic itinerary are complex and non-linear, and it is important to have a multifaceted look at the burn patient, considering them in all their dimensions (physical and subjective), so that assistance throughout the recovery trajectory can be as complete and integrated as possible.

KEYWORDS: Nursing. Burns. Burn Units. Therapeutic Itinerary.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la percepción de adultos sobrevivientes de quemaduras sobre su ruta terapéutica, desde la aparición de la lesión hasta la rehabilitación. **Método:** Investigación cualitativa anclada en el pensamiento complejo de Edgar Morin, desarrollada en el ambulatorio del centro de tratamiento de quemaduras de un hospital público universitario del Norte de Paraná, Brasil, con 10 adultos sometidos al menos a una cirugía reconstructiva para corregir las secuelas derivadas de la lesión inicial. Se realizó una entrevista semiestructurada con grabación de audio y, luego de la transcripción literal, los datos fueron procesados mediante análisis de contenido con apoyo del *software* Atlas-ti versión 9.0. **Resultados:** Durante el proceso de codificación se identificaron 93 unidades registrales. Luego de agruparlos según su similitud, surgieron cuatro categorías a lo largo de la ruta terapéutica de la clientela en cuestión: 1) Percepciones desde la lesión hasta la hospitalización en el centro especializado en quemados; 2) Dolor físico y angustia emocional durante el tratamiento y la hospitalización; 3) Percances tras el alta hospitalaria; y 4) Resignificaciones, nuevos enfrentamientos y perspectivas de futuro. **Conclusiones:** Las interacciones entre los diferentes elementos que intervienen en la ruta terapéutica son complejas y no lineales, y es importante tener una mirada multifacética del paciente quemado, considerándola en todas sus dimensiones (física y subjetiva), para que la asistencia durante todo el proceso. la trayectoria de recuperación puede ser lo más completa e integrada posible.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Quemaduras. Unidades de Quemados. Ruta Terapéutica.

INTRODUÇÃO

A busca pela reabilitação faz com que o indivíduo trilhe por caminhos a fim de alcançar a resolução dos problemas de saúde. A esse percurso dá-se o nome de itinerário terapêutico (IT), cujas discussões têm buscado enfatizar as subjetividades do sujeito, como aspectos pessoais e socioculturais do processo saúde-doença. Almeja-se tirar o enfoque exclusivo dos aspectos biológicos e gerar mudança na assistência à saúde, que ainda se embasa sobremaneira no modelo biomédico¹.

As bases do Sistema Único de Saúde (SUS) trazem que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e a atenção deve ser fornecida de forma integral aos indivíduos, não somente no que diz respeito aos cuidados em si, como também em ações para melhor qualidade de vida e garantir a reabilitação de sua saúde². Assim, o cuidado em saúde é um processo dinâmico e complexo que se desdobra ao longo do tempo, reiterando a importância da discussão do IT percorrido pelos indivíduos³. Dentre os agravos à saúde que originam um IT longo, estão as lesões causadas por queimaduras, que demandam assistência integral e multidisciplinar por extenso período. Elas são definidas como lesões evitáveis que culminam na destruição tecidual e podem ser ocasionadas por trauma elétrico, térmico, químico ou radioativo. No Brasil, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2020, com base em dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram contabilizadas 281.540 internações por queimaduras, com taxa de mortalidade de 2,89%⁴.

O tratamento dessa injúria será definido levando em conta o agente causador, profundidade, extensão da superfície corporal queimada, localização, idade, comorbidades e possíveis complicações⁵, salientando-se que suas implicações perpassam questões meramente físicas, impactando diferentes esferas do ser humano.

Grande parte dos pacientes acometidos por queimaduras apresentam alterações significativas em sua saúde física e mental. Para estes, urge a necessidade de uma assistência voltada não só para o tecnicismo do tratamento, mas também para estratégias que visem restaurar e fortalecer a saúde mental no processo até o total restabelecimento⁶.

Estudo demonstra que, entre 90 pacientes vítimas de queimaduras, 10% sofreram de depressão maior; 10% de ansiedade; e 7% de transtorno de estresse pós-traumático, uma vez que houve repercussões complexas em relação à fisiopatologia de sua injúria em todo IT percorrido. Estes indivíduos necessitam de um modelo de assistência à saúde em sua totalidade e considerando sua singularidade sob os olhares de uma equipe multidisciplinar voltada à promoção de sua saúde física, social e emocional⁷.

Diante dessas considerações, nota-se que o tratamento da queimadura é um processo multifacetado cuja compreensão requer distanciamento de pensamentos fragmentários, os quais, mesmo sendo anacrônicos, ainda se encontram arraigados nas práticas

assistenciais atuais. Isto porque a trajetória desde a ocorrência da injúria até o restabelecimento de saúde da vítima é hologramática e não linear, não sendo suficientes as considerações advindas de um paradigma reducionista para a sua sustentação epistemológica. Assim, para abordar tal temática no presente artigo, optou-se por pautar as discussões nos operadores do pensamento complexo de Edgar Morin⁸.

Com base nisso, este estudo alicerçou-se na seguinte questão norteadora: como adultos sobreviventes a queimaduras percebem seu itinerário terapêutico desde a ocorrência da injúria até a reabilitação? Para elucidar tal indagação, traçou-se como objetivo: apreender a percepção de adultos sobreviventes a queimaduras sobre seu itinerário terapêutico, desde a ocorrência da injúria até a reabilitação.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa compreensiva ancorada epistemologicamente no pensamento complexo⁸, sendo o foco no entendimento da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas.

