

Universidades Lusíada

Palma, Sofia Simões Ferreira da, 2001-

Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras

<http://hdl.handle.net/11067/8438>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

As queimaduras representam uma das formas mais traumáticas de lesão física, com consequências profundas ao nível psicológico, social e emocional. Assim, este trabalho teve por objetivo compreender as implicações subjetivas da experiência da queimadura, em especial nas dimensões da resiliência, autoestima e percepção de estigma social, explorando o impacto do trauma em sobreviventes de queimaduras. Para tal, recorreu-se a realização de 16 entrevistas semiestruturadas, com indivíduos com idades com...

Burns are one of the most traumatic forms of physical injury, with profound psychological, social, and emotional consequences. Thus, this study aimed to understand the subjective implications of the burn experience, particularly in terms of resilience, self-esteem, and perception of social stigma, exploring the impact of trauma on burn survivors. To this end, 16 semi-structured interviews were conducted with individuals aged between 21 and 51 who had experienced burns requiring hospitalization. ...

Palavras Chave

Resiliência (Traço da personalidade), Estigma (Psicologia Social), Queimaduras - Pacientes - Psicologia

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-30T05:23:08Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras

Realizado por:

Sofia Simões Ferreira da Palma

Orientado por:

Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente:	Professora Doutora Ana Daniela Barreto Aleixo
Orientadora:	Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 14 de janeiro de 2026

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras

Sofia Simões Ferreira da Palma

Lisboa

Agosto 2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras

Sofia Simões Ferreira da Palma

Lisboa

Agosto 2025

Sofia Simões Ferreira da Palma

Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Doutora Tília Rute Maia
Cabrita

Lisboa

Agosto 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Sofia Simões Ferreira da Palma
Orientadora Professora Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Título Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras
Local Lisboa
Ano 2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

PALMA, Sofia Simões Ferreira da, 2001-

Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras / Sofia Simões Ferreira da Palma ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Queimaduras - Pacientes - Psicologia
2. Resiliência (Traço da personalidade)
3. Estigma (Psicologia social)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Burns and scalds - Patients - Psychology
2. Resilience (Personality trait)
3. Stigma (Social psychology)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RD96.4.P35 2025

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

A presente dissertação representa o culminar de uma etapa muito exigente na minha vida, mas profundamente transformadora e enriquecedora, tanto a nível académico, como pessoal. Ao longo deste percurso, tive a sorte de contar com pessoas fundamentais que, de diferentes formas, apoiaram, inspiraram e caminharam comigo.

Aos meus pais, agradeço por terem sempre acreditado em mim e, acima de tudo, por me darem a liberdade para seguir aquilo que o meu coração sentia ser o caminho certo. O vosso amor incondicional e o desejo genuíno pela minha felicidade e plenitude tornaram esta jornada mais leve e possível.

Ao Vasco, o meu namorado, o meu agradecimento especial. Obrigada por estares sempre ao meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis. A tua paciência incansável, apoio constante e amor foram fundamentais para eu não desistir.

A todos os participantes do meu estudo, a minha mais profunda gratidão. Sem vocês, este projeto não teria sido possível. Obrigada por confiarem em mim e por partilharem, com coragem e honestidade, histórias tão profundas e marcantes das vossas vidas. Serei eternamente grata.

Agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Túlia Cabrita, pela sua orientação que foram essenciais para a concretização deste trabalho.

Agradecer aos meus amigos, que de diferentes formas estiveram presentes ao longo deste processo, obrigada pelas palavras de incentivo, pela escuta atenta e por nunca me deixarem esquecer do meu valor.

E, por fim, agradeço a mim própria- por ter acreditado, mesmo nos dias em que parecia mais difícil. Por não ter desistido e por ter continuado a caminhar, com coragem, até chegar aqui.

Resumo

As queimaduras representam uma das formas mais traumáticas de lesão física, com consequências profundas ao nível psicológico, social e emocional. Assim, este trabalho teve por objetivo compreender as implicações subjetivas da experiência da queimadura, em especial nas dimensões da resiliência, autoestima e percepção de estigma social, explorando o impacto do trauma em sobreviventes de queimaduras. Para tal, recorreu-se a realização de 16 entrevistas semiestruturadas, com indivíduos com idades compreendidas entre os 21 e 51 anos que, experienciaram queimaduras com necessidade de hospitalização. A análise de conteúdo permitiu 7 categorias principais (Acidente; Mente e Corpo; Suporte Social; Estigma Social; Resiliência e *Coping*; Autoestima e Imagem Corporal; Qualidade de Vida). Os resultados evidenciam que a experiência da queimadura constitui uma rutura profunda na vida dos participantes, afetando não apenas o corpo físico, mas também a identidade, o funcionamento emocional, a autoestima e a forma como são percecionados socialmente. Foram ainda identificadas estratégias de *coping* e mecanismos de resiliência. Conclui-se com a importância de compreender as vivências subjetivas associadas ao trauma por queimadura, reforçando a necessidade de intervenções psicológicas ajustadas às especificidades desta população.

Palavras-chave: Trauma; Queimaduras; Resiliência; Autoestima; Identidade.

Abstract

Burns are one of the most traumatic forms of physical injury, with profound psychological, social, and emotional consequences. Thus, this study aimed to understand the subjective implications of the burn experience, particularly in terms of resilience, self-esteem, and perception of social stigma, exploring the impact of trauma on burn survivors. To this end, 16 semi-structured interviews were conducted with individuals aged between 21 and 51 who had experienced burns requiring hospitalization. Content analysis yielded seven main categories (Accident; Mind and Body; Social Support; Social Stigma; Resilience and Coping; Self-esteem and Body Image; Quality of Life). The results show that the experience of burns constitutes a profound rupture in the lives of the participants, affecting not only the physical body but also identity, emotional functioning, self-esteem, and how they are perceived socially. Coping strategies and resilience mechanisms were also identified. The conclusion highlights the importance of understanding the subjective experiences associated with burn trauma, reinforcing the need for psychological interventions tailored to the specificities of this population.

Keywords: Trauma; Burns; Resilience; Self-esteem; Identity.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Palavras-chave:	II
Abstract	III
Keywords:	III
Índice.....	IV
Índice de Tabelas	VII
Lista de Apêndices.....	VIII
Lista de Anexos.....	IX
Introdução	1
Enquadramento Teórico.....	11
O trauma psíquico	11
Queimadura como experiência traumática.....	12
Atribuição de significado e crescimento pós-traumático	17
Queimaduras: definição, classificação e impacto físico	19
Implicações físicas médicas no processo de reabilitação	22
Perturbações de saúde mental associadas	23
Repercussões psicológicas da queimadura.....	26
Autoimagem e autoestigma após o trauma	26

Perceção de estigma e rejeição social	31
Fatores protetores e de ajustamento psicossocial.....	35
Rede de suporte e apoio social percebido	35
Qualidade de vida, regulação emocional e bem-estar subjetivo	38
A resiliência enquanto facilitador do ajustamento pós-traumático.....	40
Intervenção psicológica e desafios na reintegração	43
Necessidades psicológicas no acompanhamento clínico de sobreviventes	43
Reintegração psicossocial e desafios adaptativos no pós-alta	46
Objetivos	48
Método	49
Participantes	50
Instrumentos.....	52
Procedimento de recolha de dados.....	52
Procedimento de análise de dados	53
Considerações éticas	54
Resultados	55
Mapa conceptual	55
Categorias e subcategorias.....	57
Análise das categorias.....	61
Acidente	61
Mente e Corpo.....	62

Suporte Social	67
Estigma Social	69
Autoestima e Imagem Corporal	72
Qualidade de vida	74
Discussão	76
Referências.....	81
Apêndices.....	98
Anexos	105

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	52
Tabela 2. Categorias e Subcategorias.....	59

Lista de Apêndices

Apêndice A: Folha de informação ao participante.....	119
Apêndice B: Consentimento Informado.....	121
Apêndice C: Questionário Socio-demográfico.....	122

Lista de Anexos

Anexo A: Guião de Entrevista.....	127
-----------------------------------	-----

Introdução

Passar por um evento traumático pode provocar uma quebra significativa na forma como a pessoa vive e percebe a realidade, afetando a sua sensação de segurança, a previsibilidade do dia a dia e o sentimento de controle sobre o ambiente envolvente. O trauma psicológico, enquanto fenómeno complexo, tem sido amplamente estudado por diversos autores, que propõem modelos teóricos que permitem compreender os seus efeitos a nível emocional, cognitivo e comportamental (Ehlers & Clark, 2000).

Um dos modelos mais influentes é o de Janoff-Bulman (2010), que descreve o trauma como um evento que destrói as suposições fundamentais do indivíduo sobre si próprio, os outros e o mundo. Esta disrupção pode originar um sofrimento intenso e duradouro, exigindo muitas vezes a reconstrução do sentido à experiência vivida. Neste contexto, Park (2022) propõe um modelo de construção de significado que tem sido amplamente utilizado na compreensão do ajustamento ao trauma. Este modelo sugere que o sofrimento traumático decorre da discrepância entre o significado global- o sistema de crenças, valores e objetivos pessoais- e o significado situacional, que corresponde à forma como o evento traumático é interpretado. A tentativa de ressignificação desta experiência pode promover um ajustamento psicológico mais saudável e, por vezes, até um crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Paralelamente, Van der Kolk (2014) destaca que o trauma não se limita à esfera psicológica. Conforme referido pelo autor, a experiência traumática pode permanecer registada no corpo, ainda que a mente tente ignorá-la ou afastá-la através de mecanismos dissociativos. Manifestações físicas persistentes, como estado de alerta constante, dificuldades de sono ou episódios de dissociação, evidenciam a profundidade do trauma. Esta perspetiva encontra apoio no modelo biopsicossocial de Engel (1981), que defende que a compreensão do impacto e do processo de recuperação exige considerar a interação entre dimensões biológicas, psicológicas

e sociais. Ao integrar estas diferentes dimensões, obtém-se uma perspetiva mais abrangente da experiência traumática, especialmente relevante para situações complexas como as queimaduras.

As queimaduras representam uma das formas mais devastadoras de trauma, não apenas pelas suas implicações físicas e funcionais, mas sobretudo pelos impactos emocionais, sociais e identitários que acarretam. Estas lesões podem ocorrer em qualquer fase da vida e frequentemente resultam numa rutura abrupta com a normalidade, exigindo um processo longo e doloroso de adaptação física e psicológica (Van Loey, 2020).

São diversos os estudos que têm vindo a destacar a complexidade das vivências dos sobreviventes de queimaduras, salientado que os efeitos do trauma se estendem muito para além do período de internamento, afetando de forma significativa a autoestima, a perceção de estigma social e os processos de resiliência e reconstrução pessoal (Brewin & Homer, 2018; Oliveira *et al.*, 2023). Woolard e colaboradores (2022) evidenciam que as queimaduras não afetam apenas o corpo físico, mas têm igualmente implicações profundas ao nível psicológico, emocional e social. A vivência do trauma, a reconstrução da autoestima e a perceção de estigma são elementos interligados que influenciam significativamente a forma como os sobreviventes se adaptam à nova realidade.

Willemse e colaboradores (2023) referem que o estigma social associado à aparência física e às limitações funcionais pós-trauma pode intensificar o sofrimento emocional e dificultar a reintegração social. É, por isso, fundamental investigar não apenas o sofrimento, mas também as estratégias de enfrentamento adotadas por estas pessoas, de modo a contribuir para práticas clínicas e sociais mais humanizadas.

As queimaduras representam um desafio de saúde pública, podendo resultar em graves danos físicos e até mesmo em morte (Miri *et al.*, 2022). Estas lesões ocorrem geralmente quando o corpo entra em contacto direto com fontes de calor, como fogo, líquidos quentes,

substâncias químicas, eletricidade ou radiação, resultando em danos em tecidos internos ou externos (Wanjeri *et al.*, 2018).

Neste sentido, é expectável que este tipo de lesão possa variar significativamente em termos de tecidos afetados, gravidade e complicações resultantes. Os músculos, ossos, vasos sanguíneos, pele e camadas mais externas da pele podem ser danificados, resultando em dor intensa devido às lesões nos nervos (Feck *et al.*, 1979). Dependendo da localização e da profundidade da queimadura, uma vítima pode enfrentar diversas complicações que podem ser potencialmente fatais como choque, infeções, desequilíbrios eletrolíticos e insuficiência respiratória. Além dos impactos físicos, as queimaduras também podem causar grave sofrimento psicológico e emocional devido à necessidade de hospitalização prolongada, cicatrizes visíveis e deformidades permanentes (Evers *et al.*, 2010). Contudo, a literatura evidência que, algumas pessoas conseguem adaptar-se de forma mais eficaz do que outras, independentemente das características específicas da lesão (Woolard *et al.*, 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as queimaduras estão entre as quatro lesões traumáticas mais comuns, resultando em aproximadamente 180.000 óbitos por ano (Mehrabi *et al.*, 2022). Podem ocorrer a qualquer momento e em qualquer lugar, deixando cicatrizes permanentes não só ao nível físico, bem como também no psicológico dos indivíduos afetados (Gautam *et al.*, 2022).

Entre os anos de 2000 e 2013, foram contabilizados em Portugal cerca de 26 mil episódios de internamento hospitalar por queimaduras, correspondendo a uma média aproximada de 1.900 casos por ano (Santos *et al.*, 2016). Apesar da diminuição das admissões ao longo dos anos, a taxa de hospitalização e mortalidade mantém-se elevada em comparação com outros países europeus, e nem sempre são seguidos os critérios de transferência para centros especializados. As queimaduras afetam especialmente crianças e idosos, destacando-

se fatores como maior dependência nas atividades diárias e reflexos reduzidos, o que contribui para a gravidade das lesões e para a complexidade do tratamento (Caetano et al., 2018). Estudos portugueses recentes também sublinham o impacto das variáveis de género e gravidade das lesões na perceção de saúde e bem-estar, revelando uma maior vulnerabilidade emocional entre as mulheres e limitações funcionais mais acentuadas em casos de queimaduras graves (Silva et al., 2019). Além disso, foi identificada uma correlação significativa entre sintomatologia emocional, inteligência emocional percebida e qualidade de vida (Silva et al., 2024), realçando a importância da intervenção psicológica neste domínio.

Uma queimadura grave representa um evento significativo na vida de um indivíduo, com potencial para desencadear perturbações profundas ao nível da saúde mental. A natureza traumática da experiência, o período de internamento, a intensidade da dor e a súbita transformação na aparência física são elementos que podem exercer um impacto considerável sobre os indivíduos que sofreram com queimaduras (Van Loey, 2020). No que diz respeito aos últimos 25 anos, houve avanços significativos no tratamento e reabilitação de pacientes vítimas de queimaduras, com uma mudança de foco das pesquisas da mortalidade para a morbilidade (Medeiros *et al.*, 2009).

Desta forma, torna-se essencial compreender os desafios que as lesões por queimaduras continuam a gerar, tendo em conta as complicações clínicas, económicas, psicológicas e sociais em todo o mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, as queimaduras são a principal causa de morte acidental, além de serem responsáveis por problemas significativos de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, perturbação de stress pós traumático (PSPT) e dependência de medicamentos, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil (Medeiros *et al.*, 2009).

Por conseguinte, a presença de dificuldades emocionais ou perturbações psicológicas anteriores ao acidente podem influenciar significativamente a forma como os indivíduos reagem à experiência da queimadura, manifestando-se através de diversos sintomas ao longo do processo de recuperação. A noção da desorganização psíquica decorrente da destruição da pele pela queimadura é crucial para compreender os diferentes mecanismos de defesa adotados por cada indivíduo para lidar com o trauma (Leonardi & Francisco, 2010).

No que diz respeito à qualidade de vida, esta é considerada um elemento central no tratamento das queimaduras, sendo moldada por fatores físicos, psicológicos e sociais, incluindo a capacidade de adaptação psicossocial e os mecanismos de enfrentamento (Silva *et al.*, 2024). No contexto de queimadura, maior clareza emocional e estratégias adaptativas de regulação emocional têm sido associadas a melhores indicadores de qualidade de vida (Silva *et al.*, 2024).

A realização de entrevistas com pacientes que sofreram queimaduras pode oferecer insights sobre o que esse conceito significa para eles e revelar os diferentes aspetos da qualidade de vida que são importantes para estes indivíduos (Kool *et al.*, 2017).

De facto, a gravidade das queimaduras não é o único fator que contribui para o sofrimento psicológico e a diminuição da qualidade de vida. Brewin e Homer (2018), afirmam que os adultos que sofreram com queimaduras têm uma maior probabilidade de desenvolver problemas psicológicos em comparação com a população em geral. Gilboa (2001), realizou um estudo no Reino Unido com pacientes queimados, tendo identificado uma falta de atenção para com a reabilitação social dos mesmos, indicando que os cuidados psicológicos são frequentemente direccionados apenas para aqueles com perturbações mais graves, quando na realidade, seria benéfico realizar uma avaliação regular do sofrimento psicológico para todos os pacientes queimados, independentemente da gravidade das suas lesões (Gilboa, 2001).

Torna-se então crucial uma abordagem cuidadosa e minuciosa para com os sobreviventes de queimaduras, de forma que recebam o apoio necessário para alcançar uma qualidade de vida satisfatória, especialmente após o momento da alta hospitalar e ao iniciarem o processo de reintegração na sociedade após o acidente. Durante o internamento e após a alta, é comum que muitos dos indivíduos enfrentem problemas relacionados com ansiedade, depressão, sensação de impotência, raiva, culpa, baixa autoestima e autoconfiança, o que pode resultar em isolamento social (Brewin & Homer, 2018).

A dissociação é outro mecanismo frequentemente identificado em pacientes com histórico de trauma. Öztürk e colaboradores (2007), afirmam no seu estudo que a dissociação pode atuar como um mediador entre a exposição ao trauma e o desenvolvimento de psicopatologias crónicas. O conceito de “*self* traumático” sugere que os indivíduos com experiências traumáticas graves podem apresentar dificuldades na integração psicológica, resultando em sintomas dissociativos e dificuldades ao nível dos relacionamentos interpessoais (Beere, 1995).

Relativamente à percepção do estigma social, este é um dos principais desafios enfrentados pelos sobreviventes de queimaduras. Segundo Willemse e colaboradores (2023), indivíduos com cicatrizes visíveis podem experienciar discriminação, isolamento social e redução de autoestima. Um outro estudo realizado por Huang e colaboradores (2021), concluiu que o medo da avaliação negativa e a insatisfação com a imagem corporal estão significativamente associados a sintomas de ansiedade e depressão.

A revisão da literatura aponta que mulheres vítimas de queimaduras apresentam uma maior vulnerabilidade emocional devido à pressão sociocultural sobre a aparência (Mujeeb & Tariq, 2019). De acordo com Al-Ghabeesh e colaboradores (2022), a existência de uma rede de apoio sólida pode funcionar como elemento protetor, favorecendo a reintegração e

contribuindo para o aumento do bem-estar psicológico. Neste contexto, programas de suporte psicológico e grupos de apoio são essenciais para minimizar o impacto emocional e melhorar a autoestima (Potter *et al.*, 2023).

A investigação realizada por Woolard e colaboradores (2022) identificou uma variedade de fatores que podem atuar como barreiras ou facilitadores para a resiliência e o crescimento pós-traumático em sobreviventes de queimaduras. Alguns elementos que podem dificultar estes processos incluem a idade mais elevada, o género, a existência de condições psicológicas como depressão ou PSPT, bem como redes de apoio social fragilizadas. Por outro lado, fatores como o apoio social, a espiritualidade e determinadas características individuais, como o otimismo, a resiliência emocional e o uso de estratégias de *coping* ativas, revelaram-se essenciais para promover a adaptação e a recuperação psicológica (Woolard *et al.*, 2022). Um outro estudo realizado por Potter e colaboradores (2023) concluiu que o suporte psicológico precoce nesta população pode reduzir significativamente o impacto emocional e melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes.

O Modelo Biopsicossocial foi proposto por George Engel como uma resposta ao modelo biomédico tradicional, que se focava exclusivamente em fatores biológicos na compreensão e tratamento das doenças. O autor argumentou que essa abordagem reducionista ignora os componentes psicológicos e sociais, que desempenham um papel crucial e imprescindível nos processos de saúde e doença (Engel, 1981). A partir desse pressuposto, o modelo biopsicossocial foi desenvolvido para integrar múltiplas dimensões da experiência humana, reconhecendo que os fatores biológicos, emocionais e sociais interagem de forma complexa na determinação de estados de saúde e doença (Gatchel *et al.*, 2020). Apesar das dificuldades iniciais, a aceitação do modelo biopsicossocial foi impulsionada pelo avanço da

medicina comportamental e da psicologia da saúde, especialmente em áreas como o estudo e tratamento da dor crónica (Loeser 1982).

A dor crónica representa um dos principais campos de aplicação do modelo biopsicossocial, uma vez que a experiência da dor não se restringe a uma resposta fisiológica, mas é influenciada por fatores emocionais, comportamentais e ambientais (Turk & Monarch, 1986). No contexto das queimaduras, este modelo tem sido amplamente utilizado para compreender a dor crónica e os processos de recuperação psicológica e social dos pacientes (Nelson *et al.*, 2019).

A dor nas queimaduras pode ser dividida em dois, a dor de fundo que está relacionada com o próprio processo inflamatório, e a dor procedimental, resultante dos tratamentos necessários, como a troca de pensos e a remoção de tecido (Peck, 2011). Existem evidências científicas de que, entre 18% e 52% dos sobreviventes de queimaduras desenvolvem dor persistente, caracterizada por sensações de ardor e sensação de choques elétricos (Schneider *et al.*, 2006).

Nelson e colaboradores (2019), destacam no seu estudo a importância de um enquadramento biopsicossocial no estudo e tratamento da dor em crianças com queimaduras. É de extrema importância que a dor pós-queimadura não seja vista apenas como um sintoma físico, mas sim como um fenómeno multidimensional, onde os aspetos psicológicos e sociais desempenham um papel fundamental na sua manutenção e impacto funcional (Nelson *et al.*, 2019).

Ainda dentro deste modelo, é possível destacar o estudo realizado por Wiechman e colaboradores (2020), que contribuiu significativamente para o conhecimento sobre a adaptação psicológica a longo prazo em casos de queimaduras, salientando que as

características prévias ao evento traumático, juntamente com as estratégias de enfrentamento utilizadas, têm um papel mais determinante do que a gravidade da lesão em si. Estes achados reforçam a importância da adoção do modelo biopsicossocial na abordagem clínica e na formulação de intervenções mais eficazes.

