

# MULHERES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: UM OLHAR SOBRE AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

JACKELINE KARLA MARTINS BESSA<sup>1</sup>

TATIANA ENY OLIVEIRA DA SILVA<sup>2</sup>

SUELY MARQUES ROSA<sup>3</sup>

## RESUMO

No cotidiano do ser humano, atividades são realizadas o tempo inteiro. Essas ações, denominadas atividades de vida diária (AVDs) são aquelas relacionadas aos cuidados pessoais e à mobilidade. A queimadura, fator que altera a execução das AVDs, é uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica com repercussões sistêmicas leves ou graves. O terapeuta ocupacional é o profissional capacitado a intervir nos déficits relacionados à execução das AVDs. Diante disso, foi proposta a pesquisa com mulheres vítimas de queimaduras nos membros superiores, atendidas no Núcleo de Proteção aos Queimados localizado em Goiânia, com o intuito de investigar, por meio do Indicador de Barthel, os níveis de dependência dessa população nas AVDs. Os resultados mostram que o banho foi a AVD com maior índice de dependência.

**Palavras-chave:** Mulheres Vítimas de Queimaduras; Atividades Cotidianas; Terapia Ocupacional.

## WOMEN VICTIMS OF BURNS: A LOOK AT THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING

### ABSTRACT

In daily life of human beings, activities are carried out all the time. These actions, called activities of daily living (ADLs) are those related to personal care and mobility. The burning, a factor that changes the implementation of ADLs, is an organic tissue injury as a result of a trauma of thermal origin with mild or severe systemic effects. The occupational therapist is a skilled professional to intervene in deficits related to the implementation of ADLs. Therefore, this research was proposed to look at women victims of burns in upper limbs, attended the Center for the Protection of Burns located in Goiania, in order to investigate, using the Barthel index, the levels of their dependence in their ADLs. The results showed that the bath was the ADL with the highest rate of dependence.

**Keywords:** Women Burned; Activities of Daily Living; Occupational Therapy.

---

<sup>1</sup> Graduanda do 8º período do curso de Terapia Ocupacional pela Universidade Católica de Goiás. Endereço Eletrônico: [jacknasmaosdedeus@hotmail.com](mailto:jacknasmaosdedeus@hotmail.com)

<sup>2</sup> Graduanda do 8º período do curso de Terapia Ocupacional pela Universidade Católica de Goiás. Endereço Eletrônico: [tatianaenyo@hotmail.com](mailto:tatianaenyo@hotmail.com)

<sup>3</sup> Professora Ms. Orientadora do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Católica de Goiás. Endereço Eletrônico: [suelymrosa@yahoo.com.br](mailto:suelymrosa@yahoo.com.br)

O ser humano, desde os tempos mais remotos, buscou justificar sua existência por meio do trabalho, da produção. Francisco (2001) afirma que:

O homem é um ser que por essência necessita objetivar-se de modo prático, material, produzindo um mundo humano. Pela produção, o homem projeta-se no mundo dos objetos produzidos por seu trabalho, assim como integra a natureza no mundo humano, convertendo-se em natureza humanizada (...). O trabalho e a ocupação são vistos assim como o alimento e o ar, necessários para a sobrevivência do organismo humano (FRANCISCO, 2001, p. 29, 45).

Além do trabalho produzido pelo ser humano, outro tipo de atividade faz parte do nosso cotidiano: as atividades de vida diária (AVDs).

As atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência da vida real do sujeito (...). A vida se mostra como um leque de ações rotineiras, o que faz com que associemos ao conceito de bem-estar um vasto campo de atividades humanas no qual as necessidades parecem estar imbricadas numa rede multifacetada de extrema complexidade e dependente de uma série de vivências culturais e sociais (CASTRO et al., 2001, p. 47).

A qualidade de vida está intimamente ligada às AVDs, principalmente as atividades de autocuidado e manutenção da vida, que visam satisfazer as exigências e necessidades dos sujeitos, podendo ser pensadas nas várias esferas que compõem a consistência vital, o cotidiano de qualquer pessoa. As atividades atuam como outra forma de dizer da condição humana, de apresentar

um compromisso real com a existência, de promover trocas sociais e de romper com o isolamento dos sujeitos, afirma Castro (2001).

Vários fatores, entretanto, podem alterar a execução das AVDs, dentre eles a queimadura que, segundo Silva (2008), é uma lesão em determinada parte do corpo desencadeada por um agente físico ou causal que atinge o tegumento com repercussões sistêmicas leves ou graves, a depender de fatores como extensão da área queimada, profundidade da queimadura, tipo do agente causador e região atingida.