Edgar Morin advoga a respeito de três princípios como operadores principais do pensamento complexo, sendo eles o dialógico, a recursão organizacional e o hologramático⁸. O princípio dialógico ressalta a importância da ordem e desordem para a complexidade e trata sobre a associação de opiniões complementares, concorrentes e dependentes para a compreensão de um fato. Já o princípio da recursão organizacional traz que os produtos e os efeitos são causa e produto daquilo que os produz. Por fim, o princípio hologramático evidencia o todo e as partes e é o princípio que diz que a parte está no todo e o todo está nas partes⁸.

Reportando tais considerações epistemológicas para o âmbito do IT da vítima de queimadura, conjectura-se que os operadores da complexidade podem e devem ser aplicados como base teórica em pesquisas que versem sobre tal temática. Isso porque a dinamicidade do seu processo de cuidar desde o trauma até a reabilitação, a multiplicidade das esferas do ser humano acometidas e a necessidade de uma abordagem para além de um entendimento reducionista do indivíduo requerem do sistema de saúde que circunda tal clientela uma atuação complexa, que o atenda em sua totalidade, nas diferentes fases dessa trajetória. Assim, julgou-se pertinente adotar a teoria em questão como alicerce para a edificação do presente estudo.

O local da investigação foi o ambulatório do centro de tratamento de queimados (CTQ) de um hospital escola público no norte do Paraná, Brasil, que, em 2022, contou com 357 internações, sendo 118 de pacientes na faixa etária de zero a 14 anos; cinco entre 15 e 19; 203 entre 20 e 59 anos; e 31 de 60 anos ou mais.

Junto ao ambulatório exclusivo, o setor contava com 10 leitos de internação em enfermaria, seis de terapia intensiva e duas salas cirúrgicas. Além disso, possuía sala de balneoterapia/pronto

atendimento, uma câmara de oxigenação hiperbárica *monoplace* (que comporta apenas um paciente por vez) e recursos humanos organizados conforme as normas legais vigentes.

Para se elencar os participantes, foi consultado o banco de dados de internações do setor referente ao ano de 2022, no qual, através de uma planilha formulada no Google Planilhas, estavam registrados dados de caracterização do paciente, informações sobre seu histórico de saúde, sobre a queimadura em si, sobre a internação e outras.

A partir desta planilha, identificaram-se os pacientes que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade para a investigação: ter 18 anos de idade ou mais; ter sido vítima de queimadura há pelo menos seis meses; ter permanecido internado no CTQ para o tratamento inicial da injúria com posterior acompanhamento ambulatorial no mesmo serviço; e ter sido submetido a pelo menos uma cirurgia reparadora para correção de sequelas decorrentes da injúria inicial.

Devido ao momento pandêmico em que essa pesquisa foi realizada, o CTQ encontrava-se com reduzido número de internações eletivas para realização de cirurgias reparadoras. Diante disso, a obtenção dos dados, feita por entrevistas, deu-se de duas maneiras: 1) presencialmente: este processo ocorreu nas dependências do CTQ, em ambiente privativo, quando os pacientes estavam internados para cirurgias reparadoras ou em retorno ambulatorial, sem interferir nos processos cuidadosos ou na dinâmica do trabalho do setor; 2) remotamente: realizou-se contato telefônico com os pacientes elegíveis utilizando-se o número cadastrado no prontuário e procedeu-se o agendamento de entrevista, podendo essa ser realizada por meio de nova chamada telefônica ou em encontro *online* via plataforma *Google Meet*, conforme preferência do inquirido. Aqui, estabeleceu-se que, após serem feitas três tentativas de contatos sem sucesso, o indivíduo seria excluído.

Em ambas as modalidades de coleta houve a assinatura pelo participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para as entrevistas remotas ou telefônicas, enviou-se um *link* de acesso ao TCLE via aplicativo de mensagem para que fosse dado o consentimento pelo indivíduo.

Cada participante foi submetido a apenas uma entrevista semiestruturada individual, audiogravada, com duração mínima de 15 e máxima de 30 minutos. Mesmo nos encontros *online* gravou-se somente a voz dos entrevistados, sem imagem dos mesmos. O instrumento norteador foi composto por tópicos de caracterização do indivíduo seguidos de sete questões abertas dispostas em quatro etapas do IT: Etapa A – “Da injúria à admissão no serviço de referência”; Etapa B – “O período de internação e a alta hospitalar”; Etapa C – “O acompanhamento ambulatorial e a reabilitação” e Etapa D – “Perspectivas futuras”.

As falas foram transcritas por meio de escuta do áudio e digitação manual no *Microsoft Word*, em versão literal dos depoimentos, mantendo a linguagem própria dos indivíduos, sem considerar pausas, aspectos comportamentais ou corporais demonstrados no

ato da entrevista. Os dados foram tratados pela Análise de Conteúdo, compreendendo as etapas de pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados com as inferências e as interpretações⁹.

Este processo foi apoiado no *software* Atlas.ti versão 9. Trata-se de um *software* alemão desenvolvido por Thomas Muhr, em 1989, que auxilia os pesquisadores na sistematização das etapas preconizadas pela Análise de Conteúdo de Bardin. Ao utilizar esta ferramenta, o pesquisador continua com a missão de categorizar as falas a partir das inferências obtidas nas análises dos dados coletados através do estudo realizado^{9,10}, sendo o Atlas.ti apenas um recurso que busca fortalecer a organização da análise preliminar realizada pelo pesquisador.

Objetivando manter o anonimato dos participantes, os recortes dos depoimentos utilizados para ilustrar a redação das categorias empíricas emergentes foram codificados com a letra P (de participante), seguido do número que corresponde à ordem de realização das entrevistas.