O presente estudo tem como objetivo principal, compreender como as experiências de trauma influenciam a resiliência, autoestima, percepções de estigma e preconceito, em sobreviventes de queimaduras.

Até ao momento, e de acordo com a pesquisa bibliográfica, é de notar ainda uma grande escassez de estudos em Portugal que abordem as consequências psicológicas em sobreviventes de queimaduras.

A pertinência do estudo no âmbito da psicologia clínica é multifacetada. Primeiramente, esta investigação pretende preencher uma lacuna significativa na literatura em Portugal, que pouco ou nada aborda a temática das queimaduras e as suas consequências psicológicas

Explorar as experiências de trauma e as suas repercussões psicológicas, pode fornecer insights valiosos para o desenvolvimento de intervenções clínicas mais eficazes e sensíveis às necessidades específicas dos sobreviventes de queimaduras.

Assim, a presente dissertação encontra-se organizada em três partes principais. A primeira corresponde ao enquadramento teórico, onde são exploradas temáticas fundamentais para a compreensão da vivência de sobreviventes de queimaduras, incluindo: a queimadura enquanto experiência traumática, o impacto psicológico e social do trauma, os processos de atribuição de significado e reconstrução pessoal, as alterações na autoestima e imagem corporal, a percepção de estigma e preconceito, o papel do suporte social na qualidade de vida, as estratégias de *coping* e a resiliência, bem como a importância da intervenção psicológica e

os desafios na reintegração pós-alta. A segunda parte, dedicada ao estudo empírico, apresenta os objetivos da investigação, a metodologia adotada, os participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de análise e os resultados obtidos. Por último, é apresentada a discussão dos resultados, articulando-os com o enquadramento teórico previamente apresentado, e inclui também as principais conclusões do estudo. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

Espera-se que a realização deste estudo contribua com um valor significativo para a ciência e a prática clínica. Adicionalmente, os resultados do estudo, poderão servir como base para futuras pesquisas e intervenções, fomentando uma rede de apoio mais robusta e informada para esta população.

Por fim, o estudo visa aumentar a consciencialização sobre as dificuldades enfrentadas pelas pessoas queimadas, promovendo uma maior sensibilidade e compreensão social. Este aumento de consciencialização é fundamental para a redução do estigma e do preconceito, facilitando a integração social e a qualidade de vida dos sobreviventes de queimaduras.

Enquadramento Teórico

O trauma psíquico

Para Freud (1920/1961), o funcionamento do aparelho psíquico baseia-se no princípio do prazer, caracterizado pela procura da diminuição da tensão interna e pela evitação de sensações desagradáveis. No entanto, este princípio não explica todos os fenómenos mentais, já que muitas experiências psíquicas não conduzem ao prazer. Muito pelo contrário, podem até resultar em sofrimento.

A partir da observação das neuroses traumáticas (como as da guerra), Freud (1920/1961) nota que estas não advêm só da intensidade do acontecimento, mas sobretudo do “elemento surpresa” que escapa à preparação psíquica. O trauma surge, então, como uma falha na capacidade do *self* em antecipar o perigo, o que origina o chamado estado de “*fright*” (Freud, 1920/1961, p. 6). Nestes casos, os sonhos não cumprem a sua função habitual de realização de desejos; pelo contrário, tendem a reproduzir repetidamente a cena traumática, o que faz manter o sujeito preso ao acontecimento doloroso.

Assim, Freud (1920/1961) reconhece a existência de uma força mais primitiva e instintiva que ultrapassa o prazer e que leva o psiquismo a repetir o sofrimento. E é neste seguimento que explora a teoria do trauma:

Consideram-se “traumáticas” as estimulações externas de intensidade suficiente para quebrar a barreira protetora. O conceito de trauma está, assim, intrinsecamente associado à existência de uma rutura nessa barreira, que, em circunstâncias normais, atuaria de forma eficaz contra estímulos externos. Um acontecimento externo deste tipo é inevitavelmente suscetível de provocar uma perturbação de grande escala no funcionamento energético do organismo e de

desencadear todas as medidas defensivas possíveis. (Freud, 1920/1961, p. 23)

[tradução livre pela autora]

Dentro desta concepção, as queimaduras podem ser entendidas como eventos traumáticos por excelência, uma vez que a dor física intensa e súbita rompe a barreira protetora do aparelho psíquico e expõe o indivíduo a um excesso de excitação impossível de ser processado de imediato, sobretudo sem preparação psíquica prévia.

O trauma psicológico pode assumir diferentes formas e intensidades, e é mais complexo quando resulta de experiências prolongadas ou repetidas de impotência. Segundo Herman (1992), este tipo de trauma tende a manifestar-se em situações de isolamento, dor persistente ou internamentos médicos prolongados, que colocam em causa tanto a integridade física como o sentimento de segurança, de controlo e de identidade pessoal. Entre as diferentes experiências clínicas potencialmente traumáticas, as queimaduras destacam-se pela sua gravidade e pelo impacto prolongado na vida da pessoa. O corpo tende a registar estas experiências traumáticas mesmo quando a mente procura reprimi-las (Freud, 1920/1961; Van der Kolk, 2014), o que torna essencial considerar as manifestações físicas do trauma como parte integrante do sofrimento psicológico. Esta perspetiva ajuda a compreender porque muitos sobreviventes continuam a apresentar sintomas como insónias, hipervigilância ou *flashbacks* mesmo após a alta hospitalar.

O próximo subcapítulo aprofunda precisamente a queimadura enquanto experiência traumática, e reúne contributos teóricos e empíricos que demonstram a amplitude das suas consequências físicas, emocionais e sociais.

Queimadura como experiência traumática

Oliveira e colaboradores (2023) descrevem a queimadura como sendo um evento traumático e disruptivo na vida das pessoas, com consequências negativas em termos funcionais, emocionais, sociais, estéticos, psicológicos, económicos e interpessoais. O período de hospitalização costuma ser longo e repleto de momentos stressantes, resultando num período de isolamento, estando o indivíduo afastado dos seus familiares, amigos, trabalho, rotina e atividades de lazer. Para além disso, verifica-se uma diminuição da autonomia e da privacidade, acompanhada por uma exposição contínua à dor e aos procedimentos terapêuticos necessários (Oliveira *et al.*, 2023).

Os resultados de um estudo qualitativo realizado por Dahl e colaboradores (2012) sobre o processo de adaptação à vida pós-queimadura concluiu que as queimaduras acidentais e a subsequente hospitalização foram eventos que transformaram significativamente a vida dos participantes, provocando mudanças nas suas perspetivas em relação à vida. A maioria relatou uma nova compreensão da vida como resultado desses eventos. A recuperação foi favorecida pela capacidade de encontrar um ponto de equilíbrio entre a aceitação do evento ocorrido e a aceitação do percurso de tratamento. Este processo implicou enfrentar emoções como perda e tristeza, estabelecer comparações com vivências de outras pessoas e reconhecer o valor de ter sobrevivido, mesmo perante condições adversas (Dahl *et al.*, 2012).

Rosenberg e colaboradores (2018), destacam que a recuperação de sobreviventes de queimaduras envolve mais do que a cicatrização física. Durante o internamento, os sobreviventes enfrentam múltiplas fontes de *stress* desde dor intensa, alterações do sono, confusão, ansiedade, medo de morte e outro tipo de perturbações. O estudo destes autores salienta ainda que, estas mesmas emoções podem acabar por ser agravadas pela perceção de perda de controlo, dependência física e alterações visíveis no corpo. É essencial a presença de uma equipa multidisciplinar para não só fornecer os cuidados físicos, como para validar

igualmente as emoções sentidas pelos sobreviventes, reforçar o sentido de controlo e motivar os mesmos a participar ativamente no tratamento (Rosenberg *et al.*, 2018).

A literatura científica indica que a análise das sequelas decorrentes de queimaduras pode abranger intervalos temporais que se estendem desde alguns meses até vários anos após a alta hospitalar. É comum perceber que o primeiro ano após a alta hospitalar é um período psicologicamente desafiador, no qual os pacientes frequentemente relatam uma maior incidência de disfunção. Durante esse período inicial, os pacientes podem enfrentar sintomas adicionais decorrentes de psicopatologias anteriores ou de stresses secundários, como lembranças do acidente, dificuldades familiares ou ajustes na vida devido à lesão. A literatura sugere que muitos dos sintomas experimentados no primeiro ano após o trauma tendem a ser temporários e que tendem a melhorar substancialmente com o passar do tempo (Leonardi & Francisco, 2010).

Apesar de existir uma adaptação às queimaduras com o passar do tempo, independentemente da sua gravidade, os indivíduos que sofreram queimaduras leves também enfrentam igualmente desafios psicológicos significativos nos meses seguintes à alta hospitalar, incluindo fadiga e uma percepção contínua de fragilidade física acompanhada de dor diária, não se devendo menosprezar os casos de queimaduras com menor gravidade (Dahl *et al.*, 2012).

A dor resultante da experiência traumática do acidente, a perda de funcionalidade, a alteração na aparência e as mudanças na autoimagem afetam profundamente a vida de uma pessoa e a percepção que a mesma tem de si própria. A literatura remete para o facto de que no tratamento desta população, muitas vezes são priorizados apenas os aspetos físicos e os cuidados diretos à saúde física, enquanto as necessidades emocionais e existenciais destes

indivíduos acabam por ser frequentemente colocadas de lado, sendo negligenciadas (Tehranineshat *et al.*, 2020).

Assim, a prevalência de traumas e problemas de saúde mental em sobreviventes a queimaduras é significativa, decorrente do trauma associado à lesão, da experiência traumática envolvente e da reativação desse mesmo trauma. As reações ao trauma podem afetar diversos afetos da recuperação física e psicológica, sendo que a resposta psicológica pode não melhorar com o tempo e, em alguns casos, até piorar. Indivíduos que experimentam um alto nível de angústia, tanto no período de internamento, quanto após a alta hospitalar, tendem a piorar a angústia ao longo do tempo, mesmo após dois anos da lesão (Cleary *et al.*, 2020).

Uma análise do crescimento de PSPT em pessoas que lidam com doenças graves, concluiu que compreender este fenómeno pode ajudar os profissionais de saúde a melhorar os seus métodos de intervenção para com quem sofra de PSPT e tenha dificuldades em se adaptar a longo prazo (Brewin & Homer, 2018). Um estudo revelou que, até pacientes com queimaduras leves, correm igualmente o risco de desenvolver PSPT após receberem alta hospitalar (Dahl *et al.*, 2016). Além disso, um estudo realizado nos Países Baixos com 438 pacientes, identificou uma taxa significativa de PSPT grave, que atinge os 33% entre um e dois anos após a queimadura (Brewin & Homer, 2018).

As consequências físicas e emocionais das queimaduras variam consideravelmente, sendo influenciadas por alguns fatores, nomeadamente, pela capacidade de superação do indivíduo, fatores genéticos e o momento em que ocorrem as queimaduras. A idade no momento do incidente desempenha um papel crucial: quanto mais jovem a pessoa for, maior será o impacto psicossocial do estigma associado à deformação causada pela queimadura. No entanto, os jovens tendem a ter uma recuperação física e emocional mais rápida em comparação

com os idosos, além de apresentarem menos complicações de saúde, o que resulta num prognóstico mais favorável (Stoddard *et al.*, 2014).

Após a revisão da literatura, ficou evidenciado que até um terço dos sobreviventes de queimaduras desenvolvem PSPT, com sintomas que podem mesmo persistir desde o momento da lesão até anos após a recuperação (Sadeghi-Bazargani *et al.*, 2011). A PSPT caracteriza-se por sintomas intrusivos, como flashbacks e pesadelos, comportamentos evitativos de situações ou recordações traumáticas, pensamentos e emoções negativas e ainda um estado constante de hipervigilância (American Psychiatric Association, 2014). Fatores como gênero, idade, severidade da queimadura, apoio social e mecanismos de coping têm sido amplamente estudados como determinantes para a manifestação e gravidade de PSPT em sobreviventes de queimaduras (Yu & Dimsdale, 1999).

Lodha e colaboradores (2020) realizaram uma revisão abrangente da literatura sobre a PSPT em sobreviventes de queimaduras, tendo destacado que fatores demográficos e psicossociais influenciam significativamente o desenvolvimento de PSPT. As mulheres apresentam uma maior prevalência de PSPT devido a queimaduras faciais, que frequentemente resultam em desfiguração. Em sociedades de estrutura patriarcal, como a indiana, muitas queimaduras têm origem em episódios de violência doméstica, o que tende a agravar de forma significativa os sintomas de PSPT (Bakker *et al.*, 2013).

Ainda dentro da experiência de trauma, é importante mencionar as experiências de quase morte. A literatura sublinha que apesar da extensão da investigação, há uma escassez de estudos que explorem esta temática em sobreviventes de queimaduras graves, sendo uma população que enfrenta um impacto físico e emocional considerável, acrescido de dificuldade de ordem psicológica (Cukor *et al.*, 2015). Para além dos seus potenciais efeitos transformadores, as experiências de quase morte levantam desafios específicos no âmbito da

saúde mental. Indivíduos que passam por estas experiências podem enfrentar dificuldades em compartilhá-las com profissionais de saúde devido ao medo de serem desacreditados ou considerados psicóticos (Holden *et al.*, 2014). Tendo em conta estes fatores, é essencial que os profissionais de saúde desenvolvam uma compreensão aberta e informada sobre este tipo de experiências para prestar um suporte mais eficaz e respeitador (Kim *et al.*, 2021).

Adicionalmente, Royse & Badger (2018), investigaram as experiências de quase morte em sobreviventes de queimaduras graves através de entrevistas, tendo o estudo identificado que as narrativas dos participantes, indicam que as experiências de quase morte são vivências profundas, frequentemente descritas como mais reais do que a própria vida do quotidiano. Para muitos, estas experiências proporcionaram um sentido renovado de significado ou espiritualidade, contribuindo assim para a aceitação da sua condição física e psicológica. Tendo em conta os fatores acima mencionados, os profissionais de saúde devem considerar as implicações clínicas deste tipo de experiências, especialmente porque a validação das mesmas pode ter efeitos positivos na reabilitação emocional e na qualidade de vida dos sobreviventes. A negligência ou desvalorização dessas vivências pode aumentar o sofrimento psicológico e dificultar o processo de recuperação (Kim *et al.*, 2021).

Atribuição de significado e crescimento pós-traumático

McAdams & Jones (2017), exploraram no seu estudo a dinâmica entre trauma e resiliência, enfatizando o papel da narrativa na reconstrução do significado após experiências adversas. Inspirando-se na obra de Viktor Frankl, os autores destacam que o trauma desafia pressupostos fundamentais do indivíduo, incluindo a crença na justiça, na bondade da humanidade e no valor pessoal (Janoff-Bulman, 2010). Uma experiência traumática inesperada pode precipitar no indivíduo uma crise existencial, exigindo que os sobreviventes reformulem o seu sistema de crenças ou desenvolvam novos significados para as suas experiências. Quando

bem-sucedida, essa reconfiguração pode levar a uma maior apreciação pela vida, fortalecimento de relações interpessoais, desenvolvimento espiritual e um sentido renovado de força pessoal que o sobrevivente anteriormente desconhecia possuir (Tedsechi & Calhoun, 2004).

De acordo com Pals (2006), a narrativa desempenha um papel essencial no processo de reconstrução, existindo dois passos fundamentais no processo. O primeiro envolve um aprofundamento reflexivo, no qual, o indivíduo explora sentimentos, pensamentos e motivações associados ao evento traumático. O segundo passo consiste na resolução positiva, na qual o indivíduo integra novas percepções sobre o trauma numa narrativa pessoal que irá promover não só o crescimento bem como a resiliência. Essas narrativas ajudam não só na organização da experiência traumática, mas também podem servir como fonte de significado redentor para o indivíduo (McAdams & Jones, 2017).

Contudo, os autores McAdams & Jones (2017) ressaltam que nem todos os indivíduos sentem a necessidade de reconstruir significado após o trauma. Algumas pessoas tendem a seguir em frente sem mudanças substanciais nas suas narrativas ou sistemas de crenças. Por outro lado, para aqueles que necessitam de reconstruir significado, a dificuldade em encontrar respostas claras por (pode) levar a uma ruminação prolongada e a um maior sofrimento. Ainda assim, estudos sugerem que, quando significados satisfatórios são encontrados, mesmo após procuras prolongadas, há melhorias significativas na saúde mental (Park, 2010).

Adicionalmente e ainda dentro desta linha de pensamento, é importante referir o modelo de construção de significado, descrito por Park (2022) que oferece uma perspetiva sobre como os indivíduos processam e reinterpretam experiências traumáticas. Este modelo organiza-se em dois níveis principais: o significado global e o significado situacional. Sendo que o significado global inclui sistemas fundamentais como crenças, valores e objetivos de vida, enquanto o

significado situacional refere-se à interpretação de eventos específicos e ao impacto destes nos significados globais. Existindo uma discrepância entre ambos, pode levar a um sofrimento, levando à necessidade de reconfigurar narrativas.

O modelo descrito por Park (2022) também tem relevantes implicações clínicas sugerindo que as intervenções terapêuticas devem focar-se na ressignificação como forma de promover a resiliência e consequentemente, ajudar os indivíduos a reestruturar crenças globais e a redefinir os seus objetivos de vida, permitindo-lhes atribuir um novo significado às experiências traumáticas. Este enfoque visa não só a facilitação da recuperação, mas também a promoção de um crescimento pessoal sustentável após o trauma.

Queimaduras: definição, classificação e impacto físico

As queimaduras podem ser definidas como lesões que ocorrem quando o tecido biológico é exposto a agentes físicos, químicos, térmicos ou elétricos, resultando em diferentes níveis de destruição da pele e, em casos mais graves, de tecidos mais profundos, como músculos e ossos (Greenhalgh, 2019). Tendo em conta que a pele constitui um dos mais importantes elementos de proteção e defesa do organismo, quando esta fica exposta após uma queimadura, podem existir consequências graves na vida da pessoa, tanto no momento inicial da lesão como posteriormente num futuro (Greenhalgh, 2019).

De acordo com Serra e colaboradores (2004), as queimaduras de primeiro grau, ou superficiais, atingem exclusivamente a epiderme, a camada mais externa da pele. As queimaduras de segundo grau, conhecidas como de espessura parcial, afetam a derme, situada numa camada intermédia. Estas podem ser classificadas em superficiais, quando envolvem apenas as regiões externas da derme, e profundas, quando comprometem simultaneamente áreas superficiais e mais internas dessa camada. Por último, as queimaduras de terceiro grau ou de espessura total, atingem todas as camadas da pele, incluindo a epiderme, a derme e o

tecido subcutâneo. Nestes casos, estruturas como as glândulas sudoríparas, folículos pilosos e terminações nervosas costumam ser destruídas (Serra *et al.*, 2004).

Antes de abordar as questões psicológicas, é importante compreender o impacto físico das queimaduras.

As queimaduras têm consequências físicas graves que incluem uma resposta inflamatória sistêmica e local, cicatrização prolongada, dor crônica, perda de mobilidade, alterações na pele, como fragilidade e uma sensibilidade exacerbada. A resposta hipermetabólica pode persistir até 36 meses, resultando num catabolismo muscular e redução funcional (Jeschke *et al.*, 2020). Além disso, podem existir complicações graves como infecções e falências orgânicas e uma predisposição para lesões graves que posteriormente, podem agravar o prognóstico físico (Markiewicz-Gospodarek *et al.*, 2022).

Em casos mais graves, é frequente a formação de cicatrizes hipertróficas, que se caracterizam por uma coloração avermelhada, espessura aumentada, rigidez e hipersensibilidade. Estas cicatrizes não só afetam negativamente a aparência do paciente, mas também podem resultar na perda de funcionalidade e deformidade devido à formação de contraturas. No entanto, com o decorrer do tempo, as cicatrizes tendem a diminuir em altura, tornam-se mais suaves e adquirem uma tonalidade mais clara, embora o processo de maturação completo possa demorar entre 1 e 2 anos (Helm, 1992).

Nas regiões afetadas por queimaduras, a pele perde sua função de proteção e regulação da homeostase. Isso resulta em perdas substanciais de fluidos corporais e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade a infecções (Stoddard et al, 2014).

Relativamente às queimaduras profundas, estas podem resultar em lesões musculares graves e necrose. Os ossos, por serem mais resistentes, absorvem uma grande parte do calor, o

que pode levar a danos nos músculos devido à sua proximidade com a corrente elétrica. Por vezes, a corrente elétrica acaba por poupar a pele superficial, mas pode causar danos teciduais profundos que podem não ser percebidos numa fase inicial (Stoddard *et al*, 2014).

Em casos em que há necrose muscular e tecidual significativa nas extremidades, especialmente nos locais de entrada e saída da corrente elétrica, pode ser necessário considerar a amputação (Rai *et al.*, 1999). A reabilitação após a amputação é um processo extremamente complexo e que não se limita apenas à recuperação física, mas também envolve a componente psicológica e adaptação à perda da parte do corpo. A colocação de uma prótese deve ser precedida pela completa maturação do membro residual e pela cicatrização adequada dos enxertos de pele. A maturação ocorre quando o inchaço pós-operação diminui, o volume do membro estabiliza e quando este adquire uma forma cilíndrica que se adequa para a colocação da prótese (Stoddard *et al*, 2014).

O alívio da dor após uma queimadura é uma parte crucial dos cuidados e do processo de recuperação. O procedimento de remoção de tecido danificado, a aplicação de pensos e os tratamentos associados, frequentemente causam desconforto e sofrimento psicológico, para além, da dor física envolvente. À medida que as feridas vão cicatrizando, é importante reduzir de forma gradual e cuidadosamente, a administração de medicamentos para se evitar sintomas de abstinências (Patterson *et al.*, 2004).

É fundamental ter em conta as diferentes abordagens de tratamento da dor, que não dependam exclusivamente de fármacos. Entre as técnicas que destacaram eficácia na redução da dor, estão a massagem, a hipnose, métodos de distração multifacetados, terapia cognitivo-comportamental e música terapia (Sen *et al.*, 2012).

Adicionalmente, a dor é frequentemente uma experiência complexa, resultante de múltiplos fatores. A equipa médica deve ter em conta todas as possíveis causas contribuintes, pois é comum que para além da dor em si da lesão da queimadura, que possam surgir outros problemas, nomeadamente o prurido que se caracteriza por uma comichão intensa, a neuropatia que é um dano no nervo, ansiedade, perturbações do sono, depressão e PSPT (Stoddard *et al*, 2014).