Gomes (2001) afirma que no Brasil ocorrem em torno de 1.000.000 acidentes/ano, sendo que 100.000 pessoas queimadas procurarão atendimento hospitalar e, destes, cerca de 2.500 sujeitos irão falecer direta ou indiretamente devido a suas lesões. Dentre essas vítimas estão as mulheres, que rotineiramente sofrem lesões leves em seu ambiente domiciliar por estarem mais envolvidas nos trabalhos domésticos, mas também estão incluídas nas estatísticas de pessoas que sofrem queimaduras graves.

As cicatrizes da queimadura expressam-se não só na pele, mas também na personalidade, sexualidade, autoimagem, humor, atividade laboral e também na execução das atividades que envolvem arrumar o cabelo, tomar banho, preparar refeições, usar transporte público ou privado – porém muitas vezes esses aspectos não são enfocados no processo de reabilitação. Werneck (1995, p. 228) afirma que:

Do ponto de vista psicológico individual, para o paciente queimado existem muitas etapas a serem superadas: medo de morrer, ameaça de desfiguração, desconforto físico, separação de familiares e amigos, receio do estigma e rejeição, efeitos da lesão sobre seus projetos futuros e conflitos pela dependência na realização de atividades cotidianas.

A ocupação é o que caracteriza o ser humano na sociedade e quando mulheres em idade produtiva sofrem queimaduras e têm suas AVDs prejudicadas, elas se vêem excluídas, pela sociedade e por elas próprias. É importante identificar quais AVDs são afetadas para que haja melhor adequação do tratamento às necessidades dessas pessoas, e o terapeuta ocupacional é o profissional capacitado e amparado por lei para utilizar a atividade como recurso terapêutico e tratar os déficits de planejamento e execução das tarefas cotidianas.

No cotidiano do ser humano, atividades são realizadas o tempo inteiro. Essas ações podem ser grandiosas como construir um prédio, ou simples como conseguir vestir as próprias roupas, preparar o café da manhã e escovar os dentes, mas todas essas ações possuem um ponto em comum que as torna fundamentais: elas são significativas; possuem traços individuais que são únicos a cada indivíduo. Assim, o terapeuta ocupacional reabilita por meio de atividades de acordo com a necessidade do seu cliente.

Este profissional tem papel fundamental na reabilitação de pacientes queimados, atuando basicamente na prevenção de deformidades, manutenção da mobilidade articular, confecção de órteses e restituição da função. Há escassez de trabalhos e pesquisas que abordem essa temática tão importante quanto outros aspectos, como autoestima, relação familiar e preconceito da sociedade, já tão bem investigados.

## OBJETIVO

A partir do exposto, percebe-se a necessidade de investigar a relação existente entre mulheres vítimas de queimaduras nos membros superiores e possíveis prejuízos na execução de suas atividades de vida diária (AVDs), principalmente as que envolvem:

obter e usar os suprimentos; remover os pelos do corpo (uso de barbeadores, pinças, loções etc.); aplicar e remover cosméticos; lavar, secar, pentear, arrumar e

escovar os cabelos; cuidar das unhas (mãos e pés), cuidar da pele, ouvidos e olhos; e aplicar desodorante (NEISTADT e CREPEAU, 2002, p. 833).

Dessa forma, a pesquisa tem por objetivo identificar quais atividades de vida diária estão prejudicadas em decorrência da seqüela de queimadura nos membros superiores, em mulheres adultas, mais especificamente com relação às tarefas supracitadas.

## QUEIMADURAS

Queimaduras vêm sendo um grande problema não só quanto à gravidade causada pelas lesões como em relação às importantes seqüelas que marcarão para sempre o paciente queimado, como a dor e a incapacidade.

Segundo Gomes (1995), a queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica. Pode variar desde uma pequena bolha ou flictena até formas mais graves capazes de desencadear um grande número de respostas sistêmicas proporcionais à extensão e profundidade dessas lesões. Antonelli (2003) define as queimaduras como lesões térmicas que ocorrem como resultado da transferência de energia de uma fonte quente para o corpo.

As causas mais comuns de queimaduras são os líquidos superaquecidos, seguidas de combustível, chamas, superfície aquecida, eletricidade, gás, química, radiação solar e frio.