Esta investigação é recorte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob parecer n.º. 4.416.099 e CAAE 40087520.7.0000.5231. Foram seguidas as preconizações da Resolução n.º. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹¹ e as entrevistas realizadas remotamente seguiram as diretrizes do Ofício Circular CONEP n.º. 02/2021¹².

RESULTADOS

O total de internações no CTQ durante o ano de 2022 foi de 357, das quais 125 foram para realização de cirurgias reparadoras. Entretanto, houve pacientes que internaram mais de uma vez para tais procedimentos, gerando repetição nos registros do setor. Assim, após serem desconsideradas tais repetições e de serem aplicados os critérios de inclusão/exclusão do estudo, foram identificados 39 indivíduos elegíveis para participação das entrevistas. Dentre os elegíveis, cinco não aceitaram participar do estudo e outros quatro não responderam após as três tentativas de contato telefônico, perfazendo um total populacional de 30 indivíduos.

Foram entrevistados 10 pacientes, sendo dois presencialmente, pois encontravam-se internados para a realização de procedimentos reparadores, e oito de forma remota. Considerando que a partir da oitava entrevista os inquiridos já não apresentavam mais elementos novos significativos e que os discursos obtidos já continham qualidade suficiente para responder ao objetivo do estudo, interrompeu-se a captação dos dados na décima entrevista.

Dentre os entrevistados, seis eram do sexo feminino e quatro do masculino. Quanto à faixa etária, todos possuíam de 20 a 59 anos, com predomínio do grupo de idade dos 40 aos 44 anos (30%), seguido do grupo entre 45 e 49 anos (20%). Houve, ainda, 10% de participantes em cada grupo etário seguinte: 55 a 59 anos; 35 a 39 anos; 30 a 34 anos; 25 a 29 anos; e 20 a 24 anos. Em relação à escolaridade, 40% dos participantes possuíam ensino

médio completo; 30% ensino médio incompleto; 10% ensino superior completo; 10% ensino superior incompleto; e 10% ensino fundamental incompleto.

A análise dos depoimentos organizados no Atlas-ti permitiu a identificação de 93 unidades de registro (UR) durante o processo de codificação. Após os agrupamentos por similaridade das mesmas, emergiram quatro categorias ao longo do IT da clientela em questão: 1) Percepções desde a injúria até a hospitalização no centro especializado em queimaduras (18 UR); 2) A dor física e os acometimentos emocionais durante o tratamento e internação (21 UR); 3) Percalços após a alta hospitalar (30 UR segregadas em três subcategorias); e 4) Ressignificações, novos enfrentamentos e perspectivas futuras (24 UR).

Categoria 1 - Percepções desde a injúria até a hospitalização no centro especializado em queimaduras

Nesta fase inicial do IT, os participantes destacaram sentimentos e acometimentos físicos, como evidenciado no Quadro 1.

Categoria 2 - A dor física e os acometimentos emocionais durante o tratamento e internação

A segunda categoria traz achados referentes à fase do IT da pessoa queimada que compreende o intervalo da internação inicial na fase aguda após a injúria à alta hospitalar, como descrito no Quadro 2.

Categoria 3 – Percalços após a alta hospitalar

Nessa categoria, os depoimentos dos participantes revelaram uma série de obstáculos vivenciados ao retornarem para suas casas, os quais encontram-se segregados em três subcategorias retratadas no Quadro 3.

Categoria 4 – Resignificações, novos enfrentamentos e perspectivas futuras

Essa quarta categoria retrata a mudança na forma de perceber-se e compreender o mundo ao seu redor, juntamente com os novos desafios, como pode ser conferido no Quadro 4.

QUADRO 1
Aspectos destacados e exemplos de falas da categoria 1. Londrina-PR, 2023.

Aspectos destacados	Exemplos de fala
Sensação de choque	<i>“Na hora, não tive reação nenhuma. Não senti dor nem nada, talvez pelo estado de choque.” (P1)</i> <i>“Fiquei em choque, não pensava em nada até sair da UTI; foi quando eu tomei ciência da situação.” (P3)</i>
Banalização da gravidade da queimadura	<i>“Não tenho conhecimento, então, achei que precisaria de cirurgia, de internação, nem nada do tipo. Levei tudo com tranquilidade e nem pensava em ter medo ou ficar insegura com alguma coisa, porque para mim, era algo simples que tinha acontecido.” (P1)</i> <i>“Na hora que eu tirei a blusa, saiu grudada a pele na blusa, e aí comecei a perceber que eu não estava tendo a noção da gravidade.” (P4)</i>
Desespero	<i>“Fiquei desesperado, foi muito desespero, porque eu não sabia o que fazer.” (P4)</i>
Raiva	<i>“Eu estava com tanta raiva que não tinha sentido direito o que tinha acontecido.” (P4)</i>
Angústia, medo da morte e religiosidade	<i>“Naquele momento, eu não conseguia ver, eu só conseguia escutar e estava consciente. Era como se estivesse dentro de uma máquina de morte que ia apertando bem forte.” (P5)</i> <i>“Só conseguia rezar, pedindo perdão pelos meus pecados para Deus e para ele me deixar viver. Na sequência, desmaiei, mas sonhei que estava no local do acidente e eu me via ali. Depois, num instante e sem perceber, recuperei a consciência.” (P5)</i>
Dor	<i>“Estava com muita dor e a roupa estava toda em chamas. Comecei a arrancar o resto que tinha para poder me livrar do fogo. Olhei no meu peito e vi que estava soltando pedaços de pele.” (P5)</i> <i>“Senti muita dor, olhei e vi a pele se soltando do meu braço, da barriga; era muita dor e só quem já passou por esta situação sabe.” (P6)</i>
Ausência de recordação do momento da injúria	<i>“Do momento do acidente em si até hoje eu não me lembro; já tentei, mas não vem nada. [...] Só me lembro depois que eu acordei, quando estava no meio da gordura quente toda com a pele do meu corpo já caindo no chão” (P2)</i>

QUADRO 2
Aspectos destacados e exemplos de falas da categoria 2. Londrina-PR, 2023.