Após queimaduras, é comum a presença de dor neuropática, definida como uma sensação dolorosa que resulta ou se intensifica devido a lesões ou alterações no sistema nervoso, seja ele periférico ou central. Os sintomas mais comuns incluem sensações de picadas, formigueiro, agulhas, choques ou sensações elétricas, muitas vezes manifestando-se após a cicatrização das feridas causadas pela queimadura (Schneider *et al.*, 2006).

Implicações físicas médicas no processo de reabilitação

A recuperação após uma queimadura grave envolve uma multiplicidade de desafios que transcendem a dimensão física da lesão, configurando-se como um processo contínuo e dinâmico. Bayuo e colaboradores (2020), efetuaram uma revisão integrativa com a finalidade de identificar, de forma organizada, as necessidades das pessoas com queimaduras, abrangendo desde a fase prévia à alta hospitalar até ao período de acompanhamento posterior. Foram identificados quatro domínios, o fisiológico onde se destacam as necessidades persistentes relacionadas com a dor, cicatrização e risco de infeção, evidenciado que as consequências físicas da queimadura se prolongam muito para além da fase aguda da hospitalização e consequentemente, estas necessidades interferem diretamente com o bem-estar geral e a capacidade funcional do indivíduo, sendo frequentemente subestimadas na preparação para a alta. Outro domínio que surgiu foi o psicossocial e neste, a revisão da literatura aponta alterações significativas nas dinâmicas relacionais, sentimentos de isolamento, alterações de

papeis sociais e familiares, luto pela perda da imagem corporal, perturbações de saúde mental e ainda, dificuldades ao nível da sexualidade. No que concerne aos comportamentos relacionados com a saúde, os autores destacam a prevalência de perturbações do sono, diminuição da atividade física e alterações nos hábitos alimentares, sendo que, estes aspetos comprometem o processo de recuperação e podem contribuir para um círculo vicioso de fragilidade física e emocional. Relativamente ao último domínio, o ambiental, a necessidade mais frequentemente identificada é a perda de rendimento económico, sobretudo quando os sobreviventes não possuem o apoio de seguros de saúde adequados. Em suma, o estudo realizado por Bayuo e colaboradores (2020), reforça a ideia de que a alta hospitalar não representa o fim do processo de tratamento, mas sim uma transição que requer um acompanhamento multidisciplinar contínuo.

Perturbações de saúde mental associadas

Condições clínicas e psicológicas existentes antes do trauma constituem um elemento relevante para determinar tanto o impacto das queimaduras como a qualidade de vida após o evento. Um estudo realizado por Sheckter e colaboradores (2020) demonstrou que fatores como diabetes, tabagismo e perturbações de saúde mental estão fortemente associados a piores resultados funcionais e psicológicos em sobreviventes de queimaduras. Os autores destacam ainda que, nos primeiros seis meses após o trauma, estas condições afetam negativamente os componentes físico e emocional da qualidade de vida, com implicações que se podem prolongar até dois anos.

Existem múltiplos fatores identificados como angustiantes, que podem desencadear problemáticas psicológicas nesta população. As respostas emocionais ao acidente podem ser influenciadas não só pela gravidade das queimaduras, como também pelas experiências vivenciadas ou testemunhadas durante o evento, podendo resultar em perturbações de

ansiedade e quadros depressivos a longo prazo (Hurren, 1995). Um outro fator de risco relevante é o tratamento médico das queimaduras, frequentemente descrito como extremamente doloroso e potencialmente potenciador de sintomatologia ansiosa e depressiva (Byers *et al.*, 2001). Adicionalmente, o isolamento profilático necessário para evitar infeções pode contribuir para sentimentos de privação social e solidão (Menzies, 2000). Assim, o conjunto destes fatores de stress pode comprometer significativamente o bem-estar psicológico dos pacientes (Loey & Son, 2003).

Muitos pacientes queimados já apresentam antecedentes de perturbações de saúde mental, o que pode aumentar a vulnerabilidade a sintomas pós-traumáticos. Além disso, a personalidade do indivíduo desempenha um papel importante na capacidade de adaptação psicossocial após o trauma (Dyster *et al.*, 2008).

É bastante comum que as pessoas que sofreram queimaduras enfrentem diversas consequências emocionais e psicológicas. Ansiedade, depressão, diminuição da autoestima e sintomas relacionados com o trauma são frequentemente reportados. Segundo Jain e colaboradores (2017), a manifestação desta sintomatologia é influenciada por fatores como a severidade das queimaduras, a área corporal atingida, o local específico da lesão e a sua profundidade.

Estima-se que cerca de 25% dos pacientes hospitalizados em unidades de queimados apresentem sintomas graves de PSPT agudo, sendo que uma parte significativa continua a experienciar sintomas de forma crónica. No caso da depressão, entre um a quatro anos após a queimadura, aproximadamente 10% dos pacientes preenchem os critérios para diagnóstico clínico. De igual modo, cerca de 10% dos sobreviventes desenvolvem perturbações de ansiedade após um ano do acidente (Van Loey, 2020).

As queimaduras localizadas em áreas como a cabeça, o pescoço e o rosto resultam frequentemente em cicatrizes visíveis — a sequela mais comum e impactante nestes casos (Hoogewerf *et al.*, 2014). Estas marcas estão associadas a um maior risco de dificuldades psicológicas, como ansiedade social, evitamento de contextos interpessoais e percepção negativa da qualidade de vida (Jain *et al.*, 2017).

Entre as mulheres, as queimaduras parecem estar particularmente associadas a um risco mais elevado de desenvolver depressão. Há evidência de que o impacto psicológico da desfiguração facial tende a ser mais expressivo no sexo feminino (Hoogewerf *et al.*, 2014).

Um estudo realizado na Índia por Jain e colaboradores (2017) analisou a relação entre a área corporal queimada e os níveis de ansiedade, depressão e autoestima. Constatou-se que toda a amostra apresentou sintomas de ansiedade, os quais variavam entre leves e moderados, sendo a prevalência mais elevada entre os homens — possivelmente devido à preocupação com a desfiguração, o regresso ao trabalho e a manutenção do papel familiar. No que respeita à depressão, 64,9% dos casos com queimaduras faciais apresentaram níveis graves ou muito graves. A profundidade da queimadura também se revelou um fator determinante: 52,9% dos casos com queimaduras profundas apresentaram depressão muito grave, face a 20,4% nos casos com queimaduras superficiais. No que diz respeito à autoestima, observou-se que apenas 47,1% dos pacientes com queimaduras profundas mantinham uma autoestima considerada normal, em contraste com 87,8% dos que tinham queimaduras superficiais.

A literatura aponta ainda que a presença de perturbações de ansiedade e depressão antes do trauma pode aumentar significativamente o risco de desenvolvimento de perturbações de stress pós-traumático (Medeiros *et al.*, 2012).

Com o aumento das taxas de sobrevivência, é imperativo abordar de forma adequada as necessidades psicológicas destes pacientes. O objetivo passa por promover uma recuperação que permita atingir um nível de funcionamento e bem-estar o mais próximo possível da realidade pré-trauma, facilitando a reintegração social e emocional (Falder *et al.*, 2009). Este facto sublinha a importância de uma abordagem integrada, com apoio psicológico e social continuado (Jain *et al.*, 2017).

Por fim, O'Brien & Lushin (2019) realizaram uma revisão sistemática que evidencia que condições como abuso de substâncias, perturbações emocionais prévias e lesões autoinfligidas estão associadas a períodos de hospitalização mais prolongados. Os autores reforçam a necessidade de cuidados integrados que contemplem intervenções psicológicas específicas, bem como de mais investigação sobre os fatores que influenciam a recuperação emocional após queimaduras.

Repercussões psicológicas da queimadura

Autoimagem e autoestigma após o trauma

A autoestima é influenciada pela diferença entre como nos percebemos e o nosso ideal de autoimagem, sendo que essa disparidade tende a diminuir com o aumento da autoestima (Mehrabi *et al.*, 2022). Por outras palavras, a autoestima desempenha um papel crucial na determinação da atitude positiva ou negativa em relação a diferentes aspetos da vida, e quando comprometida, pode tornar-se extremamente difícil ou até mesmo impossível para os indivíduos, conseguirem enfrentar situações adversas (Minev *et al.*, 2018).

O desenvolvimento da autoestima começa desde o nascimento e evolui ao longo da vida, sendo influenciado por uma variedade de experiências e fatores. Os pacientes que sofreram queimaduras não são exceção a este processo de desenvolvimento da autoestima, e é

crucial compreender como é que essas experiências afetam a sua autoimagem e autoconfiança ao longo do tempo (Mehrabi *et al.*, 2022).

É expectável que um acidente que resulte em queimaduras, provoque alterações na imagem corporal, influenciando a identidade do indivíduo, variando com a profundidade e extensão das lesões. Nesse contexto, a reconstrução da identidade torna-se necessária, integrando as perceções relacionadas com a própria imagem. Em sociedades que valorizam intensamente a aparência física, o desfiguramento visível após uma queimadura pode impactar negativamente a forma como as pessoas reagem às marcas causadas pela lesão (Pinto *et al.*, 2010).

Os sobreviventes de queimaduras frequentemente enfrentam alterações na autoimagem, descrevendo as suas cicatrizes como uma nova narrativa corporal, que remete para o trauma vívido (Moi *et al.*, 2008). Essa dissociação entre a percepção interna e externa contribui para sentimentos de vergonha e estigmatização, afetando as qualidades da autoestima (Moraes & Marcolan, 2023). Intervenções que promovem a acessibilidade pessoal são fundamentais para mitigar este impacto (Abrams *et al.*, 2018).

Em particular, as queimaduras que atingem o rosto ou as mãos, são das lesões mais complexas e devastadoras, isto porque podem causar cicatrizes significativas que alteram drasticamente a aparência de uma pessoa. Como resultado, os sobreviventes a queimaduras podem enfrentar estigmatização social, levando-os ao isolamento e à diminuição da qualidade de vida (Ross *et al.*, 2021).

Ao longo da reabilitação, os sobreviventes podem experienciar alterações profundas na sua imagem corporal que, frequentemente são acompanhadas de ansiedade social, evitamento de contextos públicos e uma baixa autoestima. A adaptação à nova aparência é fortemente

influenciada pelas normas socioculturais, pelo apoio recebido e pela capacidade de reestruturação cognitiva do *self* (Rosenberg *et al.*, 2007).

Há evidências científicas de que as mulheres tendem a preocupar-se mais com a sua aparência e, conseqüentemente, enfrentam maiores dificuldades em lidar com as diferenças causadas pelas cicatrizes. Embora ainda haja pouca pesquisa conclusiva sobre este ponto, existem evidências de que as mulheres com queimaduras faciais graves têm maior probabilidade de vir a ter depressão e insatisfação com a sua aparência. No entanto, isso não exclui o facto também de os homens, especialmente os mais jovens, serem igualmente afetados e questionar a sua atratividade (Van Loey, 2020).

Uma revisão sistemática realizada por Mehrabi e colaboradores (2002) destacou da sua investigação que, os pacientes queimados apresentam frequentemente níveis moderados de autoestima e tais níveis de autoestima são influenciados por variáveis como o género, a profissão exercida, a localização e a dimensão da queimadura, assim como pela existência de cicatrizes consequentes. A qualidade de vida também se mostrou significativamente relacionada à autoestima desses pacientes e aspetos como o suporte social, familiar e de amigos, bem como de outras fontes, foram positivamente associados à autoestima. Todavia, fatores como a severidade da queimadura, a sua amplitude e profundidade- sobretudo quando o rosto é a área atingida-, assim como a ocorrência de complicações relacionadas com PSPT, a presença de sintomas depressivos e, até mesmo pensamentos suicidas, apresentaram uma relação negativa com a autoestima (Mehrabi *et al.*, 2022).

Adicionalmente, Cleary e colaboradores (2020), realizaram uma revisão sistemática para avaliar o impacto das queimaduras na imagem corporal. Os resultados indicaram que fatores como maior gravidade das queimaduras, a presença de cicatrizes visíveis e o género

feminino estão associados a níveis mais elevados de insatisfação corporal. Contudo, a aceitação da aparência tende a melhorar com o tempo, refletindo assim uma adaptação progressiva.

Ainda dentro desta linha de pensamento, um estudo realizado por Gorbani & colaboradores (2021), destacou que a relação entre o suporte social e autoestima é particularmente relevante no contexto de sobreviventes de queimaduras. Os achados desta investigação ressaltam ainda que, o suporte social, especialmente por parte da família, está positivamente correlacionado com níveis mais elevados de autoestima, promovendo melhor adaptação psicológica e social. Por outro lado, os autores referem que fatores como maior percentagem de queimaduras e hospitalizações prolongadas são associados a níveis mais baixos de autoestima, tal como mencionado anteriormente em outros estudos.

As cicatrizes que são resultantes de queimaduras muitas vezes apresentam uma textura firme, elevação, forte vermelhão, superfície áspera, podendo ser complicado de esconder quando estão localizadas em áreas visíveis do corpo. Mesmo aquelas que estão localizadas em regiões menos expostas, podem ainda assim afetar significativamente a vida diária de quem vive com estas marcas, nomeadamente em situações de frequentar piscinas, praias ou em períodos de clima mais quente, nos quais o vestuário tende a ser mais leve e a expor maior parte do corpo (Van Loey, 2020). Seguindo esta perspetiva, Siddiqui e colaboradores (2023) desenvolveram um estudo onde verificaram que o impacto das cicatrizes visíveis em sobreviventes de queimaduras vai além das consequências físicas, afetando profundamente a sua saúde mental e interação social. É ainda possível verificar na sua investigação que, cerca de 87,5% dos sobreviventes com cicatrizes visíveis relatam estigmatização, afetando particularmente as mulheres (91,7%) e indivíduos com um estatuto socioeconómico mais baixo. Estes resultados, refletem que o estigma agrava a insatisfação com a imagem corporal, aumentando assim o risco de depressão e dificultando o processo da reintegração social. Os

autores ressaltam assim, a importância de aumentar intervenções psicossociais e campanhas de sensibilização para minimizar o impacto negativo das cicatrizes e promover a inclusão e resiliência desta população (Siddiqui *et al.*, 2023).

Consequentemente, conviver com estas cicatrizes pode ainda ser mais desafiante numa sociedade na qual existe um número crescente de pessoas que recorre a procedimentos cirúrgicos estéticos ou utiliza produtos cosméticos de forma a aprimorar a sua aparência. Para aqueles que apresentam diferenças visíveis nos seus corpos, pode ser particularmente difícil conseguir ajustar-se a este novo padrão, estabelecido por uma sociedade que valoriza cada vez mais os padrões de beleza (Schut *et al.*, 2022).

É expectável que um indivíduo que tenha cicatrizes mais evidentes, enfrente maiores dificuldades de incorporar essas marcas no seu dia a dia em comparação com aqueles que possuem cicatrizes menores. Indivíduos que não dão grande importância à aparência tendem a ser menos afetados pelas cicatrizes em termos de autoestima corporal. Por outro lado, aqueles que valorizam muito a aparência são mais propensos a ter a autoestima negativamente impactada pela presença das cicatrizes (Van Loey, 2020)

Indivíduos com problemas de pele no geral, enfrentam desafios significativos no que diz respeito ao contacto interpessoal, quer seja em relacionamentos íntimos, quanto a interações com estranhos (Helm, 1992). As cicatrizes que são resultantes de queimaduras podem impactar a sexualidade, uma vez que as cicatrizes hipertróficas frequentemente estão associadas a alterações na sensibilidade da pele. Além disso, as mudanças a aparência física também podem influenciar a imagem corporal e a autoestima como já foi mencionado anteriormente, sendo estes fatores importantes na vida sexual (Loey & Son, 2003).

Por último, dentro deste tema, importante referir um estudo realizado por Brown e colaboradores (2008) que destacou que as cicatrizes funcionavam como marcadores persistentes de eventos traumáticos, dificultando o afastamento emocional dos episódios do acidente. Os autores destacam do seu estudo que quase metade dos participantes reportaram sofrimento emocional severo, incluindo baixa autoestima, ansiedade e isolamento social. Outros descreveram sentimentos de desespero perante a impossibilidade de eliminar completamente as cicatrizes e os tratamentos insatisfatórios resultantes das mesmas. Além disso, ainda é mencionado o desconforto físico associado às cicatrizes, como dores e comichão, afetando cerca de 59% dos entrevistados, limitando as suas atividades do quotidiano e de lazer (Brown *et al.*, 2008).

A sensação de pertença social é destacada como uma necessidade psicológica central para os sobreviventes de queimaduras. A exclusão social, especialmente com base na aparência, compromete diretamente a autoestima. Posto isto, torna-se fulcral reforçar o sentido de integração e o contacto com outros sobreviventes, como estratégia facilitadora da recuperação (Rosenberg *et al.*, 2018).

Perceção de estigma e rejeição social

Os estudos de Goffman tiveram um papel fundamental no campo da análise social da estigmatização (Goffman, 1998). O estigma é uma condição na qual um indivíduo é marginalizado e não é plenamente aceito, sendo visto como inferior ou passível de ser desacreditado. Muitas vezes, a pessoa é rotulada pela sua condição, como acontece por exemplo, com indivíduos que tenham sequelas de queimaduras sendo referidos como "o queimado", e enfrentando situações de discriminação em contextos psicossociais (Emerick & Batista, 2022).

É amplamente reconhecido que quem sofre de queimaduras enfrenta muitas das vezes um estigma social. Desse estigma acabam por surgir preconceitos e discriminação, baseados em estereótipos negativos sobre pessoas com histórico de queimaduras, especialmente aquelas que têm queimaduras no rosto, pescoço ou que sofreram amputações como resultado das queimaduras (Watson & Perrin, 2022).

As cicatrizes podem gerar reações negativas num ambiente ao redor, sendo a estigmatização dos problemas mais comuns enfrentados por aqueles que convivem com essas marcas. Esse sentimento pode surgir devido às reações das outras pessoas, como preconceito, discriminação, ser ignorado, olhares persistentes ou até mesmo bullying. Lidar com essas reações pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de vergonha e percepção de estigmatização, o que pode impactar negativamente a autoestima (Van Loey, 2020).

Nos indivíduos com queimaduras, é possível observar uma vulnerabilidade psicológica que pode estar relacionada a um maior medo da avaliação negativa em situações sociais, gerando sentimentos de medo e ansiedade o que, por sua vez, pode influenciar negativamente a satisfação com a própria imagem corporal e a percepção da autoestima (Leary, 2015).

Quem sofre com desfiguração facial, experimenta níveis mais altos de estigma social percebido, dada a extensão do impacto psicológico que as lesões faciais deixam. Existem evidências científicas de que quanto maior for a integração comunitária após uma queimadura, menor será a percepção do estigma, sugerindo que o apoio da comunidade pode proteger os indivíduos desta percepção negativa. Por outro lado, os pacientes que percebam mais estigma, podem sentir-se menos capazes de se relacionar com os outros, salientando a importância do apoio social durante a recuperação das lesões e destacando a necessidade contínua de se relacionar com pacientes queimados (Ross *et al.*, 2021).

É crucial explorar os fatores que contribuem para a estigmatização social percebida pelos sobreviventes a queimaduras durante a sua recuperação. Embora a gravidade e a localização das lesões possam influenciar a função psicológica e social, estes aspetos sozinhos não explicam completamente os resultados psicológicos sociais após uma queimadura. A estigmatização social parece então desempenhar um papel muito importante no contexto da autoimagem corporal e pode modelar os efeitos das cicatrizes de queimadura na função psicossocial (Ross *et al.*, 2021).

Um estudo realizado por Willemse e colaboradores (2023) que teve como objetivo compreender como é que a gravidade das queimaduras, a idade e o sexo influenciavam a insatisfação com a imagem corporal e a autoestima em pacientes com queimaduras, considerou também o papel da estigmatização percebida e o medo da avaliação negativa, tendo concluído que a gravidade das queimaduras está associada diretamente à insatisfação com a imagem corporal, tanto de forma direta quanto indireta, por meio da percepção da estigmatização. Já o sexo feminino apresentou maior insatisfação com a imagem corporal através do medo da avaliação negativa, o que sugere que as mulheres tendem a ser mais vulneráveis a avaliações sociais negativas em relação à aparência, impactando assim a sua autoestima. O último achado do estudo é referente à idade e os mais jovens aparentam ser os mais afetados pelo comportamento estigmatizante e pelo medo da rejeição social em relação à sua aparência (Willemse *et al.*, 2023).

Muitos dos pacientes acabam por submeter-se a cirurgias reconstrutivas, o que melhora substancialmente a sua aparência e aumenta a sua confiança, no entanto, ainda assim é sentido por parte destes indivíduos uma pressão da sociedade em relação à aparência, especialmente perpetuada pelas redes sociais, produtos de beleza, cirurgia estética, que estabelecem muitas vezes padrões que são irrealistas (Habib *et al.*, 2021).

Há evidências científicas que os indivíduos com queimaduras enfrentam desafios como o estigma, preocupações com a sua imagem corporal, dificuldades psicossociais, o que pode levar a uma redução na satisfação com a vida e outros problemas. As unidades de queimados podem adotar medidas de sensibilização dirigidas aos profissionais de saúde, abordando aspectos culturais e relacionados com a deficiência, com o intuito de minimizar o estigma presente no contexto clínico. Além disso, podem ainda oferecer intervenções para abordar comportamentos estigmatizantes por parte da família ou cuidadores, bem como proporcionar apoio psicológico adequado a todos, para saberem como lidar com maior naturalidade perante a nova situação de vida de um paciente queimado (Watson & Perrin, 2022).

O estigma associado às cicatrizes, em particular, nas que são mais visíveis, podem contribuir para o isolamento social e dificuldades nas interações interpessoais (Jeschke *et al.*, 2020). No entanto, os programas de apoio a pares, como acampamentos para pessoas queimadas, têm demonstrado sucesso em melhorar as competências sociais e de autoaceitação, em particular nas crianças e adolescentes (Kornhaber *et al.*, 2020). Os sobreviventes que frequentam este tipo de grupos de apoio, relatam melhores interações sociais e um menor impacto no estigma, o que evidencia que estas intervenções são cruciais para uma reintegração bem sucedida (Grieve *et al.*, 2020).

Adicionalmente, Emerick & Batista (2022) destacaram no seu estudo uma relação significativa entre estigmatização, baixa autoestima e sintomas depressivos. De acordo com os autores, tanto o estigma como a discriminação constituem elementos cruciais que potenciam a vulnerabilidade social e psicológica das pessoas que sobrevivem a queimaduras. Desta forma, torna-se crucial o investimento em suporte psicossocial, acessibilidade aos serviços de saúde e programa de consciencialização pública para melhorar os indicadores de qualidade de vida

nesta população. Ao enfatizar o respeito pela dignidade humana, pode-se minimizar as desigualdades e promover a inclusão social dos lesados.