De acordo com Gonçalves e Gonçalves (2000), calcula-se que, nos Estados Unidos, cerca de dois milhões de pessoas (1% da população) sofram algum tipo de queimadura por ano. Na metade desses casos ocorre alguma restrição no trabalho ou na escola, e cerca de 500.000 pessoas procuram atendimento médico. Dessas, em torno de 100.000 morrem anualmente devido ao trauma térmico.

Dentre as regiões do corpo mais atingidas pelos agentes térmicos, os membros superiores figuram em 1.º lugar com 71% dos casos.

As queimaduras segundo Bravo (2008) podem ser classificadas quanto à profundidade em três tipos: queimaduras superficiais, queimaduras parciais e queimaduras profundas, que equivalem ao 1.º, 2.º e 3.º grau respectivamente. As lesões superficiais atingem a camada mais externa da pele, a epiderme; as lesões parciais atingem tanto a epiderme como parte da derme, e as lesões profundas acometem a totalidade das camadas da pele, e em muitos casos outros tecidos como o tecido celular subcutâneo, músculos e tecido ósseo.

O cálculo da superfície corporal queimada é de importância fundamental não só para o prognóstico

do paciente, como também para estabelecer a conduta terapêutica durante o tratamento. A estimativa da extensão da área queimada pode ser feita usando-se o esquema de Lund e Browder (Quadro 1), que leva em consideração as proporções do corpo de acordo com a idade (BRAVO, VALE e SERRA, 2008, p. 860 -1).

A importância do estudo das queimaduras nos membros superiores se deve à alta incidência deste tipo de trauma, às dificuldades que envolvem seu tratamento, à sua repercussão psíquica e sócio-econômica e à ocorrência frequente de sequelas funcionais.

Quadro 1: Esquema de Lund-Browder para cálculo da Área Corporal (%)

Área	1 Ano	1 a 4	5 a 9	10 a 16	Adulto
Cabeça	19	17	13	11	7
Pescoço	2	2	2	2	2
Tronco Anterior	13	13	13	13	13
Tronco Posterior	13	13	13	13	13
Nádega Direita	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Nádega Esquerda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitália	1	1	1	1	1
Braço Direito	4	4	4	4	4
Braço Esquerdo	4	4	4	4	4
Antebraço Direito	3	3	3	3	3
Antebraço Esquerdo	3	3	3	3	3
Mão Direita	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Mão Esquerda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coxa Direita	5,5	6,5	8	8,5	9,5
Coxa Esquerda	5,5	6,5	8	8,5	9,5
Perna Direita	5	5	5,5	6	7
Perna Esquerda	5	5	5,5	6	7
Pé Direito	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Pé Esquerdo	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

Fonte: Bravo, Vale e Serra, 2008, p. 860-1

## TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS

O tratamento do paciente queimado representa, até os dias atuais, um grande desafio, envolvendo a

participação ativa e empreendedora de muitos profissionais e médicos, constituindo um verdadeiro corpo interdisciplinar cujo objetivo final é salvar a vida,

conservar a função e reconduzir o paciente ao convívio social (GOMES, 1995).

As primeiras 72 horas de internação hospitalar são vitais para o paciente com queimaduras, principalmente quando há uma área corpórea extensamente afetada. Após os procedimentos de urgência e os cuidados básicos de enfermagem, e tão logo o quadro clínico se estabilize, geralmente após 24 a 48 horas do trauma, tem início a reabilitação (ANTONELI, 2003).

Busnardo e Scaravelli (2004) apontam que o tratamento é um processo extremamente dinâmico, no qual as etapas ocorrem simultaneamente, e descrevem sua divisão de forma didática:

1. Avaliação inicial: essa avaliação tem por objetivo determinar o comprometimento das áreas queimadas na fase aguda e consiste na determinação da extensão, da profundidade e do local comprometido pela queimadura. São realizadas medidas de goniometria, força muscular, avaliação da sensibilidade, avaliação de edema e quantificação subjetiva da dor.

2. Posicionamento e órteses: pode ser considerada a etapa de maior importância na prevenção de deformidades. O paciente busca alívio para a dor posicionando-se em uma situação em que ocorre pouca distensão dos tecidos queimados. Essa posição confortável, contudo, gera deformidades. A falta de posicionamento e mobilidade pode causar fibrose e rigidez articular, que, se não forem tratadas, levam a uma seqüela definitiva.

Teoricamente, todo segmento queimado deve ser colocado em posição antideformante assim que as condições clínicas do paciente permitam. Pode-se, para isso, utilizar um programa de posicionamento específico que minimize ou impeça que ocorram as deformidades decorrentes do posicionamento inadequado após a queimadura. Esse posicionamento é obtido com o auxílio de órteses, coxins e *slings*.