Aspectos destacados	Exemplos de fala
Incertezas após a queimadura: transferência de hospital e necessidade de reaprender atividades	<p><i>"Quando estava no primeiro hospital, senti muito medo de ficar mudando de serviço até chegar no CTQ." (P10)</i></p> <p><i>"O pior é lidar com o sentimento de não saber o que vai acontecer. [...] Eu só pensava que não conseguiria mais segurar objetos sozinho [devido à queimadura nas mão] e que teria que reaprender a fazer tudo." (P1)</i></p>
Dor e desconfortos do tratamento	<p><i>"Quando estava internado, estava com muita dor, não conseguia ficar em pé sozinho e estava com muita fraqueza." (P8)</i></p> <p><i>"Sentia pavor da hiperbárica e eu chorava porque parecia que eu ia morrer asfixiada lá dentro. Isso melhorou quando um enfermeiro colocou um filme para eu assistir durante a sessão, como eu tinha pedido a ele." (P3)</i></p>
Culpa pela ocorrência da injúria	<p><i>"No começo era muito difícil, porque eu me culpava pelo acontecido, mesmo sabendo, inconscientemente, que tinha sido um acidente." (P1)</i></p>
Medo da nova configuração corporal	<p><i>"Estava com muito medo de como meu corpo ficaria quando melhorasse, se ficaria muito deformado." (P4)</i></p> <p><i>"Comecei a olhar para o braço, foi uma sensação estranha. Sentia, por um lado, alívio por estar vivo; por outro, sabia que a caminhada de recuperação seria longa." (P6)</i></p>
Dependência para realização de atividades e necessidade de mudança de hábitos	<p><i>"Fiquei me sentindo impotente por querer fazer as coisas e não poder [...] e era complicado ficar sem fumar o dia todo, já que uso cerca de um maço de cigarro por dia." (P4)</i></p>
Reconhecimento da importância da gregária	<p><i>"Na internação, as duas coisas mais difíceis eram: eu queria abraçar e beijar meu filho e poder estar trabalhando." (P4)</i></p> <p><i>"Quando eu sofri o acidente, minha família toda veio me visitar, parecia. Juntos, vencemos e ainda estamos vencendo todos os dias." (P6)</i></p>
Sensações no momento da alta: alegria e reconhecimento de vínculo com os profissionais	<p><i>"A alta após a primeira internação gerou uma emoção muito grande e eu chorei muito. Na mesma hora, senti tristeza, mas foi muito bonito, pois quando saí, havia todo aquele corredor de profissionais se despedindo de mim e eu passando no meio deles." (P2)</i></p> <p><i>"Foi emocionante a alta. Eu estava tão apegada ao pessoal do hospital que parecia que era minha família, eu nunca queria desgrudar deles". (P5)</i></p>

QUADRO 3
Aspectos destacados e exemplos de falas da categoria 3, distribuídas nas subcategorias. Londrina-PR, 2023.

Subcategoria A: Ambiguidades diante das cicatrizes	
Aspectos destacados	Exemplos de fala
Mudança na imagem corporal e implicações na saúde mental	<p><i>"Saí de casa com um corpo e voltei com outro. [...] Até agora não consigo lidar com as cicatrizes. Choro muito, é muito difícil. [...] Quando tiro a blusa para tomar banho, sinto desespero." (P2)</i></p> <p><i>"Não consigo usar short. Tive depressão e não conseguia olhar minha perna." (P10)</i></p>
As cicatrizes como sinais de vitória e superação	<p><i>"Não me sinto mal de as pessoas me verem, isso não me prejudica nenhum pouquinho, porque eu penso que são cicatrizes de superação, de que eu venci." (P3)</i></p> <p><i>"Com essas cicatrizes às vezes fico triste, outras penso que não estava fazendo algo mau, foi um acidente de trabalho. Há pessoas que não sobreviveram, então, mesmo com cicatriz, não fiquei mais triste." (P8)</i></p> <p><i>"As cicatrizes são algo positivo, marcas da batalha pela vida, oportunidade para estar aqui de volta. Gosto de vê-las, pois através delas, dessa cura é que estou aqui." (P5)</i></p>

QUADRO 3 (Continuação)

Subcategoria B: Vivenciando o preconceito devido às marcas corporais

“Se estiver vestido com a malha compressiva, pensam que fiz plástica. Mas pela mão, nota-se que não é uma cirurgia estética, que foi um acidente. Então muitos já saem de perto.” (P2)

“Sinto-me constrangida. As pessoas ficam olhando a minha pele, já que ficou uma cicatriz muito grande.” (P10)