A análise qualitativa dos comentários recolhidos online do estudo de Mathews e colaboradores (2023) ao documentário: *How Our Wounds Make Us Who We Are*- no combate ao estigma social associado face à alteração da aparência, revelou que o documentário teve um impacto emocional significativo e que a sua mensagem- centrada na normalização da diferença, no reconhecimento da narrativa associada às cicatrizes e na relevância da representatividade mediática. A maioria dos participantes afirmou que a exposição a este tipo de conteúdo os fez refletir de forma mais positiva sobre os outros e sobre si mesmos. Os autores sublinham a importância de intervenções acessíveis, educativas e emocionalmente envolventes, como o cinema, para desconstruir ideias rígidas de beleza e promover uma sociedade mais inclusiva. Os meios de comunicação podem funcionar de duas formas, uma, é sendo perpetuadores de preconceitos, ou como agentes poderosos para a mudança (Mathews *et al.*, 2023).

Fatores protetores e de ajustamento psicossocial

Rede de suporte e apoio social percebido

O suporte social tem um papel protetor na recuperação dos sobreviventes de queimadura, facilitando a resiliência e a qualidade de vida (Abrams *et al.*, 2018). Grupos de apoio a pares, em particular, mostram benefícios na reintegração social e na adaptação emocional (Grieve *et al.*, 2020). No entanto, as lacunas no acesso a estes recursos limitam o seu impacto a longo prazo (Won *et al.*, 2021).

O paciente que contenha queimaduras, ao ser afetado na sua imagem corporal, procura o apoio de familiares e amigos. Este suporte tem impactos positivos no bem-estar e na saúde do indivíduo, independentemente do nível de *stresse*. O apoio familiar contribui para a

reconstrução da imagem corporal distorcida pelo acidente, tornando mais aceitáveis as mudanças físicas e reforçando o sentimento de pertença à família, particularmente afetado pelo incidente (Pinto *et al.*, 2008).

Um estudo realizado por Grieve e colaboradores (2020) teve como objetivo, compreender quais eram os benefícios dos grupos de apoio de pares para sobreviventes de queimaduras, relatando melhorias significativas nas interações sociais, envolvimento em atividades comunitárias e reintegração no trabalho, demonstrando assim que, estes grupos oferecem um suporte experiencial e emocional, ajudando os sobreviventes a superar barreiras sociais e emocionais, recomendando a expansão deste tipo de programas como parte integrante da reabilitação de queimaduras (Grieve *et al.*, 2020).

Além disso, o apoio social desempenha várias funções, estabelecendo laços afetivos, promovendo a integração social, reconhecendo o valor e a competência do indivíduo, proporcionando a troca de conselhos e informações, cultivando a confiança nas expectativas de ajuda e oferecendo oportunidades para contribuir para o bem-estar de terceiros (Pinto *et al.*, 2010).

A participação em grupos de apoio, tem um impacto positivo na autoestima dos pacientes queimados. Além disso, é importante oferecer suporte também para a família do paciente, especialmente quando se trata de crianças, para evitar perturbações de stresse pós traumático, tanto para os pais quanto para a criança (Leonardi & Francisco, 2010).

No entanto, alguns estudos indicam que o acompanhamento social por si só pode não ser suficiente para uma boa reabilitação, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar. Alguns pacientes, mesmo com queimaduras pequenas ou moderadas e sem problemas médicos

ou psicológicos pré-existentes, podem enfrentar dificuldades em várias áreas por muitos anos após a queimadura (Wisely & Tarrier, 2001).

Embora a partilha social seja benéfica para a ajuda psicológica, física e social, também pode acontecer que os sentimentos de vergonha e culpa possam impedir que as pessoas compartilhem as suas emoções, especialmente entre os sobreviventes de queimaduras em relação às suas cicatrizes e ao trauma em si do acidente (Kool *et al.*, 2017).

Adicionalmente, um outro estudo realizado por Wallis e colaboradores (2006) verificou que 55 sobreviventes que sofreram queimaduras graves, apresentavam um nível significativamente mais elevado de ansiedade, depressão e sintomas de PSPT, em comparação com a população em geral. Um aspeto notável desta investigação é a ausência de observação entre a gravidade da lesão física e o sofrimento emocional, destacando a variabilidade individual nas respostas psicológicas. Foi ainda possível verificar nos resultados do estudo que, o suporte social e o otimismo estavam positivamente associados a uma melhor adaptação às lesões e melhoria na qualidade de vida, enfatizando assim, a importância de intervenções que fortalecem os recursos psicossociais (Wallis *et al.*, 2006).

Já Park e colaboradores (2008) desenvolveram um estudo que teve como objetivo identificar os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de problemas psicossociais em pacientes com queimaduras. Os resultados mostraram que a falta de suporte familiar e a sobrecarga financeira são os principais fatores de risco para problemas psicossociais nesta população. A investigação concluiu que nos casos agudos, a falta de apoio familiar está associada a dificuldades de reabilitação, enquanto o peso das despesas de vida contribui para problemas relacionados à obtenção de informações sobre bem-estar social. Os autores sugerem que intervenções ativas, envolvendo uma equipa multidisciplinar com profissionais de saúde mental, podem mitigar esses problemas. Este tipo de apoio que abrange

não só as necessidades físicas, como as emocionais, é essencial para promover a reabilitação social e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Qualidade de vida, regulação emocional e bem-estar subjetivo

A qualidade de vida pode ser definida como a percepção que cada pessoa possui relativamente à sua posição na vida, considerando o enquadramento cultural e os sistemas de valores nos quais está integrada, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este conceito abrange uma vasta gama de elementos, englobando uma interação complexa entre a pessoa, a sua saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a forma como estas se relacionam com as características significativas do ambiente (Gautam *et al.*, 2022).

As experiências clínicas com pessoas que sobreviveram a queimaduras demonstram que este tipo de lesão muitas vezes resulta em traumas que podem ter efeitos ao nível emocional, psicológico e físico (Dalal *et al.*, 2010). Tal como já foi mencionado anteriormente, os indivíduos que sofreram com queimaduras enfrentam diversas sequelas como dores intensas, alucinações, lembranças do incidente que resultou na queimadura, as cicatrizes, a tensão psicológica subjacente e o prejuízo nas atividades diárias podendo resultar numa redução significativa na qualidade de vida das vítimas (Wasiak *et al.*, 2014).

A qualidade de vida é uma realidade que está em constante mudança e que se vai adaptando ao longo do tempo em resposta às mudanças internas e externas (Tehranineshat *et al.*, 2020). Estudos demonstram que a qualidade de vida de pacientes queimados é influenciada por fatores como alterações na aparência, níveis de dor, presença de queimaduras faciais e tempo necessário para a recuperação (Tehranineshat *et al.*, 2020). Além disso, variáveis

psicológicas como a resiliência, autoeficácia e otimismo estão relacionadas ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida desses pacientes (Tehranineshat *et al.*, 2020).

A qualidade dos relacionamentos interpessoais e a saúde sexual também emergiram como sendo fatores significativos na satisfação com a vida, sugerindo que é importante considerar esses aspectos nos cuidados de casais e parceiros que atuam como cuidadores dos sobreviventes de queimaduras. (Watson & Perrin, 2022).

A autoeficácia é reconhecida como sendo um fator-chave na previsão da qualidade de vida. Tendo em conta a situação, torna-se fundamental encorajar os pacientes a acreditarem na sua capacidade de conseguir enfrentar a situação de forma ajustada, o que pode ajudá-los a alcançar uma melhor qualidade de vida (Tehranineshat *et al.*, 2020).

A maioria dos sobreviventes de queimaduras graves acaba por se conseguir adaptar ao retorno da sua vida normal, especialmente as crianças, que geralmente têm uma adaptação melhor do que os adultos. No entanto, entre 10 e 25% dos adultos enfrentam algum tipo de problema ao se readaptarem à vida quotidiana. De uma maneira geral, a readaptação e a qualidade de vida dos pacientes queimados tende a melhorar com o tempo, independentemente da extensão ou gravidade da lesão (Leonardi & Francisco, 2010).

Goverman e colaboradores (2016) investigaram as alterações nos níveis de satisfação com a vida desde o momento da alta hospitalar até 24 meses após a queimadura. O estudo concluiu que os sobreviventes de queimaduras apresentaram níveis significativamente mais baixos de satisfação com a vida em comparação com a população geral, em todos os períodos analisados após o trauma sendo que, os fatores associados a uma menor satisfação com a vida incluem uma maior extensão da superfície corporal queimada, amputações, maior tempo de internamento hospitalar e histórico de abuso de substâncias. Por outro lado, a participação em

atividades escolares ou de trabalho foi identificada como um preditor positivo de maior satisfação com a vida, apontando para a importância da reintegração social no processo de recuperação.

Ainda dentro desta linha de raciocínio, de acordo com Spronk e colaboradores (2020), a melhoria nas taxas de sobrevivência a queimaduras aumentou o interesse pela qualidade de vida relacionada à saúde como medida importante nos cuidados pós-queimadura. Os autores realizaram um estudo em que os resultados mostram que existe uma melhoria significativa nos primeiros seis meses após a queimadura, estabilizando depois dos 18 meses. Contudo, os valores médios da qualidade de vida relacionada à saúde permanecem abaixo dos níveis da população em geral, especialmente em pacientes com queimaduras maiores. Ainda é reforçado que fatores como o gênero feminino, maior tempo de hospitalização e extensão significativa da queimadura estão associados a uma recuperação mais lenta e piores resultados.

A resiliência enquanto facilitador do ajustamento pós-traumático

A resiliência pode ser entendida como a capacidade que uma pessoa tem para lidar com momentos difíceis e situações que podem ser traumáticas, conseguindo adaptar-se e reorganizar-se perante as dificuldades, e continuar a sua vida de forma construtiva. Pode-se também definir a resiliência como sendo um conjunto de processos mentais e sociais que permitem que alguém se consiga desenvolver de maneira saudável, mesmo quando está inserido num ambiente desfavorável ou enfrentou experiências negativas. Este conceito também pode ser visto como uma característica psicológica que pode ser desenvolvida e demonstrada perante situações adversas, não sendo considerada uma característica inata, mas sim uma capacidade que pode ser desenvolvida ao longo da vida (Oliveira *et al.*, 2023).

Apesar da experiência traumática do acidente, também é possível observar que os indivíduos conseguem encontrar aspectos positivos nas suas experiências traumáticas, através de um processo de reenquadramento. Algumas pessoas conseguiram redefinir a adversidade como uma oportunidade para o seu crescimento pessoal, aumento da autoestima, gratidão e uma nova identidade (Williams *et al.*, 2003).

A crença de que uma doença é catastrófica, dificulta o processo de conseguir lidar com ela de forma eficaz, o que por sua vez, diminui a resiliência. Tendo em conta este fator, deve-se reforçar e trabalhar a resiliência, bem como melhorar as estratégias de enfrentamento do *stress*, podendo ajudar a reduzir o sofrimento associado a esta população (Tehranineshat *et al.*, 2020).

Apesar das dificuldades e dos impactos negativos provocados pelas queimaduras, muitos indivíduos conseguem reunir recursos para enfrentar a situação, obtendo resultados positivos em termos de saúde mental, bem-estar psicológico e qualidade de vida. O otimismo, a reavaliação positiva e o processo de resiliência são fatores de proteção que contribuem para a manutenção desse bem-estar (Tehranineshat *et al.*, 2020).

Existem evidências científicas de que o enfrentamento bem-sucedido está positivamente relacionado a características da personalidade como a extroversão, otimismo, autodomínio e esperança. O uso adequado de estratégias de enfrentamento como a resolução de problemas e a procura pelo apoio emocional está associado a menos sintomas que afetam a qualidade de vida (Loey & Son, 2003).

Neste sentido, a promoção da resiliência em sobreviventes de queimaduras requer uma abordagem abrangente e personalizada, que contemple intervenções destinadas a minimizar as barreiras e a reforçar fatores facilitadores, ou seja, aumentar a consciencialização sobre as

experiências e desafios enfrentados por estas pessoas, de modo a reduzir o estigma associado às alterações físicas e promover uma melhor integração social. Estas iniciativas têm o potencial de melhorar não apenas o bem-estar psicológico dos sobreviventes, mas também a sua qualidade de vida global, ajudando-os a construir uma narrativa positiva sobre o trauma e a transformação que dele decorreu (Woolard *et al.*, 2022).

Adicionalmente, um estudo realizado por Abrams e colaboradores (2016) explorou as experiências vividas por sobreviventes de queimaduras de segundo e terceiro grau em relação à sua saúde pós-queimadura. A análise qualitativa dos dados identificou três categorias principais com temas associados: saúde física, saúde intelectual e saúde emocional. Os resultados do estudo concluíram que embora as queimaduras causem um impacto significativo nas perceções de saúde e funcionalidade, os participantes demonstraram uma capacidade notável de resiliência e adaptação, sendo que elementos como o humor, gratidão e empatia surgem como fatores protetores importantes no processo de recuperação e reabilitação.

Lazarus & Folkman (1984) descrevem o *coping* como sendo um conjunto de esforços tanto a nível cognitivo como comportamental, utilizado para gerir as exigências internas e externas avaliadas como sendo stressantes. Estes autores distinguem entre estratégias de *coping* focadas no problema (regulação de resolução ativa) e estratégias focadas na emoção (regulação do desconforto emocional). No caso dos sobreviventes de queimaduras, a utilização do humor, escrita ou fé podem ser entendidas como formas de *coping* emocional, enquanto a exposição do corpo e o retomar de rotinas refletem estratégias mais centradas na ação.

Adicionalmente, as evidências demonstram que níveis baixos de sofrimento emocional após uma perda ou trauma não indicam necessariamente negação ou ausência de vínculo afetivo, mas podem refletir uma expressão saudável de resiliência (Mancini & Bonanno, 2006).

Segundo Shepherd e colaboradores (2014), a forma como os sobreviventes se veem ao espelho está frequentemente carregada de emoções ambivalentes, entre estas, o medo, tristeza, negação, mas, também, progressivamente uma aceitação e reconstrução pessoal. A análise qualitativa destes autores revela ainda que, o espelho torna-se simultaneamente um instrumento terapêutico e um catalisador de sofrimento. Para alguns participantes, evitar o espelho foi uma forma de proteção nos primeiros tempos, enquanto que para outros, olhar-se repetidamente, era uma tentativa de integrar a nova aparência na sua identidade. Ainda a destacar deste estudo outras estratégias de enfrentamento, como o uso de fotografias e sessões fotográficas como abordagens complementares que podem facilitar o reconhecimento e aceitação do novo *self* corporal (Shepherd *et al.*, 2014).

Intervenção psicológica e desafios na reintegração

Necessidades psicológicas no acompanhamento clínico de sobreviventes

Apesar dos avanços na medicina que permitiram a sobrevivência de pacientes com queimaduras graves, a reabilitação psicológica ainda é um desafio. A vergonha, frequentemente associada às alterações na imagem corporal e a culpa, muitas vezes ligada à responsabilidade atribuída ao evento, dificultam o ajustamento psicossocial e o regresso à normalidade. Kornhaber e colaboradores (2018), salientam na sua revisão sistemática que, apesar do reconhecimento crescente das implicações psicológicas da culpa e da vergonha na literatura, a resposta terapêutica ainda é considerada insuficiente. Nesse sentido, os autores reforçam a importância de desenvolver estratégias de intervenção que abordem essas questões emocionais e promovam a resiliência. Intervenções que auxiliem na aceitação pessoal, na reformulação positiva da autoimagem e na integração social podem desempenhar um papel crucial na recuperação de sobreviventes de queimaduras (Kornhaber *et al.*, 2018).

Existem vários princípios essenciais que podem guiar e ajudar os profissionais de saúde no processo de interação e intervenção com os pacientes queimados, nomeadamente a criação de um ambiente seguro, a realização de rastreios, envolver o paciente no processo de planeamento da sua intervenção e recuperação, oferecer uma psicoeducação sobre a sua condição atual tanto para o paciente, quanto para os seus familiar ou cuidadores próximos (Cleary *et al.*, 2020).

Nos estágios iniciais, é comum que os sobreviventes a queimaduras graves experimentem sentimentos como ansiedade, medo, incerteza e, especialmente, uma dor intensa (Blakeney *et al.*, 2001). É crucial fornecer informações claras e concisas sobre a lesão e o plano de tratamento associado, pois isso tranquiliza não só o paciente, mas também a sua família (Cleary *et al.*, 2020). A informação deve ser transmitida de maneira consistente e sucinta, pois os pacientes em estado agudo muitas vezes têm dificuldades em compreender a gravidade da lesão e a importância de seguirem o tratamento e colaborarem no mesmo apesar da dor física e psicológica associada ao mesmo (Kozłowska *et al.*, 2015).

O processo de recuperação é frequentemente prolongado, podendo durar meses ou até anos, e pode resultar em sequelas que afetam a vida do indivíduo a longo prazo. Dada a complexidade e duração deste processo, é crucial que haja uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais como cirurgiões especializados em queimaduras e reconstrução, psiquiatras, fisiatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e nutricionistas (Stoddard *et al.*, 2014). Estabelecer uma relação terapêutica é fundamental para minimizar o medo e a ansiedade, pois a resposta fisiológica ao medo e ao trauma costuma ser intensa (Cleary *et al.*, 2020).

A integração do trauma na avaliação e tratamento de pacientes com queimaduras pode parecer um processo lógico e necessário, no entanto, existe a necessidade de uma mudança nas

práticas que são estabelecidas relativamente a este processo (Cleary *et al.*, 2020). Atualmente, em muitos países, a abordagem predominante nos cuidados com queimaduras é baseada num modelo biomédico, que se concentra principalmente na avaliação e tratamento da lesão física resultante das queimaduras (Espinosa & Campos, 2014). Essa abordagem, centrada exclusivamente no aspeto físico, negligência consideravelmente a componente psicológica, perdendo assim uma oportunidade crucial para prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais (Kornhaber *et al.*, 2019).

Intervenções psicológicas precoces, incluindo o fortalecimento da autoeficácia e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas, são fundamentais para reduzir o impacto emocional das queimaduras (Bosmans *et al.*, 2015).

As estratégias de enfrentamento desempenham um papel central na adaptação ao trauma. Estratégias evitativas estão associadas a piores resultados de saúde, enquanto o suporte emocional e a reavaliação positiva promovem uma maior adaptação e qualidade de vida (Kildal *et al.*, 2005).

Um estudo realizado por Bosmans e colaboradores (2015), concluiu que, os níveis mais elevados de autoeficácia estavam associados a uma recuperação psicológica mais rápida e a menores sintomas de PSPT ao longo de 12 meses, enfatizado assim que, por outro lado, um enfrentamento evitativo por parte dos sobreviventes, contribuía para níveis iniciais mais elevados de sintomas de PSPT, enquanto as estratégias que eram baseadas na expressão emocional, favoreciam uma recuperação mais eficaz, reforçando assim, a importância de promover a autoeficácia e estratégias adaptativas de enfrentamento em intervenções com esta população.

Existem evidências científicas que apontam que fatores psicológicos, como o *stresse*, ansiedade e depressão, têm um impacto direto no processo de cicatrização das feridas, sendo referido que os pacientes que utilizam estratégias de enfrentamento positivas, como técnicas de relaxamento e respiração profunda, apresentam menor duração de hospitalização e melhor recuperação em comparação com aqueles que não adotam essas estratégias (Tobiasen & Hiebert, 1985). Dentro desta linha de pensamento, Ayman e colaboradores (2021) realizaram um estudo com o intuito de avaliar o estado psicológico de pacientes com queimaduras durante a hospitalização, onde concluíram que, intervenções psicológicas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental e o suporte social desempenham um papel crucial na recuperação de pacientes com queimaduras. Essas intervenções reduziram não só a morbidade psicológica, bem como, melhoraram a adesão ao tratamento e encurtaram o tempo de hospitalização.

Adicionalmente, Al-ghabeesh e colaboradores (2022) fizeram uma investigação sobre o papel das estratégias de *coping*, suporte social e mindfulness na melhoria do bem-estar psicológico dos sobreviventes de queimaduras na Jordânia, onde puderam concluir que, o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas, como confronto, associou-se a uma melhor adaptação psicológica, enquanto estratégias evitativas agravaram o *stresse*. A prática de mindfulness revelou-se especialmente eficaz, com impacto superior às outras variáveis, sugerindo assim que programas que integram mindfulness no cuidado psicológico de sobreviventes de queimaduras podem melhorar significativamente a recuperação emocional.

Reintegração psicossocial e desafios adaptativos no pós-alta

Tal como já foi referido anteriormente, embora os avanços médicos tenham aumentado a taxa de sobrevivência após lesões por queimadura, o foco da reabilitação tende a avançar um pouco para a melhoria da qualidade de vida, incluindo a reintegração social e vocacional. Dentro desta linha de pensamento, um estudo realizado por van Bentum e colaboradores

(2021), revela que os desafios no regresso ao trabalho são um indicador fundamental de saúde física e psicossocial após queimaduras e desempenha um papel central na recuperação emocional e na reintegração comunitária. Os autores ressaltam que a combinação de suporte especializado, adaptação no local de trabalho e redes de apoio informal, revelou-se essencial para superar os desafios impostos pelas queimaduras. Adicionalmente, a inclusão de estratégias de educação e comunicação para empregadores e colegas é recomendada para melhorar a compreensão das necessidades dos sobreviventes e facilitar a reintegração (van Bentum *et al.*, 2021).

Torna-se essencial compreender os desafios que afligem os sobreviventes de queimaduras após a alta hospitalar. Kim e colaboradores (2021) destacam do seu estudo qualitativo, três temas principais, nomeadamente, os sintomas persistentes e imprevisibilidade das cicatrizes hipertróficas, dificuldades de reintegração social e a sobrecarga financeira. Sendo que os participantes relataram dor constante, prurido e perturbações do sono, agravadas por mudanças sazonais e pela evolução das cicatrizes. A integração social foi dificultada por limitações físicas e emocionais, enquanto o custo elevado de tratamentos não reembolsados foi destacado como uma barreira significativa. As conclusões do estudo sublinham a necessidade de cuidados pós-alta mais abrangentes, incluindo apoio psicológico e programas de suporte entre pares. É ainda sugerido que a reabilitação deve considerar não apenas o aspeto funcional, mas também o impacto emocional e económico, para melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes (Kim *et al.*, 2021).