3. Controle de edema: o controle do edema é realizado por meio da elevação do membro queimado acima do nível do coração do paciente, com posicionamento adequado do segmento em questão. É fundamental a realização de exercícios ativos e passivos para mobilização articular, os quais auxiliam na drenagem de fluidos. Normalmente o edema do paciente queimado cede entre duas e três semanas; entretanto, em alguns casos, após longos períodos de imobilização, o edema do membro pode persistir, sendo necessário prolongar a terapia para controlá-lo. Em uma fase mais tardia, após a cicatrização da lesão, podem ser utilizadas técnicas de massagem retrógrada e de compressão com malha elástica.

4. Cinesioterapia: a cinesioterapia é fundamental para a preservação da total amplitude de movimento das áreas queimadas. Por meio de exercícios de mobilização ativa e passiva é possível promover a manutenção das funções tendíneas e musculares das articulações. Inicialmente, a mobilização pode ser limitada pela dor e por edema e, em uma fase mais tardia, por retrações cicatriciais.

5. Controle cicatricial: a presença de retrações cicatriciais pode provocar grande perda de função do membro queimado. O objetivo do controle é a manutenção da amplitude de movimento alcançada nas etapas iniciais do tratamento, por meio do posicionamento, do controle do edema e da cinesioterapia. Trata-se da etapa mais longa da reabilitação. O processo de maturação de uma cicatriz pode durar de seis meses até dois anos após a reparação cutânea, sendo mais ativo nos primeiros semestres.

6. Reeducação sensitiva: a grande destruição cutânea lesa terminações nervosas e os receptores de sensibilidade. A reeducação sensitiva é um método ou uma combinação de técnicas para ajudar um paciente com alterações de sensibilidade a aprender a reinterpretar uma informação que atinge seu córtex cerebral após um estímulo à pele queimada. O processo



de reeducação sensitiva pode ser iniciado assim que o paciente tiver algum nível de sensibilidade de proteção na pele queimada. Em uma etapa inicial, o objetivo do processo é ensinar o paciente a diferenciar as sensações de movimento das de toque constante e pressão. Outro objetivo importante é aprender a localização e a intensidade de um estímulo conhecido.

Em uma fase mais tardia, quando o paciente já diferencia bem a sensação de movimento de pressão constante, o treinamento passa a ter o objetivo de desenvolver estereognosia e capacidade de identificação de texturas e de objetos com a mão. O processo de reabilitação sensitiva está indicado apenas para casos de queimaduras graves em que ocorre grande destruição da pele, ou em traumas elétricos graves, com lesão de nervos periféricos.

O objetivo final do tratamento é devolver o indivíduo à sociedade reabilitado funcional e esteticamente, ou seja, a partir do momento em que o paciente for considerado apto, o tratamento deverá ser dirigido para que ele realize de forma independente suas atividades de vida diária (ANTONELI, 2003).

Arruda (2007) afirma que, após finalizar a fase aguda, o paciente queimado deverá recuperar as habilidades de independência nos cuidados pessoais e nas funções diárias. A autora destaca a independência para alimentação, banho, higiene pessoal e vestuário. Por se tratar de queimadura, o quadro possui uma dinamicidade constante, podendo evoluir de forma favorável ou não, de acordo com o agente causal, com o estado imunológico do paciente, com a colaboração no tratamento e com a intervenção no tempo preciso.

### **ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVDs)**

Na busca do significado da ocupação humana, foram desenvolvidos princípios teóricos que podem ser resumidos nas premissas de que o ser humano possui uma natureza ocupacional; a doença possui um potencial

para interromper ou romper a ocupação; e a ocupação é reconhecida como um organizador natural do comportamento humano que pode ser usado terapeuticamente para reorganizar ou refazer o comportamento cotidiano (FRANCISCO, 2001).

De acordo com Castro, Lima e Brunello (2001, p.48):

A vida se mostra como um leque de ações rotineiras, o que faz com que associemos ao conceito de bem-estar um vasto campo de atividades humanas (...) As atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência da vida real do sujeito.

Para Pedral e Bastos (2008, p.9) a ocupação é considerada o centro da experiência humana, pois satisfaz seus próprios impulsos no intuito de explorar e dominar seu ambiente, correspondendo assim às exigências do grupo social ao qual pertencem e às necessidades pessoais de autossuficiência.