Subcategoria C: Limitações e desconfortos físicos após a alta

Aspectos destacados	Exemplos de fala
Dor crônica	<i>“Eu não queria ir embora do hospital; tinha medo de sentir muita dor em casa.” (P10)</i> <i>“Sentia muita dor quando vim para casa em algumas noites tinha crise de pânico e insônia.” (P3)</i> <i>“Sinto muita dor ao esticar o corpo. Parece que minha pele está rasgando.” (P8)</i>
Desconforto com a malha compressiva	<i>“Quando soube que teria que usar malha compressiva, fiquei horrorizada, pois achei que teria uma vida normal. Demorei meses para me acostumar com essa roupa.” (P2)</i>
Limitações físicas no início da reabilitação	<i>“Cheguei em casa muito magro e sem força. A fisioterapeuta tentava me tirar da cama e não conseguia; desmaiei três ou quatro vezes tentando me levantar.” (P6)</i> <i>“Em casa eu comecei a fisioterapia, mas apareceram bolhas que estouraram e viraram feridas. Tive que parar por um tempo e não conseguia esticar o braço.” (P8)</i>
Não consegue realizar as mesmas atividades de antes da queimaduras	<i>“Já movimento a mão e faço algumas coisas normalmente. [...] Tive que aprender a usar a mão esquerda e passei a valorizar uma garrafa que consigo abrir, comer com as duas mãos e coisas simples, como mandar uma mensagem.” (P1)</i> <i>“Coisas que fazia antes, como jogar bola e trabalhar com carros, não consigo mais. [...] Ajudava minha esposa em casa e agora ficou tudo nas costas dela [...]. Dependendo da brincadeira que meus filhos querem, não dá.” (P6)</i>
Perda da independência	<i>“Sempre gostei de fazer tudo sem ajuda, mas aprendi que vou precisar do outro.” (P1)</i> <i>“Cheguei em casa e achei que podia fazer as coisas; queria tomar banho, mas não consegui sozinho.” (P4)</i> <i>“Entre a primeira internação e a cirurgia reparadora não conseguia movimentar o braço, o que me atrapalhava pentear o cabelo. Só depois da cirurgia consegui.” (P8)</i>

QUADRO 4

Aspectos destacados e exemplos de falas da categoria 4. Londrina-PR, 2023.

Aspectos destacados	Exemplos de fala
Desejo de viver intensamente	<i>“Hoje os meus planos são de viver, quero poder fazer tudo que eu puder!” (P1)</i> <i>“Quando recebi alta, foi como se eu tivesse ganhado a vida de volta, mesmo sabendo que em casa seria difícil. Então, quero fazer as coisas no agora, no presente; as pessoas precisam parar de deixar para fazer as coisas outro dia; você não sabe o que pode acontecer depois.” (P6)</i>
Ressignificando valores: melhora na relação com o outro, prazer nas pequenas conquistas, valorização da família e amigos	<i>“Após a queimadura, mudou bastante coisa e meu esposo mudou também. Temos mais paciência, mais compreensão. Você vê o mundo totalmente diferente, sem maldade, tratando as pessoas todas iguais.” (P3)</i> <i>“Sinto prazer de estar tomando banho, de conseguir ir ao banheiro, qualquer coisa que eu como parece que a apreciação é maior que antes da queimadura” (P5)</i> <i>“Consegui andar lá fora e comecei a olhar com outros olhos. Percebi que não dava valor às coisas que são gratuitas. Quando você fica lutando pela vida, entende que poderia ter aproveitado mais, ter feito mais e começa a fazer planos. (...) Penso que precisava acontecer isso para eu mudar, mas não precisa a gente sofrer tanto para dar valor na família, amigos.” (P6)</i>

QUADRO 4 (Continuação)

Aspectos destacados	Exemplos de fala
Retomada ou mudança das atividades laborais	<p><i>"Quero voltar a trabalhar, mas ainda não tenho condições. (P8)</i></p> <p><i>"Deus me deu a vida de volta. Se não posso voltar para aquele trabalho, vou mudar de profissão. Deus me deu a oportunidade de viver, então eu vou mudar." (P5)</i></p> <p><i>"Minha vida virou de ponta cabeça. Quero voltar a estudar, fazer um curso ou uma coisa para mim, porque o trabalho que eu fazia, não poderei fazer mais." (P10)</i></p>
Desconfortos persistentes: vergonha das cicatrizes, medo do agente da queimadura, afastamento social, dor crônica e limitações físicas	<p><i>"Eu tinha um relacionamento antes de me queimar e agora não quero mais saber. Não tenho coragem, sinto-me muito mal, com vergonha de mim. (...) Tenho medo de gordura quente, do micro-ondas, penso que aquilo vai explodir!" (P2)</i></p> <p><i>"Fiquei com mais medo do fogão, mais atenta. Nas primeiras vezes que liguei uma panela de pressão, estava com medo. (...) Não tenho vontade de sair de casa. Não vou numa lanchonete nem a festas, fico apenas dentro de casa." (P4)</i></p> <p><i>"A luta contra a dor é constante e diária. Ainda dói muito e uso alguns remédios para melhorar. O médico explicou que, infelizmente, a dor vai continuar." (P6)</i></p> <p><i>"Não consigo sair sozinho ou ficar num lugar por muito tempo. Não consigo ficar muito tempo sentado, nem ficar muito tempo em pé." (P8)</i></p>

DISCUSSÃO

A primeira categoria revelou importantes sentimentos e acometimentos físicos desde a injúria até a hospitalização no CTQ. Sofrer uma grande queimadura é um evento traumático que pode levar a problemas de saúde mental, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), sendo este tipo de injúria considerada uma das mais dolorosas e traumáticas vivências do ser humano. É uma reação psicológica que pode ocorrer após um evento traumático ou ameaçador à vida, como um acidente por queimadura grave. Os pacientes podem ter *flashbacks*, pesadelos e sentimentos intensos de medo ou ansiedade relacionados ao acidente⁶.

Reafirma-se, então, que a queimadura é um acometimento para além do físico e que todas as esferas do ser humano estão ligadas, tangenciando os operadores do pensamento complexo. Uma das principais características da complexidade é a noção de que a realidade é composta por sistemas complexos e o entendimento completo de um fenômeno só pode ser alcançado ao considerar suas múltiplas dimensões e as interações entre os diversos elementos envolvidos⁸.