Nesta linha de raciocínio, Kishawi e colaboradores (2019) examinaram o impacto das queimaduras severas na qualidade de vida dos sobreviventes, identificando alterações profundas nas dimensões físicas, psicológicas e sociais. Os autores verificaram que limitações funcionais, como dor, fraqueza muscular e contraturas articulares, juntamente com alterações

na imagem corporal e na autoestima devido às cicatrizes, comprometem a capacidade de reintegração social, educacional e profissional. O estudo demonstrou que a qualidade de vida é inversamente proporcional à percentagem de superfície corporal queimada e ao tempo de hospitalização, sendo este último o fator com maior impacto negativo, especialmente nas funções sociais e no regresso ao trabalho.

Adicionalmente, Dyster-Aas e colaboradores (2007), realizaram um estudo que concluiu que o retorno ao trabalho após queimaduras graves está intimamente ligado a fatores físicos, como a extensão das lesões e características psicológicas como a predisposição para pensamentos negativos persistentes. O estudo reforça a importância de programas de reabilitação que abordem tanto os aspetos físicos quanto emocionais dos pacientes, promovendo estratégias específicas para melhorar a funcionalidade e a integração social. Além disso, é destacada a necessidade de instrumentos mais adequados para avaliar preocupações específicas de sobreviventes de queimaduras, ampliando assim o entendimento sobre os desafios que enfrentam no quotidiano (Dyster-Aas et al., 2007).

Embora as intervenções psicossociais tenham demonstrado eficácia na melhoria do bem-estar dos sobreviventes de queimaduras, ainda existe alguma carência de programas acessíveis em relação ao período de transição do hospital para casa (Shokre *et al.*, 2024).

Objetivos

O presente estudo propõe-se a aprofundar a compreensão das experiências psicológicas e sociais de sobreviventes de queimaduras, através de uma abordagem qualitativa que privilegia as suas narrativas pessoais.

O objetivo geral do presente trabalho é explorar e compreender de forma aprofundada as experiências subjetivas de sobreviventes de queimaduras no que diz respeito ao trauma, resiliência, autoestima e percepções de estigma e preconceito. Por consequência, os objetivos específicos foram:

1. Explorar as experiências de trauma vivenciadas pelos sobreviventes de queimaduras.
2. Compreender de que forma o trauma e a resiliência influenciam a autoestima dos participantes.
3. Analisar as percepções de estigma e preconceito experienciadas após o acidente.
4. Identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos sobreviventes para lidar com o estigma, a dor emocional e a reconstrução pessoal ao novo eu.

Método

O presente trabalho de investigação adotou uma abordagem qualitativa, como forma de tentar compreender melhor as experiências dos sobreviventes de queimaduras em relação ao

seu trauma. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo visando uma melhor compreensão das experiências individuais de cada participante. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas realizadas a sobreviventes de queimaduras, como forma de aceder à sua visão com base naquilo que foi e é a sua perceção em relação ao trauma, estigma e preconceito sentido após o acidente.

Participantes

O estudo utilizou uma amostra de conveniência, constituída por sobreviventes de queimaduras de diferentes regiões do país, num total de 16 participantes, com idades compreendidas entre os 21 e os 51 anos sendo que a média de idades das pessoas participantes foi aproximadamente ($M=35.31$). 9 participantes eram do sexo feminino e 7 participantes eram do sexo masculino.

Os critérios de inclusão do presente estudo de investigação incluem (a) residente em Portugal; (b) idade mínima de 18 anos; (c) ter estado internado por lesão de queimadura; (d) não estar atualmente internado; (e) estar a pelo menos seis meses de distância do acidente.

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participantes	Idade (anos)	Género	Ano do Acidente	Causa da Queimadura	Localização da Queimadura	Período de hospitalizaçã o
1	34	Masculino	1989	Fogo	Cabeça/Face, Tronco, Braços/Mãos; Joelhos	17/18 meses
2	26	Feminino	2018	Fogo	Cabeça/Face, Tronco, Braços/Mãos, Pernas/pés	11 meses

Participantes	Idade (anos)	Género	Ano do Acidente	Causa da Queimadura	Localização da Queimadura	Período de hospitalizaçã o
3	31	Feminino	2014	Fogo/Pirotecnia	Peito, tórax, axilas, pescoço	1 mês e meio
4	30	Masculino	2018	Fogo	Pescoço, Face, Braços/Mãos	1 mês
5	49	Feminino	2024	Atropelamento	Perna	3 meses
6	33	Feminino	2011	Alergia a medicamento	Face, Tronco, Braços/Mãos, Perna, Órgãos Internos	1 mês
7	21	Feminino	2023	Fogo	Cabeça/Face, Tronco, Braços/Mãos, Pernas/Pés	3 meses
8	34	Masculino	2011	Pirotecnia	Cabeça/Face, Tronco, Braços/Mãos, Pernas/Pés	9 meses
9	47	Masculino	2017	Fogo	Cabeça/Face, Mãos, Pernas, Costas	6 meses
10	21	Feminino	2024	Líquidos Quentes	Coxa	3 semanas
11	39	Feminino	2021	Fogo	Face, Tronco, Braços/Mãos	10 meses
12	44	Masculino	2009	Explosão	Cabeça/Face, Tronco, Braços/Mãos, Pernas/Pés	9 meses
13	51	Feminino	2008	Explosão	Cabeça/Face, Braços/Mãos, Pernas	3 meses

Participantes	Idade (anos)	Género	Ano do Acidente	Causa da Queimadura	Localização da Queimadura	Período de hospitalizaçã o
14	31	Feminino	2000	Fogo	Cabeça/Face, Tronco, Braços/Mãos	9 meses
15	43	Masculino	2019	Substâncias Químicas	Cabeça/Face, Braços	2 meses
16	31	Masculino	1996	Líquidos Quentes	Face	3 meses

Instrumentos

Foram realizadas entrevistas com os participantes, de modo a recolher dados sobre a sua experiência pessoal após um acidente que resultou em queimaduras no seu corpo. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para a análise. Como forma de orientar a entrevista, serviram de guião 18 perguntas (ver anexo). O guião foi elaborado com base nos temas que surgiram na revisão da literatura. As perguntas realizadas tiveram como intuito aceder a informação pertinente subjacente. Foi ainda preenchido um questionário sociodemográfico, como forma de obter dados considerados relevantes para o estudo (ver anexo).

Procedimento de recolha de dados

Esta investigação iniciou-se após a aprovação pela Comissão de Ética da Universidade. A recolha de dados decorreu entre janeiro e março de 2025. Foi utilizada uma estratégia de amostragem não probabilística de conveniência, combinada com a técnica de bola de neve, tendo em conta a especificidade da população em estudo- sobreviventes de queimaduras- e as dificuldades associadas ao seu acesso. O contacto inicial com os primeiros participantes foi

realizada através de redes pessoais e profissionais da investigadora. Aos potenciais participantes foi enviada uma mensagem explicativa com informação sobre os objetivos do estudo, os critérios de inclusão e os princípios éticos subjacentes à investigação. Após a aceitação voluntária, foi obtido o consentimento informado por escrito.

As entrevistas-semiestruturadas foram conduzidas de forma individual, através da plataforma *zoom*, garantido a flexibilidade e acessibilidade. Cada entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade do entrevistado.

No final de cada entrevista, foi solicitado aos participantes que, caso conhecessem outras pessoas que preenchessem os critérios definidos e estivessem disposta a colaborar, partilhassem o convite à participação. Esta estratégia de bola de neve possibilitou a expansão progressiva da amostra, assegurando simultaneamente a confidencialidade e o carácter voluntário da participação.

Procedimento de análise de dados

Todas as entrevistas foram transcritas integralmente e, posteriormente, revistas em diferentes momentos pela investigadora, com o intuito de garantir a máxima fidelidade ao conteúdo original. A análise dos dados seguiu uma abordagem indutiva, tendo por base a análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), reconhecida como uma metodologia robusta na investigação qualitativa.

A análise temática desenvolveu-se de forma sistemática e reflexiva, seguindo as seis fases sugeridas pelas autoras. Numa primeira fase, a investigadora procedeu à leitura cuidada e repetida das transcrições, de modo a familiarizar-se profundamente com o material empírico e a identificar elementos de significado relevantes. Seguidamente, foram gerados códigos iniciais descritivos, através da codificação manual de segmentos de texto que evidenciavam padrões recorrentes ou aspetos significativos da experiência dos participantes. Posteriormente,

estes códigos foram agrupados em unidades de significado mais amplas, dando origem aos primeiros temas provisórios.

Numa fase seguinte, os temas foram revistos criticamente, quer em termos da sua coerência interna, quer quanto à sua pertinência para os objetivos do estudo, assegurando que refletiam com rigor o conteúdo das entrevistas. Após esta revisão, cada tema e subtema foi claramente definido e nomeado, de forma a representar com precisão a essência dos fenómenos analisados. Por fim, foi elaborada uma narrativa analítica que integrou e interpretou os temas identificados, ilustrando-os com excertos representativos das entrevistas.

Em complemento à análise manual, recorreu-se ao programa *MAXQDA* como ferramenta de apoio à organização, visualização e sistematização dos dados qualitativos. A utilização deste programa permitiu uma gestão eficaz dos códigos e facilitou a estruturação dos temas e subtemas, assim como a análise da frequência e da coocorrência das categorias emergentes.

A análise culminou com a construção de um mapa temático, que permitiu representar de forma visual a articulação entre os temas e os subtemas identificados, assegurando a coerência entre os dados recolhidos, os objetivos da investigação e a subsequente apresentação dos resultados.

Considerações éticas

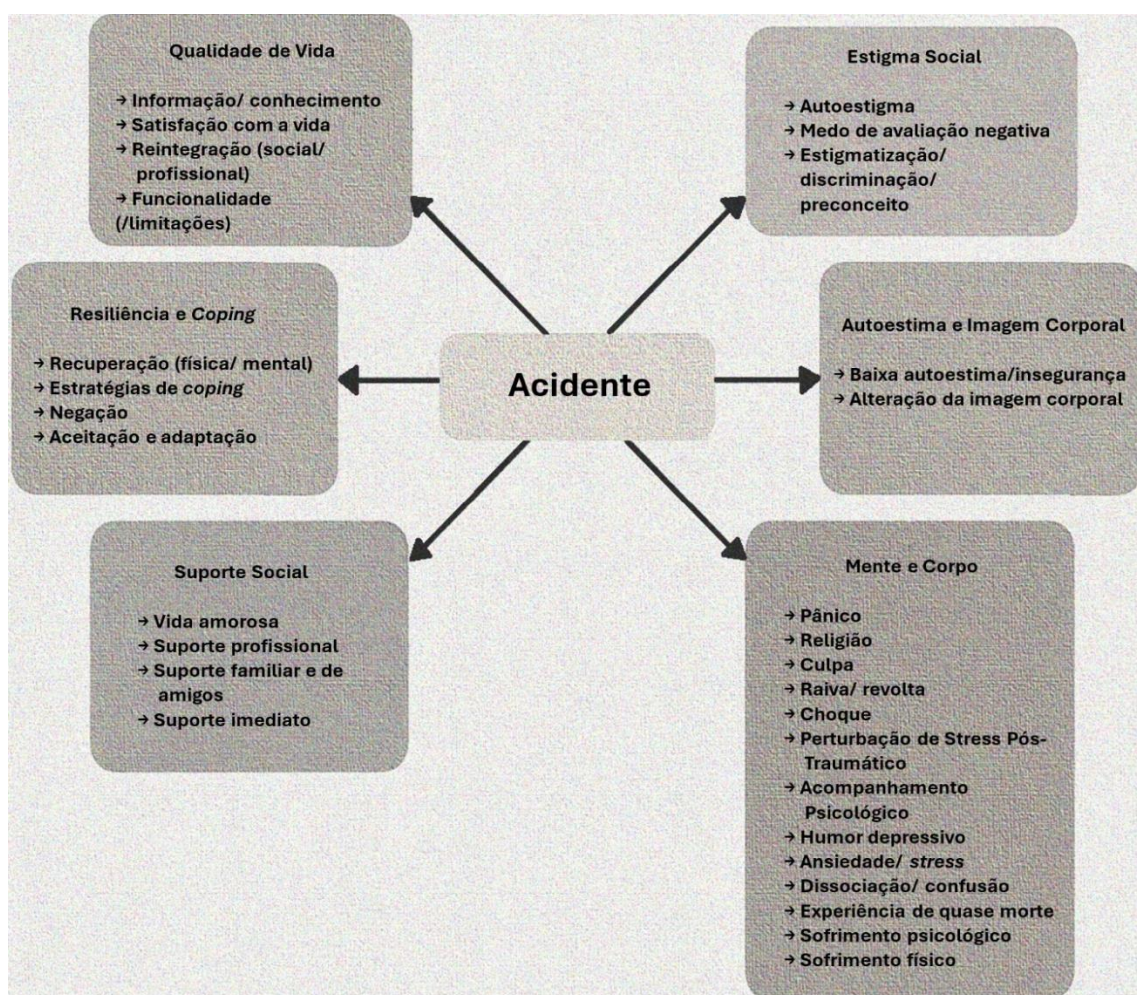
Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes, que foram devidamente informados sobre o seu direito de desistir do estudo a qualquer momento, sendo a sua participação totalmente voluntária. Os dados recolhidos foram tratados de forma confidencial e armazenados nas devidas condições de segurança. As gravações de áudio e respetivas transcrições foram acessíveis apenas à investigadora. O anonimato dos participantes na presente investigação foi garantida em todo o processo

Resultados

A seguir, apresentam-se os resultados obtidos, os quais refletem as diversas dimensões afetadas pelo acidente, categorizadas de acordo com o Diagrama 1.

Mapa conceptual

Diagrama 1- Mapa conceptual



Fonte: Elaboração própria.

Este mapa conceptual foi desenvolvido no decorrer da análise de conteúdo, tendo sido construído de forma progressiva à medida que as categorias e respetivas subcategorias iam emergindo do material recolhido. Esta abordagem permitiu criar um mapa específico para a

temática e amostra em estudo, pelo que, representa de forma clara e organizada as áreas mais afetadas pela experiência do acidente e respetivo impacto na vida dos participantes.

Uma das dimensões centrais identificadas diz respeito ao acidente em si, que funciona como ponto de partida para todas as outras áreas de impacto. Esta dimensão traduz-se na vivência do acontecimento traumático e no modo como este altera, de forma abrupta, a rotina, os papéis sociais e a perceção que a pessoa tem de si própria e do mundo. É o evento que desencadeia todo o processo de adaptação, de recuperação e de transformação pessoal que se observa posteriormente nas restantes dimensões.

A qualidade de vida surge como uma das áreas mais afetadas, de onde se evidenciam aspetos como o acesso à informação e ao conhecimento sobre a queimadura, a satisfação geral com a vida, a capacidade de reintegração, tanto social como profissional, e ainda a questão da funcionalidade, nomeadamente a nível das limitações.

Outra dimensão relevante é o estigma social, que abrange fenómenos como o autoestigma, o medo constante de avaliações negativas por parte dos outros e as experiências de estigmatização, discriminação ou preconceito.

A resiliência e as estratégias de *coping* emergem na análise enquanto fatores fundamentais para a adaptação à nova realidade e incluem processos de recuperação física e mental, a utilização de diferentes mecanismos de *coping*, momentos de negação inicial e, gradualmente, a aceitação e respetiva adaptação à situação vivida.

A autoestima e a imagem corporal constituem igualmente um domínio crítico, uma vez que muitas pessoas enfrentam sentimentos de baixa autoestima, insegurança e alterações na perceção do próprio corpo.

O suporte social revelou-se uma rede essencial, e engloba o apoio amoroso, profissional, familiar e de amigos, bem como o suporte imediato prestado nos momentos mais críticos do acidente.

Por fim, a dimensão mente e corpo integra uma ampla variedade de reações emocionais e físicas, como o pânico, sentimentos de culpa, de raiva ou de revolta, o choque e experiências associadas ao *stresse* pós-traumático (PSPT). Surgem ainda sintomas como o humor depressivo, a ansiedade, a dissociação ou a confusão, bem como vivências intensas como experiências de quase morte e sofrimento psicológico ou físico.

Categorias e subcategorias

A Tabela 2 organiza os dados qualitativos obtidos nas entrevistas em 7 categorias principais e 22 subcategorias, com um total de 1082 unidades de registo codificadas.

Tabela 2

Categorias e subcategorias

Categoria	Frequência	Subcategoria	Frequência
Acidente	19	-	-
Qualidade de vida	128	Informação/conhecimento	45
		Satisfação com a vida	6
		Reintegração (social/profissional)	36
		Funcionalidade/limitações	41
		Autoestigma	15
Estigma social	148	Medo de avaliação negativa	16
		Estigmatização / discriminação / preconceito	117
		Recuperação (física/mental)	57
		Estratégias de <i>coping</i>	110
Resiliência e <i>coping</i>	258	Negação	4
		Aceitação e adaptação	87

Categoria	Frequência	Subcategoria	Frequência
Autoestima e imagem corporal	74	Baixa autoestima / insegurança	31
		Alteração da imagem corporal	43
		Vida amorosa	31
Suporte social	139	Suporte profissional	45
		Suporte familiar e de amigos	54
		Suporte imediato	9
		Pânico	3
		Religião	3
Mente e corpo	316	Culpa	3
		Raiva / revolta	11
		Choque	14
		Perturbação de Stress Pós- Traumático	12
		Acompanhamento psicológico	55
		Humor depressivo	19
		Ansiedade / stress	24
		Dissociação / confusão	18
		Experiência de quase morte	3
		Sofrimento psicológico	95
		Sofrimento físico	56
			Total: 1082

A análise da Tabela 2 evidencia, de forma clara, a complexidade e a profundidade do impacto das queimaduras na vida dos participantes deste estudo. Os dados refletem não só as consequências físicas do trauma, mas sobretudo as implicações psicológicas, emocionais e sociais que acompanham o processo de recuperação.

A categoria mais expressiva, designada Mente e Corpo, reúne 316 unidades de registo e mostra que a vivência das queimaduras é marcada por um sofrimento profundo, tanto psicológico como físico. Destacam-se as referências ao sofrimento psicológico, mencionadas 95 vezes, e ao sofrimento físico, com 56 ocorrências, o que traduz a dualidade da dor sentida — uma dor que ultrapassa o corpo e invade a esfera emocional. O acompanhamento psicológico também surge com relevância (55 registos), e evidencia a procura de suporte profissional para lidar com a ansiedade, com o stresse e com outras manifestações emocionais, como raiva, o choque ou mesmo a dissociação. Este dado empírico vai ao encontro da literatura, que defende a necessidade de uma abordagem integrada que considere o trauma numa perspetiva biopsicossocial.

A segunda categoria com maior número de registos é a Resiliência e Coping, com 258 unidades. Aqui sobressaem as estratégias de coping (110 ocorrências) e os processos de aceitação e adaptação (87), revelando que, apesar do sofrimento, existe um movimento ativo de reconstrução interna. A recuperação física e mental (57) também é mencionada, mostrando que a superação do trauma é um caminho gradual, no qual os participantes recorrem tanto a recursos internos como ao apoio do meio envolvente. Este resultado, por sua vez, dialoga com o conceito de crescimento pós-traumático, que consiste na capacidade de alguns indivíduos transformarem a dor em oportunidade de ressignificação e de fortalecimento pessoal.

A perceção de estigma social é outro ponto de grande destaque, com 148 registos, sendo que a maioria (117) se refere diretamente a experiências de discriminação, de preconceito ou de estigmatização. Esta dimensão revela como as marcas visíveis do trauma, mais do que as limitações funcionais, se tornam “gatilhos” para julgamentos sociais e autoestigma (15 referências). O medo de avaliação negativa (16) surge igualmente como uma preocupação central, confirmando que as queimaduras não impactam apenas a relação do indivíduo consigo mesmo, mas também a forma como este se sente olhado e avaliado pelos outros.

No que respeita ao Suporte Social, foram identificadas 139 unidades de registo, refletindo a importância das redes de apoio no processo de adaptação. O suporte familiar e de amigos é o mais referido (54), seguido do suporte profissional (45) e das relações amorosas (31). Este dado confirma a relevância de um contexto relacional positivo para minimizar o impacto do trauma e facilitar a reintegração social e profissional.

A Qualidade de Vida, com 128 ocorrências, centra-se em aspetos como o acesso à informação e conhecimento (45), as limitações funcionais (41) e o processo de reintegração social e profissional (36). Estes elementos mostram como a perceção de qualidade de vida vai muito além da recuperação física, incluindo a capacidade de retomar papéis sociais, reconstruir rotinas e redefinir projetos de vida após a queimadura.

A categoria Autoestima e Imagem Corporal, embora com menor frequência (74 registos), evidencia desafios significativos na forma como os sobreviventes se percebem. A alteração da imagem corporal (43) e a baixa autoestima ou insegurança (31) refletem o impacto das cicatrizes na identidade e na autovalorização, especialmente num contexto sociocultural em que a aparência tem um peso relevante nas interações sociais e na própria construção do *self*.

Por fim, a categoria Acidente, com 19 registos, fornece o enquadramento inicial do trauma, oferecendo elementos importantes sobre a origem do evento e o seu carácter abrupto e disruptivo, que condiciona toda a experiência subsequente.

De forma global, a Tabela 2 traduz a vivência das queimaduras como uma experiência verdadeiramente complexa e que ultrapassa a dimensão física para se estender às esferas emocional, social e identitária. A predominância de registos relacionados com sofrimento psicológico, com a resiliência e com o estigma, muito mais do que o sofrimento físico, evidencia que o caminho da recuperação implica lidar simultaneamente com dor, reconstrução de significado e desafios de integração social.

Análise das categorias

Acidente

Os acidentes relatados pelos participantes ocorreram em diferentes contextos e envolveram diversas circunstâncias inesperadas. Um deles descreveu que o carro em que viajava entrou em despiste, atravessou para a faixa contrária e embateu noutro veículo, resultando num incêndio que iniciou o processo de queimaduras. Outro participante relatou um fogo que começou à sua volta, obrigando-o a fugir, mas mesmo assim sofreu queimaduras. Houve quem passasse por situações mais técnicas, como a falha de um equipamento que, em vez de disparar faíscas, libertou uma chama azul semelhante à de um fogão, ou ainda quem tenha vivenciado um incêndio durante uma estadia de férias, do qual tentou escapar.