Assim, temos que a atividade humana está relacionada às atividades cotidianas, também chamadas de atividades de vida diária (AVDs).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconhece a especificidade do terapeuta ocupacional em relação às AVDs por meio da resolução 316, de 19 de julho de 2006, no artigo 1.º, afirmando que:

É de exclusiva competência do Terapeuta Ocupacional, no âmbito de sua atuação, avaliar as habilidades funcionais do indivíduo, elaborar a programação terapêutico-ocupacional e executar o treinamento das funções para o desenvolvimento das capacidades de

desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) para as áreas comprometidas no desempenho ocupacional, motor, sensorial, percepto-cognitivo, mental, emocional, comportamental, funcional, cultural, social e econômico de pacientes.

Teixeira (2003) afirma que as atividades da vida diária são aquelas relacionadas aos cuidados pessoais e à mobilidade, subdividindo-se em quatro grupos: mobilidade, que envolve mover-se no leito, transferências, sentar-se na cadeira e deambulação; cuidados pessoais que englobam alimentação, higiene básica e elementar, vestir-se e arrumar-se; comunicação, que envolve escrever, telefonar, digitar e utilizar computador; temos ainda as ferramentas do meio ambiente, que incluem manusear chaves, portas, janelas e torneiras.

Para Hagedorn (2003, p.70) as atividades de vida diária:

(...) Variam entre aquelas fundamentais para sobrevivência (atividades pessoais da vida diária [APVD]) – comer, manter-se aquecido, evitar perigo, manter a higiene pessoal e, em algumas situações, habilidades sociais básicas – e os aspectos mais complexos do autocuidado pessoal e vida independente, como cozinhar, fazer comprar e serviços domésticos (atividades domésticas da vida diária [ADVD]).

Segundo Mello e Mancini (2007, p. 49):

As atividades de vida diária (AVDs), também conhecidas como atividades básicas de vida diária ou atividades pessoais da vida diária, são as atividades relacionadas com o cuidado do indivíduo para com seu próprio corpo.

Ainda de acordo com Neistad e Crepeau (2002) apud Melo e Mancini (2007), as AVDs incluem as seguintes atividades: higiene pessoal e autocuidado; banho; alimentação; vestuário; controle de esfínteres; mobilidade funcional; cuidado com equipamentos pessoais; atividade sexual; uso de vaso sanitário; dormir e descansar.

É preciso considerar que a independência nessas atividades inclui a utilização das ferramentas e utensílios necessários à sua execução.

Algumas AVDs são comuns a todos os indivíduos, por exemplo, comer; outras são restritas, como usar um aparelho auditivo ou lentes de contatos.

## MÉTODO

Por se tratar de estudo exploratório que buscou apresentar resultados com profundidade e que correspondessem à realidade de vida dos participantes, foi necessária a opção por um número reduzido de participantes. Dessa forma, foram sujeitos da pesquisa 30 mulheres atendidas no Núcleo de Proteção aos Queimados - NPQ, localizado no município de Goiânia. O NPQ é uma instituição não governamental com a missão de divulgar a prevenção de acidentes junto à sociedade civil, apoiar tanto o paciente como seus familiares, reabilitar física e psicologicamente os sobreviventes de queimaduras, favorecer sua reinserção tanto no ambiente social como profissional, estimular a formação da equipe de profissionais necessárias ao correto atendimento do paciente queimado e desenvolver pesquisas em prol da melhoria do tratamento e de sequelas.

Os critérios de inclusão foram mulheres que tiveram queimadura no membro superior e que tinham entre 18 e 60 anos. As entrevistas foram realizadas na própria instituição, por duas pesquisadoras, em horário de prontidão das participantes que concordaram em colaborar com a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação do questionário Indicador de Barthel (GUCCIONE, 2004), contendo cinco perguntas fechadas que abordaram os seguintes aspectos: dados pessoais e nível de dependência na realização das refeições, banho, vestuário, transferência à higiene íntima (higiene ao uso do vaso sanitário) e higiene pessoal.

Foi elaborado o Termo de Consentimento entre pesquisadores e participantes contendo direitos e deveres de ambas as partes. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Goiás e aprovado em 01.º de outubro de 2008.

A organização estatística dos dados foi realizada no Sistema Operacional *Windows XP* pelo programa *Microsoft Office Excel 2003*. O método de análise utilizado foi o quantitativo por análise do conteúdo dos dados e por agrupamento das categorias da natureza lesão tipo queimaduras/AVDs afetadas.

Após a aplicação do questionário, as informações obtidas

foram analisadas e as respostas organizadas em quadros, relacionando-se os resultados à teoria pesquisada.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 30 mulheres vítimas de queimaduras entrevistadas, tomando por base a divisão do ciclo de vida humano (PAPALIA e OLDS, 2000), 2 participantes (6,66%) tinham idade entre 18 e 20 anos; 22 (73,33%) tinham entre 20 e 40 anos e 6 (20%) entre 40 e 65 anos de idade. Quanto ao estado civil, 14 (46,66%) eram casadas, 14 (46,66%) eram solteiras e 2 (6,66%) divorciadas.

Quanto à região corporal atingida todas as participantes tiveram queimaduras no membro superior, conforme o critério de inclusão, sendo que algumas em membro superior e outras regiões corpóreas (Quadro 2). Silva (2004) confirma esses dados em sua pesquisa: membros superiores e tórax são os locais onde mais ocorrem queimaduras, com 21, 91% das citações para MMSS e 17,13% para tórax.

Quadro 2: Região Corporal Atingida

<b>Região</b>	<b>Número de Sujeitos</b>
Membros superiores	30 (100%)
Cabeça	6 (20%)
Pescoço	6 (20%)
Tronco	7 (23,33%)
Membros inferiores	10 (33,33%)

Segundo a profundidade da queimadura, 1 (3,33%) participante apresentou queimadura superficial; 3 (10%) apresentaram queimaduras parciais; 10 (33,33%) queimaduras profundas; 1 (3,33%) apresentou

queimaduras superficiais e profundas; 13 (43,33%) queimaduras parciais e profundas e 2 (6,66%) apresentaram queimaduras superficiais, parciais e profundas como se pode observar no Quadro 3:



Quadro 3: Profundidade das Queimaduras

Nível	Número de Sujeitos
Queimaduras Superficiais	1 (3,33%)
Queimaduras Parciais	3 (10%)
Queimaduras Profundas	10 (33,33%)
Queimaduras Superficiais e Parciais	0 (0%)
Queimaduras Superficiais e Profundas	1 (3,33%)
Queimaduras Parciais e Profundas	13 (43,33%)
Queimaduras Superficiais, Parciais e Profundas	2 (6,66%)

Quanto às causas das queimaduras (Quadro 4), destaca-se o acidente doméstico. Esses dados são confirmados por Beraldo (1999) em seu artigo sobre

queimaduras no Distrito Federal, no qual em 71% dos casos, o local do acidente foi domiciliar.

Quadro 4: Causa das Queimaduras

Causa	Número de Sujeitos
Acidente automobilístico	8 (26,66%)
Acidente doméstico	12 (40%)
Fogo	7 (23,33%)
Tentativa de suicídio	1 (3,33%)
Choque elétrico	1 (3,33%)
Explosão do aparelho celular	1 (3,33%)

Sobre o tempo da lesão, 4 (13,33%) indivíduos tinham entre 1 e 10 anos de lesão; 2 (6,66%) entre 11 e 20 anos; 2 (6,66%) entre 21 e 30 anos; 1 (3,33%) entre 31 e 40 anos; 1 (3,33%) entre 41 e 50 anos; 2 (6,66%) com 1 mês de lesão; 2 (6,66%) com 3 meses de lesão; 5 (16,6%) entre 1 e 7 dias; 6 (20%) entre 8 e 14 dias; 4 (13,33%) entre 15 e 21 dias e 1 (3,33%) indivíduo entre 22 e 28 dias de lesão.

Quanto à extensão da lesão, 13 (43,33%) indivíduos tiveram entre 1 e 10% do corpo atingido; 3 (10%) entre 11 e 20%; 4 (13,33%) entre 21 e 30%; 2 (6,66%) entre

31 e 40%; 2 (6,66%) entre 41 e 50%; 3 (10%) entre 51 e 60%, 1 (3,33%) indivíduo entre 61 e 70% e 2 (6,66%) entre 71% a 80% da área corporal atingida.

Quanto aos níveis de dependência nas AVDs (Indicador de Barthel), 9 (30%) participantes relataram ser semidependentes na alimentação e 2 (6,66%) dependentes; 11 (36,66%) dependentes no banho; 13 (43,33%) semidependentes no vestir; 2 (6,66%) semidependentes no uso do vaso sanitário e 1 (3,33%) dependente e 7 (23,33%) dependentes nos cuidados pessoais, como mostra o Quadro 5:

Quadro 5: Indicador de Barthel

<b>Atividade</b>	<b>Independência</b>	<b>Semidependente</b>	<b>Dependente</b>
Alimentação	19	9	2
Banho	19	-	11
Vestir-se /Despir-se	17	13	0
Higiene ao vaso sanitário	27	2	1
Cuidados pessoais	23	-	7

Ao compararmos a idade das participantes com a causa da queimadura, observamos que 12 (40%) mulheres tiveram como causa acidente doméstico, sendo que 9 (75%) delas tinham idade entre 20 e 40 anos. Esses dados podem ser relacionados ao ambiente, tradicionalmente cuidado pelas mulheres com essa faixa etária, pois a maioria é de mulheres casadas, que são mães e trabalham fora.

Sobre a relação entre causa e extensão da queimadura, dos 12 (40%) casos de acidentes domésticos, 10 (83,3%) tiveram queimaduras entre 1 e 10% do corpo, o que pode indicar que as queimaduras ocorrem mais na região das mãos e punhos, indicando a necessidade de maior conscientização da população sobre a prevenção. Ainda sobre a causa, das 12 (40%) mulheres que tiveram como causa acidente doméstico, 5 (41,66%) são casadas e 5 (41,66%) solteiras, não havendo assim relação entre estado civil e extensão.

Quanto à extensão da queimadura e nível de dependência nas AVDs, das 13 (43,33%) participantes com 1 e 10% do corpo atingido, 6 (46,15%) eram dependentes no banho, devido ao curativo, que não podia ser molhado. O mesmo ocorreu quando comparamos a profundidade da queimadura e o nível de dependência, pois das 13 (43,33%) participantes que sofreram queimaduras parciais e profundas, 8 (61,53%) apresentavam semidependência no vestir devido à utilização da malha compressiva e 7 (53,84%) participantes apresentavam dependência no banho.

Ao compararmos tempo de lesão com nível de dependência ou semidependência dividimos o tempo em anos, meses e dias: 4 (13,33%) pacientes apresentaram tempo de lesão entre 1 e 10 anos, dentre as quais 2 (50%) tinham dificuldade na alimentação no que se referia a cortar carne devido à amputação ou redução da massa óssea; 2 (50%) declaram dependência no vestir devido à redução da amplitude de movimento ocasionada por aderência permanente na região axilar; 2 (50%) entrevistadas sofreram lesão havia 1 mês, e 2 (50%) havia 3 meses; nos 4 (13,33%) casos prevaleceu a dependência no banho; 6 (20%) pacientes tiveram a lesão entre 8 e 14 dias anteriores à data da entrevista e dentre elas 3 (50%) estavam dependentes no banho. Estes dados confirmam a necessidade do cuidado com o curativo na hora do banho.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa bibliográfica as pesquisadoras se depararam com a insuficiência de livros e artigos que tratam como tema o impacto funcional das queimaduras nas atividades de vida diária e suas alterações que podem ocorrer, dificultando assim o estudo.

A pesquisa apontou o banho como atividade de maior nível de dependência pelas participantes. Em um primeiro momento se pensou que essa dependência fosse devida aos cuidados com o curativo, mas se levantou a hipótese de que essa dependência poderia esconder a dificuldade de ver o corpo marcado pela queimadura permanente, pois afinal o banho é um momento de toque e cuidado consigo mesmo.

Em segundo lugar o autocuidado foi atividade de maior nível de dependência pelas participantes mostrando o quanto a queimadura causava baixa autoestima nessas mulheres.

A partir dos dados obtidos, concluiu-se sobre a importância de uma intervenção específica para pessoas vítimas de queimaduras, visando a atender aos déficits funcionais detectados, um atendimento que é deficitário em Goiânia, dado que foi bastante relatado pelas participantes. O paciente queimado sofre graves alterações estruturais, funcionais e emocionais, prejudicando sua vida social e produtiva. Dessa forma os centros de atendimento à vítima de queimadura devem ver com atenção um tratamento global, interativo e integrativo, visto que a extensão da lesão não é somente física.

Em Goiânia esse tipo de abordagem global à vítima de queimadura é realizado no Núcleo de Proteção aos Queimados, onde são oferecidos cursos profissionalizantes, palestras informativas e um acompanhamento de perto para essas pessoas esquecidas pela sociedade.

Outro aspecto que ficou claro durante as entrevistas é que grande parte dos acidentes poderiam ser evitados com medidas simples de prevenção, afirmando a necessidade de maiores investimentos em campanhas preventivas.