Nesse contexto, o pensamento complexo possibilita compreender que o estresse pós-traumático não é apenas uma resposta isolada a um único fator, mas uma condição complexa influenciada por uma variedade de elementos, como a convivência com a dor e com os tratamentos clínicos propostos; os sentimentos de desespero, ansiedade, incerteza que pairam sob o sujeito; a estigmatização a respeito dos acometimentos físicos e corporais; e os fatores culturais que levarão a diferentes interpretações e percepções da injúria. É importante ressaltar que, em sua grande maioria, estes acontecimentos ocorrem de maneira acidental e inesperada; com interrupção abrupta de suas atividades rotineiras e ocupacionais e consequente mudança na conjuntura de vida⁶.

Portanto, ao relacionar tal pensamento ao estresse decorrido da queimadura, é necessário considerar os múltiplos fatores que estarão relacionados ao sofrimento emocional dos indivíduos, com consequente impacto (positivo ou negativo) na reabilitação⁷.

Dando continuidade à trajetória percorrida, os achados da categoria 2 mostram que a fase do IT entre a internação inicial e a alta hospitalar também gerou uma série de sentimentos, preocupações e manifestações físicas nos pacientes queimados.

Algumas questões pontuadas nessa etapa tiveram início anteriormente e permaneceram na vivência do paciente, como a dor, que se mostrou "companheira" nesta caminhada como uma experiência física intensa com grande sofrimento emocional. Pacientes com queimaduras graves podem enfrentar dor aguda ou crônica intensas durante o tratamento, o que pode afetar seu bem-estar emocional. Ademais, internação prolongada, incertezas sobre a recuperação e a possibilidade de complicações podem causar ansiedade e depressão, com preocupações com o futuro, com a reabilitação e com a reintegração na sociedade.

A dor experienciada pelos queimados gera impacto na qualidade de vida e evidencia-se em uma publicação que mais de 50% dos indivíduos estudados apresentavam dor crônica, apesar de já ter decorrido um tempo médio de 11 anos do trauma inicial⁷.

Fazendo uma aproximação desses dizeres com as bases do pensamento complexo⁸, podem-se citar os princípios hologramático e da recursividade, uma vez que há a necessidade de se considerar o processo terapêutico como um sistema dinâmico e multidisciplinar, em constante interação em que as fases se influenciam mutuamente, não sendo possível considerá-las apenas separadamente. Assim, o IT de vítimas de queimaduras deve ser visto como um percurso interativo, no qual cada etapa influencia e é influenciada pelas etapas anteriores e posteriores. Isso significa que as decisões terapêuticas devem ser avaliadas continuamente e ajustadas de acordo com as

necessidades e circunstâncias individuais, fortalecendo a readaptação física e psicossocial⁷.

Um estudo realizado em Taiwan em 2020 define cinco estágios no processo de formação de resiliência no paciente queimado, sendo eles: fase do buraco negro, da introspecção, integração, fase prática, e de crescimento; estágios estes que são pontuados como dinâmicos e interativos, convergindo com o pensamento complexo. Essas fases podem ser repetidas ciclicamente com novas incorporações de experiências vividas no decorrer do IT^{8,13}.

É no estágio de buraco negro que o paciente possui a autopercepção de ser uma vítima de queimadura, o que gera o sentimento de perda de segurança e vitimização. Nessa fase a equipe prestadora de cuidados precisa promover relações de carinho, apoio, incentivo e encorajamento junto aos enfermos, para fornecer o sentimento de segurança ao mesmo e promover melhora à recuperação do indivíduo enfermo^{6,7,13}. Acredita-se que todo esse apoio proporcionado pelos profissionais possa, ainda que embrionariamente, amenizar a sensação de solidão mencionada pelos entrevistados.

O ser humano é um ser social e a gregária faz parte de suas necessidades básicas de vida. Durante a internação, os pacientes podem sentir-se isolados socialmente, principalmente devido ao tempo requerido para sua recuperação e da realização de repetidos procedimentos invasivos. Isso pode levar à solidão, à falta de suporte emocional e ao sentimento de estarem separados dos entes queridos⁶.

Dito isso e em consonância com os resultados desse estudo, os pacientes podem enfrentar medo e ansiedade em relação ao processo de tratamento, às cirurgias, aos enxertos de pele, aos curativos, aos procedimentos de modo geral e às possíveis sequelas corporais. O desconhecido, a incerteza e a necessidade arbitrária de mudar hábitos de vida podem aumentar o estresse, sendo importante ressaltar que esses aspectos emocionais variam de pessoa para pessoa. Cabe ao profissional de saúde envolvido no cuidado garantir o esclarecimento de todas as etapas do tratamento e suas possíveis consequências à vida futura⁶.

Cada paciente pode lidar com sua internação de maneira diferente e infere-se que o suporte emocional adequado, incluindo o envolvimento de profissionais de saúde mental, pode ser fundamental para ajudá-los a enfrentar essas dificuldades durante o processo de recuperação.

Muitas das adversidades vividas durante o período de internação inicial permanecem no cotidiano da vítima mesmo após a alta hospitalar, como exaram os dados da terceira categoria. Isso porque as queimaduras podem causar mudanças físicas significativas e permanentes na aparência e na funcionalidade do corpo, o que pode afetar a imagem corporal e a autoestima dos pacientes. Eles podem sentir-se envergonhados, deprimidos ou com baixa autoestima devido às cicatrizes visíveis ou à perda de função. Soma-se o fato de que, muitas vezes, o paciente tem sua internação em um centro especializado postergada por diversos fatores e o seu manejo clínico inicial nos serviços de origem influenciam no curso do IT.