Alguns acidentes foram causados por terceiros, como no caso de um atropelamento com fuga, ou envolveram condições médicas súbitas, como a síndrome de Steven Johnson. Houve também quem estivesse numa autoestrada quando foi atingido por um veículo a alta velocidade, descrevendo o momento de pânico ao tentar soltar o cinto preso, e abrir a porta encravada, enquanto as chamas já o envolviam. Em contextos laborais, surgiram relatos de explosões repentinas de máquinas, que deixaram as vítimas sem tempo para reagir, e exigiram socorro imediato e transporte de emergência, incluindo indução em coma e evacuação por helicóptero.

Outros participantes referiram incêndios de grande escala em que tentaram salvar outras pessoas, mesmo correndo risco pessoal, e sentiram posteriormente um peso de culpa por considerarem que poderiam ter feito mais. Situações domésticas também foram comuns, como a queda de um jarro elétrico com água a ferver ou de uma frigideira, provocando queimaduras graves. Há ainda relatos de explosões causadas por álcool durante um churrasco, fugas de gás em cabeleireiros ou acidentes químicos, como um ataque com ácido que, ao tentar proteger outra pessoa, acabou por atingir o rosto do participante.

Estas experiências revelam a variedade de circunstâncias em que as queimaduras ocorreram, desde falhas mecânicas e negligência de terceiros até eventos domésticos e profissionais, o que evidencia não só a gravidade dos ferimentos, mas também o choque e o trauma subsequente para quem os viveu.

Mente e Corpo

A análise das narrativas recolhidas permite compreender que a vivência do trauma das queimaduras ultrapassa a dimensão física uma vez que se estende a múltiplas esferas da vida emocional e social. As reações imediatas e os efeitos prolongados emergem de forma multifacetada e oscilam entre o choque inicial, o pânico, a ansiedade, a raiva e a culpa, mas também a procura de sentido e a tentativa de reconstrução identitária. A voz dos participantes, tal como registada nas suas palavras, oferece uma visão crua e humanizada deste percurso, pois revela a profundidade tanto do sofrimento como da resiliência humana. O choque inicial surge como experiência que pode ser considerada quase universal. P1 recorda:

eu não tive assim grande reação porque não fazia sequer ideia que pudesse ficar nesse estado (...) na verdade estava pior, e pronto, aí foi o maior choque, foi o maior choque (...) fiquei completamente sem reação (...) teve um impacto inicial.

Pronto que eu nunca tinha visto uma pessoa queimada. (P1)

O impacto de se confrontar com a nova realidade corporal e com a gravidade da situação é também referido por P3:

o que foi pior não foi o internamento, foi o impacto com a realidade (...) foi esse choque de ‘não espera, afinal a tua vida mudou mesmo’ (...) o impacto com a realidade (...) choque porque era a minha primeira vez de biquíni e estava (...) a apontar e isso foi o meu primeiro choque. (P3)

Estes momentos refletem a percepção súbita de uma vida transformada, com consequências duradouras. Porém, logo nas fases iniciais do internamento e da reabilitação, muitos descreveram estados de pânico imediatos que se manifestavam de forma intensa e, por vezes, inesperada. P7 partilhou: “eu entravam mesmo assim um bocado em pânico quando entrava num carro, tanto é que quando vim embora do hospital nem queria entrar no carro”. Portanto, o medo associado ao contexto do acidente prolongou-se para situações quotidianas, o que indica a presença de gatilhos (*triggers*) traumáticos. De forma semelhante, P9 relatou: “Já tive crises de pânico também, bastante. Já está mais controlado, já tive. O coração a bater rápido, com os meus filhos, igual. Começo a ficar com a boca seca, começo a ficar com a cabeça à roda, tenho que tomar qualquer coisa para me acalmar, já me aconteceu ficar todo suado.” Estas descrições, para além da dimensão emocional, evidenciam respostas fisiológicas marcantes, típicas de estados de hipervigilância associados a PSPT.

Entre as estratégias de *coping*, a religião emerge como uma forte fonte de consolo e de motivação. P11 destacou a importância da fé para a sua capacidade de continuar: “sou muito religiosa e isso ajudou-me bastante. Foi crucial, uma das principais motivações para continuar. É acreditar, sempre acreditar e acreditar e não perder a fé nunca”. Este recurso espiritual surge aqui como uma âncora psicológica face à imprevisibilidade e à perda.

O sentimento de culpa também atravessa algumas narrativas, relacionado geralmente com a percepção de responsabilidade pessoal ou com a ideia de que poderia ter sido evitado. P9 verbalizou esta autoacusação de forma intensa:

“há sentimentos de culpa que ficam, por não ter feito mais, mas depois (...) Eu já sinto uma culpa enorme, não é? Eu sinto uma culpa enorme por isto, porque poderia ter escolhido não ir, não é?” (P9)

P13, igualmente, atribuiu a si própria o desencadear do acidente: “porque achei que tinha sido um ato irresponsável meu ao ter acendido um cigarro”. Este tipo de ruminação pode prolongar o sofrimento e dificultar o processo de aceitação e de recuperação.

A raiva e a revolta também são sentimentos recorrentes. P3 expôs de forma direta: “Sou a [P3], que por acaso tem uma cicatriz e é isso que me dá assim mais uma raivazita e é uma coisa que me vai acompanhar para o resto da vida (...) fogo que raiva, mas ignora, eu já ignorei, ignora tu também”. Esta fala revela um conflito entre a dor de carregar uma marca visível e o esforço consciente de resignificação. (P3)

P8, por sua vez, questiona o porquê do sofrimento:

(...) a revolta estava no topo e era todos os dias, era sempre o questionar de porque a mim, eu não falhei em nada. é mais a questão de repente vem a revolta e essa questão da expulsão agora, parece que tenho o coração na boca, ou seja, sou mais impulsivo, mas são coisas da vida e as pessoas compreendem e eu peço desculpa e arrependo-me. (P8)

Em contraste, alguns participantes como P13 relataram uma aceitação mais natural: “Eu nisso nunca me revoltei, acho que aceitei as coisas tão naturais”. Esta diversidade de reações ilustra a forma como a adaptação emocional é individual e verdadeiramente modulada pelos mais variados fatores, desde pessoais a contextuais.

Adicionalmente, ao longo do processo de recuperação, vários participantes evidenciaram sintomas compatíveis com a PSPT, como pesadelos, *flashbacks* e reações físicas intensas. P9 descreveu:

“Eu pedi ajuda psiquiátrica, psicológica, acordava com sonhos que eu, sonhos que não faziam sentido nenhum, eu a fugir, parece que andava a fugir por montes e vales, a fugir de alguma coisa que eu não sabia o que é que era, nunca soube

explicar, porque eu acordava todo suado, pronto, tinha sonhos que não faziam sentido nenhum. Eu não conseguia dormir, depois comecei a ter apoio psiquiátrico e psicológico. Foi aí que se começou a revelar os primeiros sintomas de stress pós-traumático.” (P9)

P15 vai ainda mais longe ao descrever reações físicas involuntárias à memória do trauma:

“Nem conseguia falar do assunto, mas quando alguém me perguntava no assunto, o meu corpo entrava numa espécie de choque elétrico muito estranho, começava a tremer descontroladamente e tinha espasmos (...) quase que não conseguia estar em pé de tanto que o meu corpo tremia só com a lembrança com a memória do dia (...) o corpo reagia automaticamente, à lembrança do momento, tentava-me proteger, coisa que não fiz na altura.” (P15)

Já a necessidade de acompanhamento psicológico é abordada de forma desigual entre os participantes, o que reflete percursos distintos de acesso e de perceção de utilidade da intervenção. Enquanto alguns, como P1, relatam um apoio inicial pontual - “Um profissional de psicologia, tive uma conversa quando estava na unidade de queimados (...) referiu que caso eu sentisse a necessidade de conversar com ele (...) poderia contar sempre com o apoio dele” - outros descrevem trajetórias mais longas, mas com quebras na continuidade. P9 detalha: “até ao dia de hoje eu continuo a ter apoio psiquiátrico e a ter apoio psicológico porque há feridas que às vezes parece que saram ou passam e depois passado 1 mês ou 2 elas abrem”. Este relato só confirma a natureza crónica do impacto psicológico e a importância de um suporte prolongado.

Associado a este quadro, muitos participantes revelaram estados de humor depressivo. P7 expressou esta sensação de forma clara: “não sei, parecia que nada me alegrava, nada... Estava a cair em mim, estava a cair em mim de que realmente aquilo me tinha acontecido e que realmente eu ia ficar assim”. P9 acrescentou: “Às vezes chegou uma altura que eu não me

mexia, a pensar na vida o que seria a vida para a frente, eu só me apetecia era chorar e chorei muito”. A sobreposição entre a depressão e a ansiedade também é evidente, como nota P7: “Mas desenvolvi também essa ansiedade que às vezes não dá para controlar e fico mesmo mal, eu entro em ansiedade e depois acabo por ficar triste, porque entrei na ansiedade e porque podia ter evitado, não sei.”

As experiências de dissociação e de confusão mental também são relatadas, sobretudo nas fases iniciais. P1 descreve:

“A parte mais difícil, inicialmente, foi perceber o que tinha acontecido, porque encontrei-me... eu quando eu acordo como tinha os olhos vendados, portanto não tinha bem claro que estava acordado e que estava no hospital, portanto, o nível de consciência era reduzido. Nesse processo, eu fazia alguma confusão entre o que era o sonho ou pesadelo e o que era a realidade.” (P1)

Esta vivência fragmentada da realidade reflete mecanismos de defesa psíquicos provenientes dos efeitos da própria gravidade clínica.

Alguns participantes referiram ainda experiências de quase morte, como P1 que vivenciou uma paragem cardiorrespiratória: “tive uma paragem cardiorrespiratória (...) já me sentia mesmo a falecer”, e P13 que narrou: “corri risco de vida, fiz duas paragens cardiorrespiratórias, ninguém dizia que eu ia sobreviver”. E estes momentos marcaram completamente a forma como estes participantes reavaliaram a vida e o seu futuro.

No que respeita ao sofrimento físico, os relatos são igualmente intensos. P7 partilha de forma vívida a experiência dos curativos:

“Arrancarem-me isso (...) saiu o pelo junto, saiu tudo (...) Foi mesmo das piores sensações que eu tive, assim... Eu comecei a chorar, dizer para...nunca mais me fazerem aquilo, e a questionar o porque que me tinham feito aquilo assim.” (P7)

A dor prolongada e recorrente das intervenções médicas é reiterada por vários participantes, o que revela que o sofrimento físico e psicológico se interligam, potenciando-se mutuamente.

Suporte Social

O suporte social foi vivenciado de forma completamente distinta nas diferentes esferas da vida de cada participante. No contexto das relações amorosas, muitos relataram desafios significativos, especialmente pela percepção de rejeição ou medo de não serem aceites devido às marcas físicas. P1 descreveu que “a parte namorada foi difícil (...) a minha relação terminou e eu sentia que nunca mais ia conseguir ter uma relação amorosa (...) se a pessoa que me conhecia não quer estar comigo, quem é que vai querer?”. Este receio, porém, coexistiu com experiências de suporte afetivo sólido, como no caso de P7, que destacou “eu saber que ele ficou ali comigo é muito importante (...) é a certeza de que realmente havia amor ali e o apoio dele e compreensão foi mesmo muito importante”. Outros participantes encontraram um pilar nas relações existentes para atravessar o processo de cicatrização e de reconfiguração identitária, como refere P2: “eu também tive a sorte de o meu namorado não me abandonar (...) porque tinha sempre uma pessoa que aceitava ali ao meu lado”.

O suporte profissional foi igualmente referido, mas nem sempre vivido de forma uniforme. Alguns participantes destacaram a empatia e o humanismo de certos profissionais, cuja aproximação fazia a diferença: “o facto de estar ali a quebrar um protocolo e mostrar o sorriso, aqui o sorriso acabava por me calmar” (P1). Para P7, “o amor que eu senti pelos enfermeiros (...) é um amor que eu levo para a vida (...) foram pessoas tão importantes naquele momento, que me deram tanto amor, tanta alegria”. Mesmo assim, existem também outros relatos que apontaram falhas ou ausências de acompanhamento, o que evidencia desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado: “No hospital, como eu digo, não tive apoio de ninguém,

nada” (P8) ou “falta de pessoas que possam chegar a estes lados também dificulta aqui a transição destas pessoas que é tão importante” (P16).

O suporte familiar e dos amigos destacou-se como um dos mais marcantes e protetores em todo o processo. Muitos participantes referiram sentir-se amparados por uma rede próxima que se mobilizou para apoiar a recuperação física e emocional. P9 descreveu: “Os meus filhos foram-me ver muitas vezes, familiares, a minha mãe, o meu pai, os meus sogros, toda a gente foi ver (...) tive centenas e centenas de visitas de amigos, de familiares, de desconhecidos que me foram puxando para cima e dando alguma força”. Este apoio traduzia-se não só na presença constante, mas também na força emocional transmitida, como enfatizou P13: “o amor é a base de tudo, o estarmos rodeados das pessoas certas (...) eu acho que o amor cura de tudo”. Ainda assim, alguns entrevistados vivenciaram afastamentos e até ruturas familiares, o que os fez sentir desamparados em momentos críticos, como relatou P15: “um sofrimento enorme porque não percebia porque é que não estava com a minha família (...) porque é que ninguém da minha família estava perto de mim”.

O suporte imediato e primeiros socorros, prestado pelas equipas de emergência, também foi lembrado como determinante na sobrevivência e estabilização inicial. P1 recorda o momento do resgate: “foi aquele momento de tentar estabilizar principalmente a nível emocional e depois fui colocado dentro da ambulância”. Em situações mais graves, como a de P8, a rapidez da intervenção foi fundamental: “tive sempre consciente até chegar os primeiros socorros (...) tiveram que me induzir em coma, já no local (...) e transportar no helicóptero para o hospital”.

Portanto, o suporte social revelou-se heterogéneo, podendo tanto atenuar o sofrimento como, em alguns casos, acentuar sentimentos de vulnerabilidade quando ausente. A presença de redes sólidas – amorosas, familiares, profissionais e imediatas – mostrou-se um fator

protetor central no enfrentamento das adversidades e na construção de sentido face à experiência das queimaduras.

Estigma Social

O estigma social manifestou-se tanto de forma interna, através do autoestigma, como externa, nas reações sociais negativas e na discriminação. Vários relatos revelaram sentimentos de vergonha e de retração pessoal associados à imagem corporal após o acidente. Alguns participantes referiram explicitamente evitar mostrar determinadas partes do corpo por as considerarem “não bonitas”, como expressa P5: “é uma zona que vai estar mais escondida e que não vou expor porque, não é bonito”. Esta percepção conduzia muitas vezes a um mal-estar persistente com a própria aparência: “senti-me mesmo feia (...) isto é feio e que não sou como as outras raparigas” (P10). Outros descreveram momentos de autoavaliação negativa extrema: “a certo ponto perguntei à minha esposa se ela sentia de alguma forma nojo de mim” (P9). O peso psicológico desta vivência era notório na descrição de P15: “estava cada vez mais monstruoso, mais desfigurado (...) andava sempre com uma máscara a tapar o rosto quase todo”.

A este autoestigma somava-se o medo constante de avaliação negativa por parte de terceiros, presente em quase todos os testemunhos. Alguns participantes demonstravam uma preocupação constante com o que as pessoas iriam pensar ou comentar: “estava muito preocupada com o que é que as pessoas iriam achar” (P3) e “agora vou ficar assim e (...) só me preocupava com as pessoas me verem assim, foi um bocado complicado aí” (P8). Como consequência, este receio condicionava os comportamentos sociais e levava à evitação de interações ou à ocultação das cicatrizes: “quase ninguém viu a minha cicatriz porque tenho medo (...) não tenho assim essa coragem de mostrar porque é uma coisa que ainda está sensível e ainda está no processo de cicatrização” (P10).

O estigma experienciado estendia-se ainda à esfera pública, com frequentes episódios de olhares invasivos, comentários depreciativos e comportamentos discriminatórios. Diversos participantes relataram sentir-se alvo de curiosidade e de repulsa, como exemplifica P1: “depois eu passava a ser um objeto de atração (...) algumas aterrorizadas, outras curiosas (...) as expressões pouco agradáveis”. Em alguns casos, estas reações eram vividas como completamente desumanizantes: “chegaram-me a dizer (...) ‘aí que nojo’” (P7) ou “a senhora viu a minha cicatriz e tirou a minha participação (...) isto aconteceu-me várias vezes” (P3). A discriminação no contexto laboral também foi referida, como na experiência de P16, que descreveu a entrevista em que “a senhora que me atendeu (...) disse que foi um erro terem-me chamado, e notava-se que ela estava bastante desconfortável”.

Embora alguns entrevistados reconhecessem que certos olhares pudessem ser motivados mais por curiosidade do que por maldade, o impacto emocional desses momentos era inevitável. Como refere P13: “os olhares... se as pessoas soubessem o quanto um olhar dói”. Esta tensão entre a compreensão e o sofrimento era frequente, com participantes a tentar relativizar ou ignorar as reações negativas: “não ligo muito aos olhares (...) mas, óbvio, como tudo, existe dias que é bem mais difícil lidar” (P11). Por outro lado, alguns discursos destacaram a perceção de evolução social, admitindo que o preconceito era menos evidente do que temiam inicialmente: “acho por acaso que vivemos numa sociedade em que isso já está um bocado ultrapassado e eu por acaso nunca me senti discriminado” (P8).

Assim, o autoestigma e o medo de avaliação negativa entrelaçam-se com episódios de discriminação e preconceito. Estes fenómenos condicionaram a vivência quotidiana e afetaram a autoestima, a integração social e a perceção do corpo, pelo que alguns participantes procuraram ressignificar as suas marcas ou desenvolver estratégias para lidar com a reação dos outros.

Resiliência e *coping*

A resiliência e as estratégias de *coping* emergiram como motores impulsionadores do processo de adaptação às queimaduras, e que se refletem tanto na recuperação física e mental como na aceitação progressiva da nova realidade. Muitos participantes descreveram esta vivência como uma oportunidade de renascimento, destacando frases como “eu digo que nasci novamente (...) percebi que voltei a viver, era uma oportunidade de voltar a viver, então bola para andar em frente” (P5). A recuperação foi descrita como gradual, mas marcada por “pequenos-grandes” marcos importantes no quotidiano, como “quando eu consegui fazer xixi sem ter sentido dor, quando eu consegui tomar um banho e secar-me com a toalha... foi também uma felicidade” (P6), revelando o valor atribuído às pequenas conquistas. Paralelamente, o processo foi visto como um caminho de autoconhecimento e fortalecimento, como refere um participante: “ganhei conhecimento, muita coisa que não tinha, e acabei por me conhecer, e conhecer uma parte que eu não sabia que tinha” (P7).

Para lidar com as dificuldades, os entrevistados referiram várias estratégias de *coping*, sendo o humor uma das mais comuns: “utilizava muito o humor (...) era a forma que eu tinha mais de me proteger e de aprender a lidar com a situação” (P1). Outros mencionaram a escrita e o desporto como ferramentas para gerir o impacto emocional: “eu escrevia e escrevo muito. É uma coisa que me ajuda a organizar a cabeça” (P2) ou “procurei sempre ligar ao desporto (...) isso realmente foi um grande avanço também psicologicamente” (P8). A positividade e a capacidade de relativizar o sofrimento surgiram também como recursos internos importantes, exemplificados em expressões como “o segredo da vida é relativizar (...) há sempre alguém pior do que nós” (P15).

Apesar desta evolução, alguns participantes passaram por momentos de negação e dificuldade em aceitar a nova condição: “a negação de que realmente tinha sido amputado (...) ainda não tinha aceitado a 100%” (P1) ou “eu não conseguia aceitar esta nova realidade” (P15). Contudo, com o tempo, muitos relataram uma mudança significativa na forma como se

percecionavam a si mesmos e como integravam todo o acontecimento e processo no seu quotidiano. Esta aceitação foi descrita como transformadora: “hoje em dia, lido de forma completamente natural (...) com as minhas cicatrizes” (P1), chegando inclusive a romantizar algumas marcas: “há cicatrizes que eu gosto delas (...) olho para mim ao espelho e gosto delas” (P8). A adaptação traduziu-se ainda numa redefinição de prioridades e de visão da vida: “hoje em dia olho para trás e penso que perdi tanto tempo com coisas tão supérfluas” (P2). Para alguns, a aceitação tornou-se a única via possível para seguir em frente: “ou aceito, ou aceito” (P14).

Deste modo, a resiliência e as estratégias de *coping* relatadas pelos participantes não só sustentaram o processo de recuperação física e psicológica, como permitiram também a reconstrução de um sentido renovado de identidade e de propósito de vida face à experiência traumática das queimaduras.

Autoestima e Imagem Corporal

A nível da autoestima e da perceção da imagem corporal, a insegurança foi referida de forma recorrente, sendo que se refletia tanto na dificuldade em aceitar a nova aparência, como na forma de se relacionar com os outros. Para alguns, as marcas corporais só intensificaram as fragilidades já existentes: “impossível trabalhar sem pensar sobre as tuas fragilidades e sobre as inseguranças (...) eu tive desde sempre uma grande cicatriz na barriga e isso era um grande problema para mim” (P2). Esta vivência era acompanhada por sentimentos de perda e de desvalorização pessoal, como ilustra P10: “senti-me mesmo feia, ainda obviamente me sinto, porque não estou igual como antes (...) a autoestima foi toda abaixo”.

A insegurança expressava-se também em aspetos quotidianos como a escolha de roupa, onde os participantes relatavam restrições marcadas pelo desconforto com o próprio corpo: “não tenho nada para vestir, porque isto não posso usar (...) não me conseguir vestir de uma

forma em que me sentisse bonita” (P7). Em alguns casos, o impacto emocional levou a sentimentos de isolamento e medo de rejeição: “nunca vou ter ninguém, vou ficar sozinho para o resto da vida e dá aquele embate (...) pode achar-me repugnante” (P12).

Por outro lado, surgiram narrativas que apontavam para um processo gradual de reconstrução da confiança, onde as cicatrizes eram reinterpretadas e, por vezes, ressignificadas positivamente. Como partilhou P3, “ter uma cicatriz fez-me aumentar mais a confiança (...) eu agora tenho mesmo de ter 100% de confiança”. Outros participantes demonstraram uma evolução no sentido de maior aceitação, ainda que com momentos de recuo e de oscilação entre uma autoestima elevada e retração: “tenho também a autoestima elevada independentemente de qualquer coisa (...) já tive mais aquela retração pessoal, aquela vergonha e aquele medo de encarar” (P11).

No que respeita à alteração da imagem corporal, os relatos evidenciaram um impacto muitas vezes mais marcante do que as limitações funcionais: “eu percebi que realmente a questão da imagem acabava por ser muito mais forte e impactante do que a questão funcional” (P1). A experiência do confronto com o espelho era constantemente descrita como dolorosa, marcada por sentimentos de estranheza e de não reconhecimento: “porque você não se reconhece, olha no espelho e não se reconhece. Estava completamente diferente” (P6). A percepção de transformação física era também descrita por P15 como uma perda da antiga identidade: “eu antes era um homem muito bonito e agora sou um homem moderadamente feiinho (...) era um amontoado de carne deformada”.

Apesar disso, alguns entrevistados referiram progressos na forma como passaram a encarar estas mudanças, seja pela normalização das cicatrizes ou pela valorização do seu significado: “as minhas cicatrizes passaram a ser um fruto natural (...) se as pessoas se acharem graça (...) vai sempre ser por aquilo que eu sou realmente e não por aquilo que eu aparento”

(P3). Outros reconheceram melhorias visíveis no corpo que contribuíram para uma visão mais positiva: “agora está um espetáculo em comparação” (P15).

Portanto, a dimensão da autoestima e da imagem corporal reflete um percurso complexo entre perda e reconstrução, onde o sofrimento inicial e a insegurança coexistem com processos graduais de aceitação, ressignificação e, em alguns casos, fortalecimento pessoal.

Qualidade de vida

A qualidade de vida após a experiência da queimadura ficou claramente alterada e abrangeu aspetos como a informação e o conhecimento sobre as queimaduras, a satisfação com a vida, a reintegração social e profissional e a funcionalidade no dia a dia.

Informação e conhecimento surgiram como temas recorrentes, com os participantes a destacar a desinformação social em relação à realidade das queimaduras: “as questões do estigma prendem-se mesmo pela desinformação das pessoas” (P1), sublinhando que muitos desconhecem o impacto prolongado do processo de recuperação: “quando nós saímos as pessoas acham automaticamente que está tudo bem (...) essa é a desinformação que eu acho que existe” (P7). Esta falta de consciencialização é apontada como elemento responsável pelos comentários desajustados e pela ausência de empatia, mas também como um desafio para a própria pessoa que, muitas vezes, só após o acidente se apercebe da dimensão do problema: “parece que não há consciencialização que isto existe (...) eu também não tinha noção” (P5).

Apesar dos desafios, alguns participantes sentem satisfação com a vida e evidenciam mesmo a resiliência e a gratidão: “eu digo que sou um felizardo” (P1) ou “tenho a minha vida, estou muito feliz” (P2). Para outros, a visão da vida manteve-se inalterada, como referiu um participante: “eu não alterei nada na minha visão de vida (...) tinha as prioridades bem definidas e isso manteve-se tudo igual” (P15).

A reintegração social e profissional revelou-se um processo difícil, mas fundamental para a recuperação. Foram identificados obstáculos relacionados com a imagem corporal e com a acessibilidade: “as coisas não são acessíveis (...) é muito violento, as pessoas não compreendem que, literalmente, tu não entras aqui” (P2). Ainda assim, o apoio de colegas e empresas foi destacado como facilitador: “os gestos que a minha empresa teve comigo (...) sinto meio que tenho uma dívida” (P4). Alguns participantes referiram inclusivamente experiências positivas de socialização e de contacto com outras pessoas na mesma situação, que favoreceram o processo de adaptação e de bem-estar (P8, P9).

Por fim, a funcionalidade e as limitações físicas foram apontadas como tendo um dos maiores impactos na qualidade de vida. Vários participantes referiram perdas de autonomia em tarefas básicas, como a higiene ou a alimentação: “para comer, eu não comia sozinha (...) coisas que são simples do dia a dia, eu não conseguia fazer” (P7) ou “eu não conseguia tomar banho sozinho (...) não conseguia fazer as necessidades” (P8). A recuperação gradual destas capacidades foi vivida como um marco importante: “conseguir tomar banho em pé (...) levei cinco meses e tal para conseguir fazer” (P5).

Ou seja, a qualidade de vida após a queimadura revelou-se realmente condicionada, mas, simultaneamente, permeável a processos de adaptação e de superação que permitiram aos participantes ressignificar as suas limitações e reconstruir gradualmente o seu quotidiano.

Discussão

O presente estudo qualitativo procurou compreender o impacto do trauma em sobreviventes de queimaduras. Os resultados obtidos, organizados em sete categorias principais e vinte e duas subcategorias, totalizando 1082 unidades de registo, evidenciam que o impacto da queimadura vai muito além da ferida física inicial, prolonga-se no tempo, e afeta de modo significativo o funcionamento psicológico, as relações interpessoais, a identidade e a qualidade de vida dos participantes.

A categoria *Mente e Corpo*, com 316 ocorrências, foi a mais representativa, refletindo a centralidade do sofrimento emocional e físico na experiência narrada pelos participantes. Dentro desta categoria, destacam-se sobretudo as referências a *sofrimento psicológico* (95 unidades), que superam largamente as menções ao *sofrimento físico* (56 unidades). Este dado confirma o que já era sublinhado na revisão teórica, nomeadamente por Herman (1992) e Van der Kolk (2014), ao descreverem o trauma como uma rutura que compromete o corpo e a percepção de segurança e de identidade do indivíduo. É relevante notar que as subcategorias ligadas a sintomas específicos, como *ansiedade/stress* (24 ocorrências), *humor depressivo* (19) e *perturbação de stress pós-traumático* (12), mostram que os efeitos psicológicos não são passageiros; pelo contrário, tendem a manter-se no tempo e a influenciar de forma persistente a vida diária. Esta realidade já tinha sido descrita na literatura que integra o enquadramento teórico, onde se referia que os sintomas de hipervigilância, *flashbacks* e evitação podiam prolongar-se, mesmo anos, após o trauma inicial.

Apesar da predominância das referências ao sofrimento, a análise também evidencia uma forte presença de processos adaptativos e de reconstrução pessoal. A categoria *Resiliência e Coping*, com 258 ocorrências, revela de que forma os participantes mobilizam recursos internos para lidar com as adversidades decorrentes da queimadura. As *estratégias de coping* surgem como a subcategoria mais expressiva (110 ocorrências), seguidas por *aceitação e*

adaptação (87) e *recuperação física e mental* (57). Estes dados demonstram que, paralelamente à dor e ao impacto negativo, há também movimento no sentido de integração e de crescimento pessoal. As narrativas mostram que, ao longo do tempo, muitos participantes desenvolvem formas criativas e funcionais de lidar com as suas limitações e de dar novo significado às suas vidas. Esta dimensão da resiliência, identificada no estudo, já tinha sido destacada no enquadramento teórico ao referir a importância das narrativas pessoais e do processo de resignificação descrito por Tedeschi e Calhoun (2004) e aprofundado por McAdams e Jones (2017). O presente estudo confirma que, mesmo após experiências profundamente traumáticas, é possível reconstruir uma narrativa de vida coerente e encontrar novos significados.

A problemática do estigma social, que reúne 148 ocorrências, surge como um dos aspetos mais sensíveis e impactantes da experiência dos participantes. A subcategoria mais frequente é a de *estigmatização, discriminação e preconceito* (117 ocorrências), seguida do *medo de avaliação negativa* (16) e do *autoestigma* (15). Estes números refletem o peso das reações externas na vivência do trauma: não é apenas a dor ou a limitação física que marcam o indivíduo, mas também a forma como este sente que é olhado pelos outros. A revisão teórica já apontava para esta realidade, com base em autores como Goffman (1998), que descrevem como as identidades marcadas por diferenças visíveis são frequentemente desacreditadas e alvo de preconceito. A análise dos dados mostra que este estigma se traduz em medo, vergonha e isolamento, e afeta profundamente a autoestima e a capacidade de reintegração social e profissional.

Curiosamente, alguns participantes referiram não terem sentido estigma, discriminação ou preconceito. Porém, no decurso da entrevista, abordaram experiências desses mesmos fenómenos. Isto significa que, para alguns participantes, a perceção consciente e imediata do estigma pode não estar totalmente integrada ou reconhecida. Esta aparente contradição pode revelar diferentes mecanismos psicológicos: por um lado, pode tratar-se de uma estratégia de

coping baseada na minimização do impacto do estigma, protegendo a autoestima e evitando reviver a dor emocional associada; por outro, pode refletir uma normalização das experiências negativas, em que situações discriminatórias são tão recorrentes que deixam de ser percebidas como excepcionais.

A autoestima e a imagem corporal constituem outra dimensão relevante, com 74 referências no total. A subcategoria *alteração da imagem corporal* (43 ocorrências) destaca-se como um dos elementos mais desafiantes para os participantes, seguida por *baixa autoestima e insegurança* (31). Uma vez mais, estes resultados confirmam o que já tinha sido identificado na literatura, segundo a qual as cicatrizes visíveis e as alterações na aparência têm um impacto direto na forma como os indivíduos se percebem e são percebidos pelos outros. A relação entre estigma e autoestima é particularmente evidente nos relatos dos participantes: a presença de cicatrizes visíveis parece agravar a insatisfação corporal e comprometer a confiança, sobretudo em contextos sociais em que a aparência é fortemente valorizada.

A categoria Qualidade de Vida, com 128 ocorrências, explora de que forma as queimaduras afetam a percepção global do bem-estar. As subcategorias mais frequentes são *informação e conhecimento* (45) e *funcionalidade e limitações* (41), seguidas de perto por *reintegração social e profissional* (36). Estes resultados evidenciam que a qualidade de vida dos participantes é influenciada não só pelas limitações físicas, mas também pela capacidade de aceder a informação adequada, retomar atividades do quotidiano e reinserir-se na comunidade. A literatura apresentada já salientava a importância destes fatores para o ajustamento psicossocial, mostrando que a recuperação vai muito além da cicatrização e exige intervenções que considerem o indivíduo na sua totalidade.

O suporte social, com 139 referências, emerge como um dos fatores mais protetores identificados neste estudo. O *suporte familiar e de amigos* foi a subcategoria mais mencionada (54 ocorrências), seguida do *suporte profissional* (45) e da *vida amorosa* (31). Estes dados

confirmam o papel fundamental das redes de apoio na recuperação emocional e social, conforme descrito no enquadramento teórico com base em autores como Pinto *et al.* (2008) e Grieve *et al.* (2020). É interessante notar, no entanto, que o *suporte imediato* — associado aos momentos logo após o acidente — foi referido apenas nove vezes, sugerindo que muitos sobreviventes podem sentir-se desamparados nas fases iniciais do trauma, o que pode ter repercussões a longo prazo.

Por fim, a categoria Acidente, com 19 ocorrências, fornece o enquadramento contextual para as restantes dimensões. Os relatos sobre o momento do acidente evidenciam o carácter abrupto e inesperado do trauma e ajudam a compreender a profundidade do impacto emocional subsequente. Esta dimensão dialoga com o que Freud (1920/1961) descreve sobre o “elemento surpresa” do trauma e a falha do aparelho psíquico em antecipar o perigo, explicando a intensidade das reações emocionais relatadas.

De uma perspetiva integradora, os resultados do presente estudo confirmam que a experiência de uma queimadura grave é, simultaneamente, uma rutura e uma oportunidade de reconstrução ou, como um dos participantes bem referiu, de renascer. As frequências elevadas nas categorias de sofrimento psicológico, estigma social e limitações funcionais mostram o peso do trauma; contudo, a presença significativa de estratégias de *coping* e de aceitação revela também a capacidade de adaptação e crescimento dos sobreviventes. A análise sugere que o caminho da recuperação não é linear: enquanto alguns participantes encontram formas de dar sentido à experiência e seguem em frente, outros permanecem presos à dor e à dificuldade de aceitar as mudanças impostas pelo acidente.

Estes resultados têm implicações importantes para a prática clínica e para as políticas públicas. O estudo demonstra que existe a necessidade de um modelo de intervenção integrativo, que vá além do foco biomédico e que inclua abordagens psicológicas e sociais. É fundamental que as equipas de saúde rastreiem precocemente os sinais de sofrimento

psicológico, ofereçam psicoeducação e promovam estratégias de *coping* adaptativas. Igualmente importante é a implementação de programas de combate ao estigma e de suporte social, especialmente grupos de pares, que ajudem a normalizar a diferença e a facilitar a reintegração social e profissional. Portanto, existe uma necessidade urgente de mais investigação em Portugal sobre esta temática, de modo a compreender melhor as trajetórias de recuperação e a desenvolver respostas ajustadas à realidade nacional.

Apesar das contribuições, importa reconhecer algumas limitações do presente estudo. A amostra reduzida, obtida por conveniência e através da técnica de bola de neve, limita a generalização dos resultados. Sendo um estudo qualitativo, os resultados visam a compreensão aprofundada das experiências, não permitindo extrapolações estatísticas. Neste sentido, futuras investigações deverão apostar em metodologias mistas, integrando dados qualitativos e quantitativos, bem como explorar o impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas específicas. Será igualmente relevante desenvolver estudos longitudinais que acompanhem o percurso psicológico dos sobreviventes ao longo do tempo, bem como incluir as perspetivas de profissionais de saúde e cuidadores.

Conclui-se, assim, que a sobrevivência a uma queimadura representa uma rutura existencial com impacto duradouro, mas também a possibilidade de reconstrução e crescimento. Ouvir e validar a experiência dos sobreviventes, promover intervenções integradas e humanizadas e criar políticas inclusivas são passos fundamentais para garantir que estas pessoas não apenas sobrevivem, mas vivem com dignidade, esperança e sentido.

Referências

- Abrams, T. E., Ogletree, R. J., Ratnapradipa, D., & Neumeister, M. W. (2016). Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: a qualitative analysis. *Burns*, 42(1), 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.09.011>
- Abrams, T. E., Ratnapradipa, D., Tillewein, H., & Lloyd, A. A. (2018). Resiliency in burn recovery: A qualitative analysis. *Social Work in Health Care*, 57(9), 774-793. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1503213>
- Al-Ghabeesh, S. H. (2022). Coping strategies, social support, and mindfulness improve the psychological well-being of Jordanian burn survivors: A descriptive correlational study. *Burns*, 48(1), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.04.012>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora
- Ayman, A. E., Dalia, M., Medhat, S. H., Ahmed, S. E., Mowafy, M., & Magdy, M. (2021). Impact of psychological rehabilitation on healing of burn patients. *The Medical Journal of Cairo University*, 89(September), 1471-1479. <https://doi.org/10.21608/mjcu.2021.194957>
- Bakker, A., Maertens, K. J., van Son, M. J., & van Loey, N. E. (2013). Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 33(3), 361-371. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.006>
- Bayuo, J., Wong, F. K. Y., & Agyei, F. B. (2020). "On the Recovery Journey:" An integrative review of the needs of burn patients from immediate pre-discharge to post-discharge period using the Omaha System. *Journal of nursing scholarship*, 52(4), 360-368. <https://doi.org/10.1111/jnu.12563>

- Beere, D. (1995). Loss of "background": A perceptual theory of dissociation. *Dissociation*, 8, 165-174.
- Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. W. (2001). Psychosocial care of persons with burn injuries. *Burns*, 26, 18-23.
- Bogaerts, F., & Boeckx, W. (1992). Burns and sexuality. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 13(1), 39-43. <https://doi.org/10.1097/00004630-199201000-00009>
- Bosmans, M. W., Hofland, H. W., De Jong, A. E., & Van Loey, N. E. (2015). Coping with burns: the role of coping self-efficacy in the recovery from traumatic stress following burn injuries. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 642-651.
- Brewin, M. P., & Homer, S. J. (2018). The lived experience and quality of life with burn scarring—The results from a large-scale online survey. *Burns*, 44(7), 1801-1810.
- Brown, B. C., McKenna, S. P., Siddhi, K., McGrouther, D. A., & Bayat, A. J. J. O. P. (2008). The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 61(9), 1049-1058. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2008.03.020>
- Byers, J. F., Bridges, S., Kijek, J., & LaBorde, P. (2001). Burn patients' pain and anxiety experiences. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 22(2), 144-149. <https://doi.org/10.1097/00004630-200103000-00011>
- Caetano, P., Brandão, C., Campos, I., Tão, J., Laíns, J., & Cabral, L. (2018). Aging and burn: a five-year retrospective study in a major burn centre in Portugal. *Annals of burns and fire disasters*, 31(3), 163.

- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2020). A quantitative systematic review assessing the impact of burn injuries on body image. *Body Image*, 33, 47-65. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.008>
- Cleary, M., Kornhaber, R., Visentin, D., West, S., Neil, A. L., Kezelman, C., & McLean, L. (2020). Before, during and after: Trauma-informed care in burns settings. *Burns*, 46(5), 1170-1178.
- Cukor, J., Wyka, K., Leahy, N., Yurt, R., & Difede, J. (2015). The treatment of posttraumatic stress disorder and related psychosocial consequences of burn injury: a pilot study. *Journal of Burn Care & Research*, 36(1), 184-192. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000177>
- Dahl, O., Wickman, M. and Wengström, Y. (2012). Adapting to life after burn injury - reflections on care. *Journal of Burn Care & Research* , 33 (5), 595-605.
- Dahl, O., Wickman, M., Björnhagen, V., Friberg, M., & Wengström, Y. (2016). Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. *Burns*, 42(8), 1678-1685. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.09.012>
- Dalal, PK, Saha, R. and Agarwal, M. (2010). Psychiatric aspects of burn injury. *Indian journal of plastic surgery* , 43 (S 01), S136-S142.
- Dyster-Aas, J., Kildal, M., & Willebrand, M. (2007). Return to work and health-related quality of life after burn injury. *Journal of rehabilitation medicine*, 39(1), 49-55. <https://doi.org/10.2340/16501977-0005>
- Dyster-Aas, J., Willebrand, M., Wikehult, B., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2008). Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 64(5), 1349-1356.

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Emerick, Mfb & Batista, Kt (2022). Princípio da não discriminação e não estigmatização: considerações para melhoria da qualidade de vida de pessoas com sequelas de queimaduras. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 37, 218-227. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2022RBCP0035-en>
- Engel, GL (1981). A aplicação clínica do modelo biopsicossocial. *The Journal of medicine and philosophy*, 6 (2), 101-124.
- Espinosa, N. M. M., & Piriz-Campos, R. M. (2014). Sequelae in patients with severe burns. *Revista de enfermeria (Barcelona, Spain)*, 37(2), 28-37.
- Evers, LH, Bhavsar, D., & Mailänder, P. (2010). The biology of burn injury. *Experimental Dermatology*, 19 (9), 777-783. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2010.01105.x>
- Falder, S., Browne, A., Edgar, D., Staples, E., Fong, J., Rea, S., & Wood, F. (2009). Key outcomes for adult burn survivors: a clinical overview. *Burns*, 35 (5), 618-641. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2008.09.002>
- Feck, G., Baptiste, MS, & Tate Jr, CL (1979). Burn injuries: epidemiology and prevention. *Accident Analysis and Prevention*, 11 (2), 129-136.
- Freud, S. (1961). *Beyond the pleasure principle* (J. Strachey, Ed. & Trad., Vol. 18, pp1-58). W. W. Norton & Company. (Trabalho original em alemão publicado em 1920)
- Gatchel, R. J., Ray, C. T., Kishino, N., & Brindle, A. (2020). The biopsychosocial model. *The Wiley encyclopedia of health psychology*, 1-8. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch182>

- Gautam, R., Rajoura, OP, Sharma, AK and Bhatia, MS (2022). Sociodemographic characteristics and post-burn quality of life. *Journal of family medicine and primary care* , 11 (3), 1032. https://doi.org/10.4103%2Fjfmpe.jfmpe_1172_21
- Gilboa, D. (2001). Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 27(4), 335-341.
- Gill, S. L. (2020). Qualitative sampling methods. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 579-581. <https://doi.org/10.1177/0890334420949218>
- Goffman, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. *Tradução: Mathias Lambert* , 4 .
- Gorbani, A., Rezaiee Moradali, M., & Shabanloei, R. (2021). Relationship between self-esteem and perceived social support in burn patients in Sina Hospital of Tabriz. *Nursing open*, 8(3), 1194-1200. <https://doi.org/10.1002/nop2.734>
- Goverman, J., Mathews, K., Nadler, D., Henderson, E., McMullen, K., Herndon, D., ... & Schneider, J. C. (2016). Satisfaction with life after burn: a burn model system national database study. *Burns*, 42(5), 1067-1073. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.01.018>
- Greenhalgh, D. G. (2019). Management of burns. *New England journal of medicine*, 380(24), 2349-2359. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1807442>
- Grieve, B., Shapiro, G. D., Wibbenmeyer, L., Acton, A., Lee, A., Marino, M., ... & Travis, T. (2020). Long-term social reintegration outcomes for burn survivors with and without peer support attendance: a Life Impact Burn Recovery Evaluation (LIBRE) Study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 101(1), S92-S98. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.10.007>

- Habib, Z., Saddul, & Kamran, F. (2021). Perceptions and experiences of female burn survivors with facial disfigurement. *Chinese Journal of Traumatology* , 24 (01), 53-56.
- Helm, P. A. (1992). Burn rehabilitation: dimensions of the problem. *Clinics in plastic surgery*, 19(3), 551-559. [https://doi.org/10.1016/S0094-1298\(20\)30942-1](https://doi.org/10.1016/S0094-1298(20)30942-1)
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Holden, J. M., Kinsey, L., & Moore, T. R. (2014). Disclosing near-death experiences to professional healthcare providers and nonprofessionals. *Spirituality in Clinical practice*, 1(4), 278. <https://doi.org/10.1037/scp0000039>
- Hoogewerf, CJ, van Baar, ME, Middelkoop, E. and van Loey, NE (2014). Impact of facial burns: relationship between depressive symptoms, self-esteem and scar severity. *General hospital psychiatry* , 36 (3), 271-276. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.12.001>
- Huang, Y. K., & Su, Y. J. (2021). Burn severity and long-term psychosocial adjustment after burn injury: the mediating role of body image dissatisfaction. *Burns*, 47(6), 1373-1380. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.12.015>
- Hurren, JS (1995). Rehabilitation of the burn patient: James Laing Memorial Essay 1993. *Burns* , 21 (2), 116-126. [https://doi.org/10.1016/0305-4179\(95\)92136-Z](https://doi.org/10.1016/0305-4179(95)92136-Z)
- Jain, M., Khadilkar, N., & De Sousa, A. (2017). Burn-related factors affecting anxiety, depression and self-esteem in burn patients: an exploratory study. *Annals of burns and fire disasters*, 30(1), 30–34.
- Janoff-Bulman, R. (2010). *Shattered assumptions*. Simon and Schuster.

- Janoff-Bulman, R. (2014). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 81-99). Routledge.
- Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. (2020). Burn injury. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 11.
- Johnson, R. A., Taggart, S. B., & Gullick, J. G. (2016). Emerging from the trauma bubble: redefining 'normal' after burn injury. *Burns*, 42(6), 1223-1232. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.03.016>
- Kildal, M., Willebrand, M., Andersson, G., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2005). Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. *Injury*, 36(4), 511-518. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2004.06.013>
- Kim, K. J., Boo, S., & Oh, H. (2021). Burn survivors' experiences of the ongoing challenges after discharge in South Korea: a qualitative study. *Advances in Skin & Wound Care*, 34(5), 1-6. <https://doi.org/10.1177/0030222818755286>
- Kishawi, D., Wozniak, A. W., & Mosier, M. J. (2020). TBSA and length of stay impact quality of life following burn injury. *Burns*, 46(3), 616-620. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.09.007>
- Kool, MB, Geenen, R., Egberts, MR, Wanders, H. and Van Loey, NE (2017). Patients' perspectives on quality of life after burn injury. *Burns*, 43 (4), 747-756. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.11.016>
- Kornhaber, R., Childs, C., & Cleary, M. (2018). Experiences of guilt, shame and blame in those affected by burns: a qualitative systematic review. *Burns*, 44(5), 1026-1039. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.11.012>

- Kornhaber, R., Rickard, G., McLean, L., Wiechula, R., Lopez, V., & Cleary, M. (2019). Burn care and rehabilitation in Australia: health professionals' perspectives. *Disability and rehabilitation*, 41(6), 714-719.
- Kornhaber, R., Visentin, D., Thapa, D. K., West, S., Haik, J., & Cleary, M. (2020). Burn camps for burns survivors—realising the benefits for early adjustment: a systematic review. *Burns*, 46(1), 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.12.005>
- Kozłowska, K., Walker, P., McLean, L., & Carrive, P. (2015). Fear and the defense cascade: clinical implications and management. *Harvard review of psychiatry*, 23(4), 263-287.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leary, M. R. (2015). Emotional responses to interpersonal rejection. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(4), 435-441.
- Leonardi, G. A. L., & Francisco, D. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 9(3), 105-114.
- Lodha, P., Shah, B., Karia, S., & De Sousa, A. (2020). Post-traumatic stress disorder (PTSD) following burn injuries: a comprehensive clinical review. *Annals of burns and fire disasters*, 33(4), 276.
- Loeser, J. D. (1982). Concepts of pain. *Chronic low back pain*, 145-148.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of clinical psychology*, 62(8), 971-985. <https://doi.org/10.1002/jclp.20283>
- Markiewicz-Gospodarek, A., Kozioł, M., Tobiasz, M., Baj, J., Radzikowska-Büchner, E., & Przekora, A. (2022). Burn wound healing: clinical complications, medical care, treatment, and dressing

types: the current state of knowledge for clinical practice. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1338.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031338>

Masood, A., Masud, Y., & Mazahir, S. (2016). Gender differences in resilience and psychological distress of patients with burns. *Burns*, 42(2), 300-306.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.10.006>

Mathews, A., Costa, B., Mikkola, A., & Harcourt, D. (2023). ‘Scars: How Our Wounds Make Us Who We Are’: Improving appearance-based stigma, conceptualisation of beauty and body esteem through a documentary. *Scars, Burns & Healing*, 9, 20595131231205398.
<https://doi.org/10.1177/20595131231205398>

McAdams, D. P., & Jones, B. K. (2017). Making meaning in the wake of trauma: Resilience and redemption. In *Reconstructing meaning after trauma* (pp. 3-16). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803015-8.00001-2>

Medeiros, L. G., de Almeida, R. M. M., Rigoli, M. M., & Kristensen, C. H. (2012). Transtornos psiquiátricos em pacientes vítimas de queimaduras. *Psicologia: teoria e prática*, 14(2), 56-65.

Medeiros, L. G., Kristensen, C. H., & de Almeida, R. M. M. (2009). Post-traumatic stress in burn patients: a literatura review. *Aletheia (ULBRA)*.

Mehrabi, A., Falakdami, A., Mollaei, A., Takasi, P., Vajargah, PG, Jafari, H., ... & Karkhah, S. (2022). Uma revisão sistemática sobre autoestima e fatores relacionados entre pacientes queimados. *Anais de Medicina e Cirurgia*, 104811.
<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104811>

- Menzies, V. (2000). Depression and burn wounds. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(4), 199-206.
<https://doi.org/10.1053/apnu.2000.8660>
- Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M., & Strebkova, R. (2018). Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, 16(2), 114-118
- Miri, S., Mobayen, M., Aboutaleb, E., Ezzati, K., Feizkhah, A., & Karkhah, S. (2022). Exercise as a rehabilitation intervention for severe burn survivors: benefits & barriers. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 48(5), 1269-1270.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.04.016>
- Moi, A. L., Vindenes, H. A., & Gjengedal, E. (2008). The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 278-286.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04807.x>
- Moraes, S. R. P., & Marcolan, J. F. (2023). *Suffering, depression, and the impact on self-image in individuals with burns.*
- Mujeeb, S., & Tariq, Q. (2019). THE RELATIONSHIP OF BURN INJURIES, SELF-ESTEEM AND TRAUMA SYMPTOMS IN FEMALE BURN VICTIMS. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 18(2).
- Nelson, S., Conroy, C., & Logan, D. (2019). The biopsychosocial model of pain in the context of pediatric burn injuries. *European journal of pain*, 23(3), 421-434. <https://doi.org/10.1002/ejp.1319>
- NM, M. E., & Píriz-Campos, R. M. (2014). Sequelae in patients with severe burns. *Revista de Enfermeria (Barcelona, Spain)*, 37(2), 28-30.

- O'Brien, K. H., & Lushin, V. (2019). Examining the impact of psychological factors on hospital length of stay for burn survivors: a systematic review. *Journal of Burn Care & Research*, 40(1), 12-20. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iry040>
- Oliveira, K. M. F. D., Novais, M. R., & Santos, R. C. (2023). Resiliência: Avaliação de Pacientes Queimados em um Hospital de Urgência e Emergência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, e248738.
- Öztürk, E., & Şar, V. (2007). Functional dissociation of the self: A socio-cognitive approach to trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(2), 69-89.
- Ozturk, E., Erdogan, B., & Derin, G. (2021). Psychotraumatology and dissociation: a theoretical and clinical approach. *Med-Sci*, 10(1), 246-54.
- Pals, J. L. (2006). *Constructing the "Springboard Effect": Causal Connections, Self-Making, and Growth Within the Life Story*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11414-008>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, C. L. (2022). Meaning making following trauma. *Frontiers in Psychology*, 13, 844891. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.844891>
- Park, S. Y., Choi, K. A., Jang, Y. C., & Oh, S. J. (2008). The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*, 34(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2007.03.012>

- Patterson, D. R., Hoflund, H., Espey, K., Sharar, S., & Nursing Committee of the International Society for Burn Injuries. (2004). Pain management. *Burns*, 30(8), A10-A15. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2004.08.004>
- Peck, M. D. (2011). Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns*, 37(7), 1087-1100. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2011.06.005>
- Pinto, J. M., Montinho, L. M. S., & Gonçalves, P. R. C. (2008). O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(6), 69-76.
- Pinto, J. M., Montinho, L. M. S., & Gonçalves, P. R. C. (2010). O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 81-91.
- Potter, M., Aaron, D., Mumford, R., & Ward, L. (2023). An evaluation of clinical psychology input into burns multidisciplinary follow-up clinics. *Scars, Burns & Healing*, 9, 20595131221141083. <https://doi.org/10.1177/2059513122114108>
- Rai, J., Jeschke, M. G., Barrow, R. E., & Herndon, D. N. (1999). Electrical injuries: a 30-year review. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 46(5), 933-936.
- Rosenberg, L., Rosenberg, M., Rimmer, RB, & Fauerbach, JA (2018). Recuperação psicossocial e reintegração de pacientes com queimaduras. Em *Cuidado total com queimaduras* (pp. 709-720). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-47661-4.00065-4>
- Ross, E., Crijns, TJ, Ring, D. and Coopwood, B. (2021). Social factors and injury characteristics associated with the development of perceived injury stigma among burn survivors. *Burns*, 47(3), 692-697. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.07.022>

- Royse, D., & Badger, K. (2017). Near-death experiences, posttraumatic growth, and life satisfaction among burn survivors. *Social work in health care*, 56(3), 155-168. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1265627>
- Sadeghi-Bazargani, H., Maghsoudi, H., Soudmand-Niri, M., Ranjbar, F., & Mashadi-Abdollahi, H. (2011). Stress disorder and PTSD after burn injuries: a prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 425-429. <https://doi.org/10.2147/NDT.S23041>
- Santos, J. V., Oliveira, A., Costa-Pereira, A., Amarante, J., & Freitas, A. (2016). Burden of burns in Portugal, 2000–2013: a clinical and economic analysis of 26,447 hospitalisations. *Burns*, 42(4), 891-900. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.01.017>
- Schneider, J. C., Harris, N. L., Shami, A. E., Sheridan, R. L., Schulz III, J. T., Bilodeau, M. L., & Ryan, C. M. (2006). A descriptive review of neuropathic-like pain after burn injury. *Journal of burn care & research*, 27(4), 524-528. <https://doi.org/10.1097/01.BCR.0000226019.76946.5D>
- Schut, C., Dalgard, F. J., Bewley, A., Evers, A. W., Gieler, U., Lien, L., ... & ESDAP Study collaborators. (2022). Body dysmorphia in common skin diseases: results of an observational, cross-sectional multicentre study among dermatological outpatients in 17 European countries. *British Journal of Dermatology*, 187(1), 115-125.
- Sen, S., Greenhalgh, D., & Palmieri, T. (2012). Review of burn research for the year 2010. *Journal of burn care & research*, 33(5), 577-586. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e3182644fba>
- Serra, M. C. V. F., Gomes, D. R., Crisóstomo, M. R., & Serra, A. S. (2004). Cálculo da área queimada e indicadores para internação hospitalar. *Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu*, 43-9.

- Sheckter, C. C., Li, K., Carrougher, G. J., Pham, T. N., Gibran, N. S., & Stewart, B. T. (2020). The impact of comorbid conditions on long-term patient-reported outcomes from burn survivors. *Journal of Burn Care & Research*, 41(5), 956-962. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraa090>
- Shepherd, L., Tattersall, H., & Buchanan, H. (2014). Looking in the mirror for the first time after facial burns: a retrospective mixed methods study. *Burns*, 40(8), 1624-1634. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.03.011>
- Shokre, E. S., Mohammed, S. E. M., Elhapashy, H. M. M., Elsharkawy, N. B., Ramadan, O. M. E., & Abdelaziz, E. M. (2024). The effectiveness of the psychosocial empowerment program in early adjustment among adult burn survivors. *BMC nursing*, 23(1), 45.
- Siddiqui, S. S., Shah, I. H., Riaz, M., & Khan, Q. J. (2023). Living with visible scars: The social stigmatization of burn survivors. *The Professional Medical Journal*, 30(12), 1514-1519. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2023.30.12.7831>
- Silva, A., Marzo, J., & Del Castillo, J. G. (2019). The adaptation of the Burn Specific Health Scale-Revised (BSHS-R) into the Portuguese context. *Burns*, 45(7), 1649-1658. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.04.024>
- Silva, A., Marzo, J., & Del Castillo, J. G. (2024). Relationship between quality of life, emotional symptomology and perceived emotional intelligence in a sample of burn victims. *Burns*, 50(5), 1330-1340. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2024.02.034>
- Spronk, I., Van Loey, N. E., Sewalt, C., Nieboer, D., Renneberg, B., Moi, A. L., ... & Quality of life study group. (2020). Recovery of health-related quality of life after burn injuries: an individual

participant data meta-analysis. *PLoS one*, 15(1), e0226653.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226653>

Stoddard, F. J., Ryan, C. M., & Schneider, J. C. (2014). Physical and psychiatric recovery from burns. *Surgical Clinics*, 94(4), 863-878. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2014.05.007>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tehranineshat, B., Mohammadi, F., Mehdizade Tazangi, R., Sohrabpour, M., Parviniannasab, A. M., & Bijani, M. (2020). A study of the relationship among burned patients' resilience and self-efficacy and their quality of life. *Patient preference and adherence*, 1361-1369.

Tobiasen, J. M., & Hiebert, J. M. (1985). Burns and adjustment to injury: do psychological coping strategies help?. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 25(12), 1151-1155.

Turk, D. C., & Monarch, E. S. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*, 2.

Van Bentum, J., Nichololson, J., Bale, N., & Fadyl, J. K. (2021). Supporting people experiencing a burn injury to return to work or meaningful activity: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 49(3), 134-146.
<https://doi.org/10.15619/NZJP/49.3.04>

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Viking.

- Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American journal of clinical dermatology*, 4, 245-272. <https://doi.org/10.2165/00128071-200304040-00004>
- Van Loey, NE (2020). Psychological impact of living with scars after burns. *Textbook on scar management: state-of-the-art management and emerging technologies* , 429-434.
- Wallis, H., Renneberg, B., Ripper, S., Germann, G., Wind, G., & Jester, A. (2006). Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. *Journal of Burn Care & Research*, 27(5), 734-741. <https://doi.org/10.1097/01.BCR.0000238094.33426.0D>
- Wanjeri, JK, Kinoti, M. and Olewe, TH (2018). Risk factors for burns and fire safety awareness among hospitalized patients in a public hospital in Nairobi, Kenya: a case-control study. *Burns* , 44 (4), 962-968. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.11.007>
- Wasiak, J., Lee, SJ, Paul, E., Mahar, P., Pfitzer, B., Spinks, A., ... & Gabbe, B. (2014). Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn injury. *Burns* , 40 (4), 568-574. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.01.021>
- Watson, J. D., & Perrin, P. B. (2022). Relations among stigma, quality of life, resilience, and life satisfaction in individuals with burn injuries. *European Burn Journal*, 3(1), 145-155. <https://doi.org/10.3390/ebj3010012>
- Wiechman, S., Hoyt, M. A., & Patterson, D. R. (2020). Using a biopsychosocial model to understand long-term outcomes in persons with burn injuries. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 101(1), S55-S62. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.01.029>
- Willemse, H., Geenen, R., Egberts, M. R., Engelhard, I. M., & Van Loey, N. E. (2023). Perceived stigmatization and fear of negative evaluation: Two distinct pathways to body image

dissatisfaction and self-esteem in burn survivors. *Psychology & health*, 38(4), 445-458.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1970160>

Williams, NR, Davey, M. and Klock-Powell, K. (2003). Rising from the ashes: stories of recovery, adaptation and resilience in burn survivors. *Social Work in Health* , 36 (4), 53-77.

https://doi.org/10.1300/J010v36n04_04

Wisely, J. A., & Tarrier, N. (2001). A survey of the need for psychological input in a follow-up service for adult burn-injured patients. *Burns*, 27(8), 801-807.

Won, P., Bello, M. S., Stoycos, S. A., Carrera, B. T., Kurakazu, D. M., Briere, J., ... & Yenikomshian, H. A. (2021). The impact of peer support group programs on psychosocial outcomes for burn survivors and caregivers: a review of the literature. *Journal of Burn Care & Research*, 42(4), 600-609. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irab042>

Woolard, A., Bullman, I., Allahham, A., Long, T., Milroy, H., Wood, F., & Martin, L. (2022). Resilience and posttraumatic growth after burn: a review of barriers, enablers, and interventions to improve psychological recovery. *European Burn Journal*, 3(1), 89-121. <https://doi.org/10.3390/ebj3010009>

Yu, B. H., & Dimsdale, J. E. (1999). Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 20(5), 426-433.

Apêndices

Apêndice A: Folha de informação ao participante

“Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras”

Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa

Investigadora: Sofia Simões Ferreira da Palma

Orientador: Túlia Maia Cabrita

Folha de Informação ao Participante

A presente investigação insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e tem como objetivo explorar, de que forma é que as experiências de trauma vivenciadas pelos sobreviventes de queimaduras, bem como a sua resiliência, influenciam na autoestima, perceções de estigma e preconceito dos sobreviventes. A decisão de participar nesta investigação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização ou obrigação de justificação. Caso decida aceitar, serão recolhidas várias informações da sua vida pessoal, nomeadamente a nível individual e história clínica. A presente Folha de Informação ao Participante ser-lhe-á entregue, devendo lê-la com atenção, colocar questões se as tiver e, de seguida, assiná-la. O mesmo documento deverá também ser assinado pela investigadora e ficará na posse do participante. De seguida, ser-lhe-á apresentado o consentimento informado, documento no qual aceita participar na investigação, devendo ser assinado por ambas as partes que ficará na posse da investigadora. Durante a aplicação dos protocolos, a investigadora irá preencher o Questionário Sociodemográfico e Clínico com base nas informações que lhe irá prestar. De seguida, irá proceder-se a realização da entrevista, na qual é solicitado o consentimento do participante para a gravação em áudio do mesmo, para a posterior transcrição, sendo estes dados apenas mantidos durante o período de realização do estudo e apagados posteriormente.

O preenchimento do questionário socio-demográfico e da realização da entrevista não deverá exceder mais do que 1 hora e 30 minutos e será feito somente numa única sessão. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar a investigadora através do endereço do email: sofiapalma1903@gmail.com

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ____/____/____

Apêndice B: Consentimento Informado

Eu, _____, aceito colaborar como participante na investigação “Trauma, resiliência e estigma em sobreviventes de queimaduras” que está a ser desenvolvida no âmbito da tese de mestrado integrada no curso de Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da professora doutora _____.

Declaro que:

- a) Li e compreendi a informação presente no documento “Informação ao Participante”, tendo-me sido facultada uma cópia desse documento, e dada a oportunidade de colocar todas as questões que considere necessárias;
- b) Tenho presente que a participação neste estudo é voluntária, que poderei recusar-me a participar no mesmo ou, caso pretenda participar, posso desistir em qualquer momento do mesmo, sem qualquer prejuízo;
- c) Compreendi que as nossas identidades serão salvaguardadas e que todos os dados fornecidos serão apenas utilizadas para o estudo em questão e o seu uso será feito exclusivamente pela investigadora;

Local e data: _____, ____/____/____

Assinaturas

O/A participante _____

A investigadora _____ (Sofia Simões Ferreira da Palma)

Apêndice C: Questionário Socio-Demográfico

Código _____

Data da aplicação: ____/____/____ **Telefone:** _____

Email: _____

Género: _____

1. Idade: _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

2. Sexo:

(1) Feminino

(2) Masculino

(3) Outro

3. Nacionalidade?

(1) Portuguesa

(2) Estrangeira, indique o país: _____

4. Residência: _____

5. Estado civil?

(1) Solteira (2) Casada (3) União de facto (4) Separada (5) Divorciada (6) Viúva

6. Anos de escolaridade: _____

7. Profissão principal: _____

8. Estatuto laboral

(1) Com emprego (2) Desempregado (3) De baixa (4) Reformado

9. Tem filhos?

(1) Sim

(2) Não

Se sim, quantos? _____

10. Data da Queimadura: ____/____/____

11. Causa da Queimadura:

(1) Fogo

(2) Substâncias Químicas

(3) Eletricidade

(4) Líquidos Quentes

(5) Outros: _____

12. Foi no próprio dia hospitalizado?

(1) Sim

(2) Não

13. Localização da queimadura no corpo:

(1) Cabeça/Face

(2) Tronco

(3) Braços/Mãos

(4) Pernas/Pés

(5) Outros: _____

14. Qual foi o grau de queimadura ?

15. Quanto tempo ficou hospitalizado? _____

16. Foi a primeira vez que esteve internado?

(1) Sim

(2) Não

17. Recebia visitas enquanto estava internado?

(1) Sim

(2) Não

18. Partilhava quarto com mais algum doente?

(1) Sim

(2) Não

19. Foi necessário a realização de excertos de pele?

(1) Sim

(2) Não

20. Foi-lhe recomendado tratamento farmacológico após a alta hospitalar?

(1) Sim

(2) Não

Se sim qual(is): _____

21. Após a alta hospitalar, quanto tempo mais ficou de baixa em casa até voltar à escola/trabalho?

22. Possui alguma doença crónica?

(1) Sim

(2) Não

Se sim, qual(is): _____

Anexos

Anexo A: Guião de Entrevista

1. Lembra-se de como ocorreu o seu acidente?
2. Quais foram as maiores dificuldades sentidas durante o período de internamento? Fale-me um pouco sobre o processo de internamento, partes do corpo queimadas, tratamentos recebidos e as visitas hospitalares a que tinha direito.
3. Como é que se sentiu ao partilhar quarto com outro doente? Em caso de isolamento, como foi esse processo para si?
4. Quais foram as maiores dificuldades sentidas após a alta hospitalar?
5. Recorreu a algum tipo de intervenção psicológica durante o período de internamento e após a alta hospitalar?
6. Como é que descreveria a sua jornada desde o momento do acidente até ao momento atual?
7. Quais foram os maiores desafios físicos e emocionais que enfrentou durante o processo de recuperação?
8. Encontrou alguma estratégia de enfrentamento que tenha sido especialmente eficaz para conseguir lidar com a dor ou o trauma?
9. Como é que lida com as cicatrizes visíveis e as mudanças físicas que ocorreram no seu corpo?
10. Quais os estigmas ou desafios sociais que enfrentou como resultado das queimaduras quando voltou à rotina do quotidiano?
11. Poderia partilhar alguma história ou experiência que tenha sido impactante durante o seu processo de recuperação?
12. De que forma é que o acidente e as queimaduras resultantes do mesmo mudaram a sua perspetiva sobre a vida e as suas prioridades?
13. Como é que o trauma inicial do acidente impactou a sua saúde mental e emocional?

14. Quais são os aspetos da sua personalidade ou da sua vida que considera terem contribuído para a sua resiliência durante este período difícil de vida?
15. Como é que as queimaduras afetaram a sua autoestima e a sua perceção de si mesmo?
16. Já teve alguma experiência de discriminação devido às suas queimaduras? Como é que lidou com essa situação?
17. Qual é a importância de aumentar a consciencialização e a compreensão sobre as questões enfrentadas por pessoas que sobreviveram a queimaduras?
18. Que consequências positivas e negativas as queimaduras causaram na sua vida?