Há também necessidade de se criarem políticas públicas para a inclusão de terapeutas ocupacionais para intervirem junto a essa clientela que é tão necessitada de cuidados, uma vez que este profissional é capacitado para atender as necessidades de seus clientes referentes aos déficits na execução das AVDs e no resgate de sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONELI, M. R. M. C. Queimaduras. In: TEIXEIRA, E.; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B.; OLIVEIRA, M. C. *Terapia ocupacional na reabilitação física*. São Paulo: Roca, 2003, p. 535-550.
- ARRUDA, C. Tratamento de queimados. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p.226-232.
- BERALDO, P. S.; NUNES, L. G.; SILVA, I. P.; GOMES, M. F. Sazonalidade de queimaduras por fogo, em pacientes admitidos numa unidade especializada do Distrito Federal, no período 1993-1996. *Revista Brasília Médica*, v. 36, 1999. Disponível em: [http://www.ambr.com.br/rb/revista\\_det.php?nu\\_revista=36&nu\\_revista2=3/4&id=1](http://www.ambr.com.br/rb/revista_det.php?nu_revista=36&nu_revista2=3/4&id=1). Acesso em: 24 nov 2008.
- BRAVO, B. S. F.; VALE, E. C. S.; SERRA, M. C. Queimaduras. In: AZULAY, R. D. *Dermatologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 846-877.
- BUSNARDO, A. P. V. S.; SCARAVELLI, T. M. G. Terapia ocupacional com pacientes queimados. In: DE CARLO, M. M. R.; LUZO, M. C. M. *Terapia ocupacional reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004, p. 183-199.
- CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: CARLO, M. R. P; BARTALOTTI, C. C. *Terapia ocupacional no Brasil*. São Paulo: Plexus Editora, 2001, p. 41-59.
- FRANCISCO, B. R. *Terapia ocupacional*. São Paulo: Papyrus, 2001.

- GOMES, D. R. Conceito: queimaduras no Brasil. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; JUNIOR, L. M. *Condutas atuais em queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p. 1-3.
- GOMES, D. R.; SERRA, M. C. Conhecendo o paciente queimado. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; JUNIOR, L. M. *Condutas atuais em queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p. 5-10.
- GOMES, D. R. Fisiologia e fisiopatologia. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p. 15-28.
- GONÇALVES, L. B.; GONÇALVES, C. M. Queimaduras da mão. In: JUNIOR, A. G. P. *Traumatismos da mão*. Rio de Janeiro: Medsi, 2000, p. 233-250.
- GUCCIONE, A. A. Avaliação funcional. In: O'SULLIVAN, S.B.; SCHIMTZ, T.J. *Fisioterapia avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole, 2004. p. 309 - 332.
- HAGEDORN, R. *Fundamentos para a prática em terapia ocupacional*. São Paulo: Roca, 2003.
- MELLO, M. A. F.; MANCINI, M. C. Avaliação das atividades de vida diária e controle domiciliar. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 49-54.
- NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. *WILLARD e SPACKMAN'S Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 833-836.
- PEDRAL, C.; BASTOS, P. *Terapia ocupacional – metodologia e prática*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed Sul, 2000, p. 23-54.
- SILVA, H. T. S.; ALMEIDA, J. S.; SOUZA, S. I. F.; COSTA, I. M. P. Queimaduras: um estudo de caso na unidade de tratamento de queimados do hospital público do Oeste, em Barreiras, BA. *Rev digital de pesquisa CONQUER da Faculdade São Francisco de Barreiras*, v. 3, 2008. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/view/84/61>. Acesso em: 12 mai 2008.
- SILVA, M. F.; SILVA, M. J. P. A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. *Rev Esc de Enferm USP*, v. 38, n. 1, 2004. Disponível em: [http://www.ee.usp.br/REESP/index.php?are\\_id=3&p=busca\\_simples&busca=a+auto+estima](http://www.ee.usp.br/REESP/index.php?are_id=3&p=busca_simples&busca=a+auto+estima). Acesso em: 20 mar 2008.
- TEIXEIRA, E. Atividades da vida diária. In: TEIXEIRA, E.; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B.; OLIVEIRA, M. C. *Terapia ocupacional na reabilitação física*. São Paulo: Roca, 2003, p. 193-219.
- WERNECK, G. L.; REICHENHEIM, M. E.; CARPEGGIANI, R. Aspectos psicossociais das queimaduras. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; PELLON, M. A. *Queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p. 227-230.

Recebido: 19/11/2009

1ª Revisão: 12/04/2010

2ª Revisão: 29/07/2010

Aceite Final: 28/10/2010