Diante disso, é possível conjecturar que, coadunando com o referencial teórico desta investigação, é importante considerar o paciente como um sistema complexo, composto por diferentes dimensões inter-relacionadas⁸. Isso significa que se deve considerar no IT deste público não apenas os aspectos clínicos, mas também a qualidade de vida futura, o suporte emocional, a reintegração social e os impactos psicossociais da lesão extramuros hospitalares.

As repercussões de uma queimadura não raramente transformam o indivíduo em um portador de condição crônica de saúde. Aqui, destacam-se a dificuldade na realização de tarefas diárias e a necessidade de adaptação à sua nova condição física, seja ela decorrente de sequelas motoras ou de alterações de imagem^{6,7}.

O impacto inicial de uma queimadura é observado diretamente no corpo físico, com lesões na pele, tecidos e órgãos. Porém, seguindo a linha do pensamento complexo, enfatiza-se a importância de considerar a integração dos sistemas biológicos afetados e as interações entre eles, bem como o papel da resiliência e do apoio psicossocial no processo de recuperação⁸. Além disso, as implicações a longo prazo para a saúde física devem ser levadas em conta, pois as sequelas podem variar desde cicatrizes e deformidades até limitações funcionais permanentes.

Desse modo, as sequelas de uma queimadura também podem ter um impacto significativo na saúde mental do indivíduo. Questões como trauma emocional, ansiedade, depressão e baixa autoestima podem surgir como resultado das mudanças na aparência e das dificuldades de adaptação à nova realidade física, não limitando-se apenas ao período de internação (como discutido na categoria 2), mas podendo avançar por toda a vida.

O estágio de integração da criação da resiliência do paciente queimado é a fase em que o indivíduo faz uma análise dos fatos decorridos até onde ele se encontra e cria um novo eu, com o reconhecimento dos seus sentimentos e da necessidade de uma reestruturação cognitiva, que se interliga com o estágio de prática, no qual o paciente trabalha novas habilidades¹³. Contribuindo com essas colocações, tem-se que a recuperação de queimaduras graves pode exigir que os indivíduos acometidos dependam de outras pessoas para suas necessidades diárias, como alimentação, higiene pessoal e mobilidade. Essa perda de autonomia pode gerar frustração, tristeza e impotência.

Na ótica moriniana, os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, dependem de energia para manter sua autonomia. Destarte, a autonomia é inseparável dessa dependência e, por isso, precisam ser concebidos como seres autoeco-organizadores. A noção de autonomia só pode ser concebida em relação à ideia de dependência, porém não há reciprocidade entre esses dois termos. É esse o pensamento-chave da autonomia: a dependência⁸.

As sequelas corporais podem, ainda, afetar a forma como o indivíduo é percebido e tratado pela sociedade e sua autopercepção, gerando sentimentos de autodepreciação e baixa autoestima, uma vez que a sociedade atual valoriza e idolatra padrões de beleza inatingíveis¹⁴. A estigmatização e discriminação relacionadas à

aparência física podem fazer com que estes pacientes evitem interações sociais devido ao medo de rejeição ou julgamento, adicionando uma camada a mais de complexidade ao processo de recuperação e influenciando em sua jornada de aceitação e adaptação. Os aspectos psicológicos vivenciados pelos pacientes sobreviventes de queimaduras são fator de impacto da recuperação destes pacientes, dessa forma, urge a necessidade da realização de mais estudos acerca deste tema¹⁴.

Ao se avançar para a fase final do IT dos entrevistados, percebe-se nos dados da categoria 4 relatos que versam sobre o desejo de viver intensamente, ressignificação de certos valores/comportamentos, relação com o trabalho e alguns de desconfortos persistentes durante a reabilitação.

Tendo em vista as conjunturas mencionadas, é possível inferir que as adversidades vividas por esses indivíduos desde a ocorrência da queimadura fomentam avaliações e ponderações sobre a essência da vida somadas ao exercício da autorreflexão com a possibilidade de serem obtidas novas perspectivas de valores, crenças, comportamentos e sentimentos^{15,16}.

Sabe-se que as adversidades enfrentadas por um acometimento da saúde podem ser compreendidas de modo diferente pelos indivíduos. Contudo, sempre podem ocorrer transformações pessoais a partir da experiência traumática¹⁶.

Esta possibilidade pode ser legitimada por meio das afirmações da última categoria acerca das mudanças nas peculiaridades dos pacientes e, ainda, vai ao encontro de um estudo que explana que os indivíduos possuem a tendência de uma maior doação à convivência familiar e a outros relacionamentos ao se depararem com ameaças à longevidade, somada ao desejo de expressar sentimentos antes reprimidos ou pouco valorizados. Acredita-se que isso seja em virtude de que as reflexões sobre a existência e a exposição ao sofrimento (seu ou alheio) desencadeiem o reconhecimento da vulnerabilidade e finitude¹⁷.

Todavia, os participantes dessa pesquisa também mencionaram a permanência de questões como a vergonha das cicatrizes, o medo do agente da queimadura, o afastamento social, a dor crônica e as limitações físicas, assim como discutido nas categorias anteriores, que podem não ser sanadas por meio de cirurgias reparadoras e que poderão modificar toda sua conjuntura de vida. A forma com a qual o indivíduo irá conviver com estes desconfortos está intimamente ligada a aspectos de apoio socioemocional que irão fortalecer seu grau de resiliência, ressignificando este acontecido e promovendo uma melhor reabilitação destes pacientes¹⁶.

Conforme percorrido e exemplificado durante esta discussão, endossa-se que o processo de recuperação e readaptação é individual para cada paciente, e que cada um dispõe de fatores protetores e de risco que poderão repercutir no seu IT e pelo restante de sua vida¹⁸. Assim, o IT não é estático e, levando em consideração que o momento em que foi realizada a coleta dos dados deste estudo foi um recorte dessa trajetória, há de se pensar que, talvez, se a investigação fosse repetida a longo prazo com

os mesmos indivíduos, algumas dessas situações evidenciadas nas categorias emergentes pudessem ser suplantadas, uma vez que o IT prosseguirá para além do momento da realização da entrevista, mantendo a sua dinamicidade e não linearidade, tão exploradas pelo pensamento complexo⁹. Portanto, recomendam-se novos estudos acerca das mudanças físicas, sociais e emocionais vivenciadas pelos pacientes vítimas de queimaduras durante outras fases de seu IT, ampliando os achados discutidos e que ora são finalizados.

CONCLUSÕES

As interações entre os diversos elementos envolvidos no IT são complexas e não lineares, assim como a discussão acerca do pensamento complexo de Edgar Morin. Desta forma, é importante considerar o contexto específico em que o paciente está inserido, levando em consideração fatores culturais, sociais, emocionais, econômicos e ambientais que podem influenciar em seu IT; assim como questões de dignidade, respeito, autonomia e justiça ao tomar decisões terapêuticas e ao proporcionar apoio ao paciente; a fim de garantir que o tratamento seja realizado de forma humanizada e compassiva.

Distante de sanar as discussões acerca dessa temática, espera-se que este estudo fomente reflexões na equipe multiprofissional que atua com vítimas de queimaduras nas diferentes fases de recuperação/reabilitação para que lancem um olhar multifacetado sobre tal clientela, considerando-a em todas as suas dimensões (físicas e subjetivas), de modo que a assistência ao longo do seu IT possa ser o mais completa e integrada possível.

REFERÊNCIAS

- Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(7):204-21.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [acesso 2022 abr 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
- Mbada CE, Onilude AT, Oyewole OO, Olorunmoteni OE, Fatoye C, Ogundele AO, et al. Exploração qualitativa do itinerário terapêutico de crianças com deficiência física na Nigéria usando análise de conteúdo temática. *Esc Anna Nery*. 2021;25(4):e20200361.
- Meksraitis VM, Rossetto B, Cippolat MP, Medici ED, Iplinski CS, Zortéa LH. Comparação entre internação e taxa de mortalidade por queimaduras e corrosões no Brasil entre os anos de 2010 e 2020. *Rev Bras Queimaduras*. 2021;20(Supl.1):29.
- Carneiro JG, Barbosa MAS, Diniz, MCC, Santos MF, Nascimento KC. Perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas no Hospital de Emergência da Região Agreste de Alagoas. *Rev Saúde Col UEFS*. 2021;11(1):e5693.
- Morais MEFF, Bullos BF, Bullos BF, Morais MIFF, Maia LMO. Abordagem global do paciente queimado: uma revisão de literatura. *Rev Eletr Acervo Med*. 2022;8:e10155.
- Rodrigues LA, Poiati ML, Nogueira MJ, Andrade MO, Brandini NL, Rezende RB. O profissional de saúde na Unidade de Tratamento de Queimados: Atenção e cuidado com os aspectos psicológicos dos pacientes. *Rev Bras Queimaduras* 2019;18(1):16-22.
- Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2020.

10. Silva Junior LA, Leão MBC. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. *Ciênc Educ (Bauru)*. 2018;24(3):715-28.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Internet]. [acesso 2020 Jul 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso 2022 Nov 12]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf
13. Han J, Zhou XP, Liu JE, Yue P, Gao L. The Process of Developing Resilience in Patients With Burn Injuries. *J Nurs Res*. 2020;28(1):e71.
14. Emerick MFB, Batista KT. Princípio da não discriminação e não estigmatização: ponderações para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com sequelas de queimaduras. *Rev Bras Cir Plást*. 2022;37(2):218-27.
15. Beitem IX, Montezeli JH, Milhorini CR, Gastaldi AB, Caveião C, Hey AP. Percepções de pacientes adultos acerca da vivência da internação em centro de tratamento de queimados. *Rev Enferm UFSM*. 2023;13:e5.
16. Luz RMD, Oliveira ARC, Moreno TES, Barbosa DAM, Silva IL, Simoneti RAAO. Aspectos psicológicos de pacientes pós-queimaduras: uma revisão da literatura. *Braz J Develop*. 2021;7(6):60538-55.
17. Santos GBS, Santos BB, Melo FS. A percepção da pessoa internada sobre sua vivência no hospital. *Rev NUFEN*. 2020;12(2):1-9.
18. Oliveira KMF, Novais MR, Santos RC. Resiliência: Avaliação de Pacientes Queimados em um Hospital de Urgência e Emergência. *Psicol Cienc Prof*. 2023;43:e248738.

AFILIAÇÃO DOS AUTORES

Thávine Camilla Silva Baptilani - Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.
Juliana Helena Montezeli - Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.
Andréia Bendine Gastaldi - Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.
Carolina Rodrigues Milhorini - Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.

Correspondência: Thávine Camilla Silva Baptilani
Universidade de Londrina – Centro de Ciências da Saúde
Av. Robert Kock, 60 – Vila Operária – Londrina, PR, Brasil – CEP: 86039-440 – E-mail: thavine.camilla@uel.br

Artigo recebido: 8/11/2023 • **Artigo aceito:** 11/9/2024

Local de realização do trabalho: Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver.