



Avaliação da Qualidade de Vida de Vítimas de Escalpelamento com Perda de Pavilhão Auricular a Partir do WHOQOL-BREF

GOMES, Andressa Pedrosa ^[1], SOARES, Gabriela Garcia Amaral ^[2], SANTOS, Mara Ferreira dos ^[3], RUIVO, Maria do Socorro da Silva ^[4]

GOMES, Andressa Pedrosa; et. al. **Avaliação da Qualidade de Vida de Vítimas de Escalpelamento com Perda de Pavilhão Auricular a Partir do WHOQOL-BREF**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 05, Vol. 05, pp. 312-358, Maio de 2018. ISSN:2448-0959

Resumo

INTRODUÇÃO: O escalpelamento é um trauma comum na região Norte do Brasil, que ocorre pelo contato acidental dos cabelos longos com o eixo rotativo do motor das embarcações, arrancando o couro cabeludo de forma abrupta, provocando sequelas físicas, sofrimento psíquico e emocional que permanecem durante toda a vida dessas vítimas. Se tratando do escalpelamento total com perda do pavilhão auricular, gera mais sequelas, como prejuízo na audição. A qualidade de vida envolve seis domínios principais na vida de um indivíduo: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. **OBJETIVOS:** Avaliar a QV relacionada a saúde de vítimas de escalpelamento com perda do pavilhão auricular por eixo de motor de barco; Traçar o perfil sociodemográfico e cultural das vítimas de escalpelamento selecionadas para cirurgia de implante de prótese auricular; Descrever e analisar a QV das vítimas do escalpelamento nos domínios físico, psicológico relacionamento social e meio ambiente do WHOQOL-Bref; Construir produção científica sobre QV das vítimas que sofreram escalpelamento com perda do pavilhão auricular. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma análise descritiva, transversal e quantitativa com 16 vítimas de escalpelamento com perda de pavilhão auricular por motor de barco. Utilizou-se um formulário sociodemográfico e o questionário Whoqol-Bref, com 26 perguntas organizadas em quatro domínios: físico, psicológico, relacionamento social, meio ambiente e avaliação geral da qualidade de vida. Efetuou-se tratamento estatístico dos dados por meio do programa BioEstat 5.0. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os dados sociodemográficos influenciam diretamente na qualidade de vida. Quanto a renda familiar 43,75% sobrevivem com um salário mínimo, quanto ao grau de instrução 43,75% possuem ensino fundamental incompleto. Na avaliação dos domínios pelo Whoqol-Bref, os escores dos domínios foram: Percepção da qualidade de Vida (2,5), Satisfação com a saúde (2,3), Domínio Psicológico (2,7) e o Domínio Meio Ambiente (2,8) foram classificados como necessitam melhorar. Domínio Físico (3,2) e

Domínio Relações Sociais (3,4), foram classificados como regulares. O resultado final de todos os domínios evidenciou que a qualidade de vida das vítimas entrevistadas está entre regular e necessita melhorar. **CONCLUSÃO:** Percebe-se que há necessidade de melhorar a qualidade de vida de vítimas de escalpelamento com perda do pavilhão auricular e melhorar sua reinserção à sociedade após o tratamento para que vivam em harmonia com trabalho, educação, saúde, segurança. Necessitam também de políticas públicas direcionadas para essa clientela visando melhorias na qualidade de vida.

Palavras-chave: Escalpelamento, Perda do Pavilhão Auricular, Qualidade de Vida, WhoqolBref.

1. Introdução

1.1 Tema em estudo

Escalpelamento é uma lesão traumática causada por avulsão parcial ou total do couro cabeludo. É comum na população ribeirinha da Amazônia e é provocado pelo contato dos longos cabelos das vítimas com o eixo do motor em alta rotação, exposto no meio da embarcação, e que desenvolve grande força de tração nos cabelos. Este tipo de trauma além de oferecer risco de vida pela hemorragia causa perda irreparável no couro cabeludo (BRITTO et al., 2004).

O escalpelamento pode ser classificado em parcial quando afeta somente os tecidos moles, e total (incompleto ou completo), em casos mais graves, quando expõe os ossos da calota craniana e todo ou uma parte do couro cabeludo é separado da abóbada, embora continue a ser anexado à pele adjacente por um pedículo, com extensão variável. No escalpelamento total, o couro cabeludo é completamente descolado da calota craniana e da pele adjacente e envolve muitas outras estruturas, tais como: porção cutânea da região frontal, pálpebras e orelhas (MAGNO et al., 2012).

Este tipo de trauma é típico dos rios da Amazônia, neste cenário as comunidades ribeirinhas constituem grupos populacionais com características muito peculiares. Vivendo as margens dos rios, esses grupos desenvolvem formas particulares de usos dos recursos naturais, particularmente com o rio, onde têm os barcos como meio de transporte e sobrevivência, vivendo da comercialização de suas produções agrícolas, agropecuárias, da pesca, entre outros (LIMA, 2006).

O escalpelamento ocorre na maioria das vezes por falta de uma proteção nos motores dos barcos e em maior quantidade em pessoas do sexo feminino, por possuírem cabelos longos, traço característico na maioria das nortistas e da cultura de alguns povos indígenas. A escolha desse tipo de motor, de centro, se dá pelo baixo custo, por ser mais econômico e funcionar a diesel, bem como pelas suas proporções - é menor que o motor de popa, permitindo navegação por pequenos igarapés (LIMA, 2006).

O escalpelamento provoca sequelas físicas, além de sofrimento psíquico e emocional que permanecem durante o tratamento e no decorrer da vida dessas vítimas, já que acarreta danos à sua autoestima, ao humor, às relações familiares, à percepção corporal, comprometimento da autoimagem e prejuízo socioeconômico, pois sofrem preconceitos por sua aparência. Se tratando do escalpelamento total com perda do pavilhão auricular, gera mais sequelas, como prejuízo na audição.

A qualidade de vida é severamente comprometida por defeitos físicos, especialmente quando envolve a região orofacial, como os defeitos auriculares ou a perda do pavilhão, pois levar a vida com uma

deformidade física pode ser muito estressante e deprimente. Uma deformidade física afeta o paciente no bem estar emocional, mental, social e psicológico.

Segundo Adriano et. al., (2000) a Qualidade De Vida (QV) de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc. O autor ressalta que a Qualidade de Vida varia de acordo com a cultura da região.

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como a percepção da pessoa quanto a sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores, nos quais ela vive e, também, quanto a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa concepção inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHOQOL GROUP, 1995).

De acordo com Minayo et al., (2000), o tema qualidade de vida é visto por vários prismas, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, de forma genérica, ele se baliza na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais importante. Nesse sentido qualidade de vida é um termo que não se restringe a um tema específico, contudo ao conjunto de elementos que devem ser desenvolvidos de forma conjunta, deve ser balizado em uma visão holística.

Os instrumentos mais relacionados à análise de condições gerais da QV enfatizam questões sobre domínios físicos (dor, fadiga, capacidades e limitações), psicológicos (percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal), relações sociais (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais), nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade para o trabalho) e noções sobre o bem estar (corporal, emocional, saúde mental e vitalidade).

Segundo Seidl e Zannon (2004) o termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

1.2 Justificativa

Esta pesquisa tem como objeto de estudo conhecer a percepção de QV de vítimas escarpeladas com perda do pavilhão auricular no Estado do Pará, atendidas em um hospital público de referência no atendimento deste perfil de pacientes. O que despertou nosso interesse em estudar essa temática foi a experiência como alunas em estágio na FSCMPA, onde é prestado o atendimento a pacientes vítimas de escarpelamento, o que nos permite ter contato direto com essas vítimas.

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), está sendo o primeiro hospital do Brasil a realizar a cirurgia de implante de prótese auricular em vítimas de escarpelamento por motor de embarcação. A cirurgia de implante de prótese auricular já existia para pessoas com câncer e outros tipos de acidentes, mas nunca em vítimas de Escarpelamento por motor de embarcação. Apesar de ser uma grande problemática da região Norte, essas vítimas não estavam sendo assistidas por completo quanto aos

enfrentamentos gerados pelo escalpelamento total com perda do pavilhão auricular.

O escalpelamento é um acidente corriqueiro que a população ribeirinha enfrenta, sendo a mulher maioria das vítimas, por conta do comprimento do cabelo. Esse arrancamento do couro cabeludo traz às vítimas muitas consequências em sua imagem, pois é uma ferida que abrange a face, o que as pessoas tanto prezam e se preocupam que é a sua autoimagem. Essa vítima se sente “feia”, fica com baixa autoestima, não quer se olhar no espelho e nem aparecer em público por conta da sua imagem. Dependendo da gravidade do acidente, pode até ser arrancado o pavilhão auricular, sendo essas vítimas que vão ser submetidas a cirurgia de implante de prótese auricular. Uma pessoa sem a orelha não tem como utilizar um óculos, pois não tem onde apoiar. Se ela quiser ler um livro e tiver alguma deficiência visual que necessite de óculos, como ela vai fazer? As lentes de contato são caras e as vítimas de escalpelamento são da população ribeirinha. Esse passo na vida dessas vítimas traz muita esperança de mudança na qualidade de vida, sendo também um grande marco para o estado do Pará por ser o pioneiro nesse tipo de cirurgia em vítimas de escalpelamento por motor de barco.

Nas bibliografias consultadas, não foi encontrada nenhuma pesquisa abordando a qualidade de vida das vítimas pós-acidente como consequência a perda do pavilhão auricular usando o instrumento WHOQOL-Bref, merecendo, portanto, sua pesquisa na intenção de provocar aos profissionais de saúde reflexões de suas ações no âmbito do cuidado em saúde.

Através da pesquisa haverá a oportunidade de conhecer o processo de reinserção dessas vítimas na comunidade e sua percepção quanto a sua QV atual com a intenção de observar possíveis ações que possam estar dificultando a recuperação total dessas vítimas, tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, o que prejudica sua inserção na comunidade. Portanto, a intenção da pesquisa além de conhecer a QV dessas vítimas é sensibilizar a equipe de saúde hospitalar, para uma reflexão a respeito do assunto e avaliações nas práticas assistenciais dessa clientela além de encaminhar os resultados para Comissão Estadual de Erradicação do Acidente com Escalpelamento (CEEAE) na intenção de garantir melhoramentos nas políticas públicas direcionadas a essas vítimas.

1.3 Problematização

O processo de humanização dos serviços de saúde, segundo Maciak, Sandri e Spier (2009), nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar oportunidades. Viu-se neste sentido a oportunidade de pesquisa e a necessidade de realizar um estudo que mostre qual a QV de vítimas de escalpelamento com perda do pavilhão auricular para assim subsidiar novas práticas assistenciais, e melhorar a atenção à saúde.

O escalpelamento é trauma comum na região Norte do Brasil. Este acidente ocorre devido a uma somatória de fatores, tais como: falta de dispositivo de segurança, uso de cabelos longos, falta de informações acerca do perigo de viajar neste tipo de embarcação com os cabelos longos, problemas socioeconômicos (por ser o meio de transporte da região com baixo custo), dentre outros. O trauma ocorre quando as vítimas, por algum motivo se aproximam do eixo do motor descoberto sem um dispositivo de segurança como: tampa, carenagem ou capa (BECKMAN E SANTOS, 2004).

O escalpelamento desencadeia um aglomerado de sequelas psíquicas que surgem durante o tratamento e

perduram por toda a vida do paciente, sendo observadas: a baixa autoestima e a distorção da identidade corporal aparecendo como uma forma de fragilidade, devido à perda do cabelo e às cicatrizes deixadas pelo acidente. Apresentam também medo da morte e saudade da família, uma vez que as vítimas acabam por perder o vínculo familiar pela necessidade de tratamento das lesões, ficando isolado dos familiares e dos amigos. A saudade dos familiares é acompanhada de estresse e insegurança (CUNHA et al., 2012). Na opinião de Lima (2006, p. 5):

(...) nos hospitais, a realidade parece ser uma. Passam os dias com a cabeça envolvida por curativos, não tendo acesso a espelhos ou mesmo ao juízo alheio, já que o ambiente ético não permite. Porém, ao retornar para casa, elas se defrontam com diferentes situações, as quais são pontuadas pela sua nova aparência física, pois estão sem cabelo, com curativos na cabeça e, posteriormente, apresentam cicatrizes.

Considerando as diversas sequelas citadas acima, é fundamental que o profissional enfermeiro tenha sua assistência fundamentada sob uma perspectiva humanizada, holística e multidisciplinar haja vista as sequelas físicas e as repercussões psicossociais provenientes do escalpelamento, em especial quando ocorre a perda do pavilhão auricular, é inaceitável não relacioná-las com a qualidade de vida das vítimas desse trágico acidente.

A partir do interesse pelo assunto, seguido da busca de pesquisas e estudos relacionados ao tema, constatou-se que pouco havia pesquisas publicadas abordando essa temática; dando enfoque maior aos aspectos epidemiológicos. Também se encontrou pesquisas relacionadas à satisfação de vida com outras temáticas, porém quando se buscou qualidade de vida relacionada ao escalpelamento com perda de pavilhão auricular, não foi encontrado nenhuma pesquisa.

Com base no que foi descrito, formulou-se a problemática de pesquisa: Qual a QV das vítimas mutiladas pelo escalpelamento com perda pavilhão auricular por eixo de motor de barco?

2. Objetivos

2.1 Geral

- Avaliar a Qualidade de Vida (QV) relacionada à saúde de vítimas de escalpelamento com perda do pavilhão auricular por eixo de motor de barco.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico e cultural das vítimas de escalpelamento selecionadas para cirurgia de implante de prótese auricular;
- Descrever e analisar a QV das vítimas do escalpelamento nos domínios físico, psicológico relacionamento social e meio ambiente do WHOQOL-Bref;

3. Bases conceituais

3.1 Qualidade de vida

Qualidade de vida (QV) é uma expressão comumente utilizada. Reveste-se de grande complexidade, dada à subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social, podendo significar felicidade, harmonia,

saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança. Enfim, QV também pode significar todo esse conjunto de atributos e/ou benefícios (QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

Pode-se dizer também que a QV de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais, emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc (ADRIANO et al., 2000).

Segundo a OMS, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Diz-nos que a qualidade de vida pode variar de acordo com a cultura da pessoa, e que influencia em cada pessoa, dependendo de seus objetivos e suas expectativas na vida. Alguns aspectos observados na qualidade de vida são comuns e universais, como o bem estar físico, psicológico, relações sociais, ambiente, nível de independência e crenças pessoais ou religiosidade (WHOQOL, 1995).

Neste aspecto, a qualidade de vida é expressa por fatores objetivos e subjetivos. O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (MINAYO et al., 2000).

Nesse direcionamento, pode-se entendê-la como uma dimensão eminentemente humana relacionada ao grau de satisfação vivenciada pelo indivíduo nos diferentes segmentos: familiar, social e ambiental, inserindo as normas culturais que normatizam o padrão de bem-estar e conforto de uma determinada comunidade (MINAYO et al., 2000).

No âmbito formal, a qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1999).

3.2 Estado do Pará

O Estado do Pará é o mais populoso da Região Norte, com 7.581.051 habitantes. Tem extensão territorial de 1.247.955,381 Km², o que o caracteriza como o segundo maior estado brasileiro. Conta com 144 municípios e tem densidade demográfica de aproximadamente 6,07 hab/Km². Por conta da distribuição dos municípios no estado ser feita de forma geograficamente complexa, considerando-se localização e distância, desencadeia uma série de problemas quanto ao deslocamento da população, resultando em distribuição desigual entre território e população, sendo que 68,5% da população concentra-se na área urbana e 31,3% na área rural (IBGE, 2010).

Um dos maiores problemas dessa necessidade de deslocamento da população é o escalpelamento. A Secretaria de Estado de Saúde Pública (2015) afirma: “Esse tipo de agravo é muito recorrente no Pará, cujas características geográficas contribuem para que a população utilize as embarcações como meio de transporte principal, sobretudo às proximidades de festas religiosas e períodos de férias escolares”.

Dos 144 municípios paraenses, as 21 localidades com maior incidência de casos são Abaetetuba, Afuá, Anajás, Bagre, Barcarena, Breves, Cametá, Chaves, Currálinho, Igarapé- Miri, Juruti, Limoeiro do Ajuru, Melgaço, Moju, Muaná, Oeiras do Pará, Oriximiná, Gurupá, Portel, Prainha e São Sebastião da Boa Vista. Nos anos anteriores, dez casos foram registrados em 2013, onze, em 2014 e dez em 2015 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2016).

O estado do Pará possui registro de 450 vítimas de acidente com escalpelamento por eixo de motor de barco, distribuídas nos municípios do Marajó, da região Metropolitana, região Nordeste, região do Baixo Tocantins e Tapajós (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2015).

Os municípios com população residente nas áreas ribeirinhas têm como principal via de deslocamento de pessoas, barcos de pequeno porte de uso familiar, de fabricação artesanal. O eixo dessas embarcações fica desprotegido ou possuem uma proteção improvisada de madeira que são facilmente removidas por qualquer tripulante da embarcação, o que acaba por expor seus usuários a acidentes (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2010).

Na cultura ribeirinha os barcos são os elos de socialização dos indivíduos. A rua é o próprio rio, é ele que dá acesso à vida social e leva ao trabalho, a escola, a igreja, ao lazer, aos familiares e amigos. O rio é esse espaço de satisfação de necessidades materiais e de construção de simbologias de vida e cultura (MATOS; BORGES; BARBOSA, 2007).

Estima-se que no Pará existam cerca de cem mil embarcações sem registros oficiais na Capitania dos Portos, e a maioria delas, construídas de forma artesanal. O difícil controle das embarcações se dá pela vastidão territorial do Pará, onde dos 144 municípios paraenses, 72 têm influência hidrográfica.

3.3 Considerações Morfofisiológicas do Couro Cabeludo

A pele e suas estruturas anexas – pelos e unhas, juntamente com várias glândulas, músculos e nervos, compõem o sistema tegumentar. Esse sistema é responsável pelo revestimento corpóreo, protege a integridade física e bioquímica do corpo, mantém a temperatura corpórea constante e fornece informações sensoriais sobre o ambiente circundante. Estruturalmente, a pele consiste em duas partes principais: Epiderme, que é a parte superficial, e também a mais fina, composta por tecido epitelial; Derme, que é mais profunda e consiste em tecido conjuntivo e, mais profundamente e não fazendo parte da pele, a camada subcutânea. Também chamada de hipoderme, essa camada consiste em tecidos areolar e adiposo, e funciona como depósito de gorduras, contendo também grandes vasos sanguíneos que suprem a pele. Essa região também contém terminações nervosas chamadas de corpúsculos lamelares que são sensíveis à pressão (TORTORA E GRABOWSKI, 2002).

O couro cabeludo é formado por pele (normalmente com pelos) e tecido subcutâneo, que cobrem o neurocrânio, a partir das linhas nucais superiores no osso occipital até as margens supra-orbitais do osso frontal. Lateralmente, o couro cabeludo estende-se sobre a fáscia temporal até os arcos zigomáticos. O couro cabeludo é formado por cinco camadas, cujas três primeiras estão intimamente unidas e movem-se como unidade (por ex., ao enrugar a fronte e movimentar o couro cabeludo). As camadas são: pele, tecido conjuntivo, aponeurose, tecido conjuntivo frouxo e pericrânio (MOORE E DALLEY, 2007).

Pele: fina, exceto na região occipital, contendo muitas glândulas sudoríparas e sebáceas e folículos

pilosos. Possui suprimento arterial abundante e boa drenagem venosa e linfática; Tecido conjuntivo: forma a camada subcutânea espessa, densa e ricamente vascularizada, bem suprida por nervos cutâneos; Aponeurose epicrânica: a lâmina tendínea larga e forte que cobre a calvária e serve como fixação para ventres musculares que convergem da frente e do músculo occipitofrontal e dos ossos temporais de cada lado (os músculos temporoparietal e auricular superior). Coletivamente, essas estruturas constituem o músculo epicrânico. O ventre frontal do occipitofrontal puxa o couro cabeludo anteriormente, enrugando a frente e eleva as sobrancelhas; o ventre occipital do occipitofrontal puxa o couro cabeludo posteriormente, alisando a pele da frente. O músculo auricular superior eleva a orelha. Todas as partes do epicrânio são inervadas pelo nervo facial (MOORE E DALLEY, 2007).

Tecido conjuntivo frouxo: uma camada esponjosa incluindo espaços virtuais que podem ser distendidos por líquido em virtude da lesão ou infecção. Essa camada permite livre movimento do couro cabeludo propriamente dito (as três primeiras camadas – pele, tecido conjuntivo e aponeurose epicrânica) sobre a calvária subjacente. Pericrânio: uma camada densa de tecido conjuntivo que forma o perióstio externo do neurocrânio. Está firmemente fixado, mas pode ser arrancado com facilidade do crânio de pessoas vivas, exceto nos locais onde o pericrânio é contínuo com o tecido fibroso nas suturas do crânio (MOORE E DALLEY, 2007).

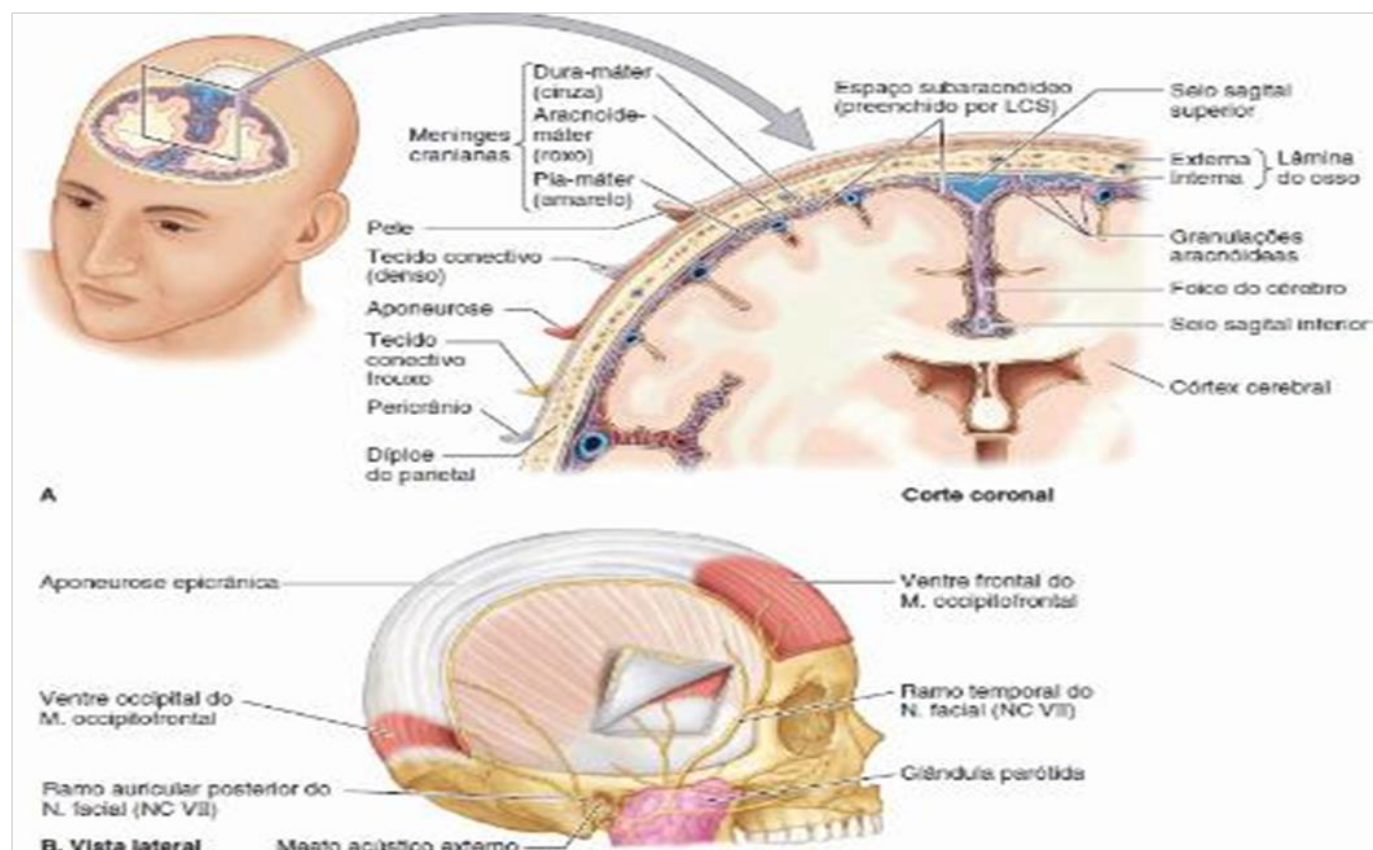


Figura 1 - Fonte: MOORE; DALLEY, 2007.

3.3.1 Receptores sensoriais

Diversas características, estruturais e funcionais, dos receptores sensoriais podem ser usadas para agrupá-los em diferentes casos. Ao nível microscópico, os receptores sensoriais podem ser (1) terminações nervosas livres, (2) terminações nervosas encapsuladas nos dendritos dos neurônios sensoriais de primeira ordem, ou (3) células individuais que fazem sinapse com neurônios sensoriais de primeira ordem (TORTORA GRABOWSKI, 2002).

As terminações nervosas livres são dendritos sem qualquer revestimento, que muitas vezes não apresentam especializações estruturais visíveis. Os receptores de dor, temperatura, cócegas, prurido e algumas sensações tácteis são terminações nervosas livres.

Os receptores para outras sensações somáticas e viscerais, como as do tato, pressão e vibração, são terminações nervosas encapsuladas. Seus dendritos são revestidos por cápsula de tecido conjuntivo, com estrutura microscópica distintiva, por exemplo, corpúsculos lamelares (de pacini). Os receptores sensoriais para os sentidos especiais da visão, da audição, do equilíbrio e do paladar consistem em células especializadas que fazem sinapse com neurônios sensoriais de primeira ordem (TORTORA GRABOWSKI, 2002).

Outro modo de se agrupar os receptores sensoriais é de acordo com o tipo de estímulo que podem detectar: os mecanorreceptores detectam a pressão mecânica, o estiramento, a ativação dos mecanorreceptores produz percepções de tato, pressão, propriocepção, audição e equilíbrio; os

termorreceptores detectam as variações da temperatura; os nociceptores respondem a estímulos resultantes de lesão, física ou química, dos tecidos, produzindo a sensação de dor; os fotorreceptores detectam a luz que incide sobre a retina dos olhos; os quimiorreceptores detectam substâncias químicas na boca (paladar), no nariz (olfato) e nos líquidos corporais. As sensações tácteis são as de tato, pressão e vibração, além das de prurido e de cócegas (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

3.3.2 Sensações tácteis

Os receptores tácteis na pele ou na camada subcutânea incluem corpúsculo para o tato, plexo das raízes dos pelos, mecanorreceptores cutâneos dos tipos I e II, corpúsculos lamelares e terminações nervosas livres. As sensações de tato resultam geralmente da estimulação de receptores tácteis na pele ou na camada subcutânea (TORTORA E GRABOWSKI, 2002).

Os corpúsculos do tato, ou corpúsculo de Meisser, são receptores para o tato discriminativo, localizados nas papilas dérmicas da pele glabra, especialmente na ponta dos dedos e nas palmas das mãos. Os plexos das raízes dos pelos são receptores de adaptação rápida, encontrados na pele com pelos; consiste em terminações nervosas livres e enroladas em torno dos folículos pilosos (TORTORA E GRABOWSKI, 2002).

Os mecanorreceptores cutâneos do tipo I também conhecidos como disco tácteis, ou de Merkel, atuam no tato discriminativo. Os discos de Merkel são terminações livres e achatadas, em forma de pires, fazem contato com as células de Merkel no estrato basal. A pressão é uma das sensações mantidas, que é sentida em área maior que o tato. Os receptores que contribuem para a sensação de pressão incluem os corpúsculos do tato, os mecanorreceptores cutâneos do tipo I e corpúsculos lamelares (TORTORA E GRABOWSKI, 2002).

A sensação de vibração resulta de sinais sensoriais, rapidamente repetitivos, originados em receptores tácteis. Os receptores para as sensações vibratórias são os corpúsculos do tato e os corpúsculos lamelares. A sensação de prurido resulta da estimulação de terminações nervosas livres por certas substâncias químicas, como a bradicinina, muitas vezes como resultado da resposta inflamatória local. As terminações nervosas livres e os corpúsculos lamelares medeiam às sensações de cócegas- o único tipo de sensação que você não consegue produzir em si mesmo. Os termorreceptores são terminações nervosas livres, com campos receptivos com diâmetro de 1mm, localizados na superfície da pele (TORTORA E GRABOWSKI, 2002).

3.4 Escalpelamento

O Brasil possui a maior bacia hidrográfica do mundo de rios permanentemente navegáveis. A bacia hidrográfica da região é constituída pelo rio Amazonas e seus principais afluentes, onde há rios, igarapés e furos distribuídos por toda região Norte e em parte da região Centro Oeste do País. Na região amazônica os rios equivalem às ruas e estradas para as comunidades ribeirinhas, são pequenas comunidades que moram a margem dos rios, e utilizam em seu dia a dia os barcos como o principal meio de transporte para frequentar escolas, igrejas e até mesmo para se locomover para seu trabalho. O acidente nos rios está se tornando cada vez mais frequente devido o uso de embarcações que não possuem proteção no eixo do motor. O escalpamento consiste no arranchamento brusco parcial ou total do couro cabeludo como também partes da face, sobrancelha e orelha (FERREIRA et al., 2014).

O escalpe pode ser classificado como parcial ou total. No escalpe parcial pode afetar tecidos moles, e em casos mais graves chegam a expor os ossos do crânio, restando couro cabeludo. No escalpe total, além de não restar couro cabeludo, muitas estruturas podem estar envolvidas, gerando distúrbios funcionais de grandes e pequenas proporções (ARRIGO E ZERBINI, 1994).

Segundo Aita (2014), médico cirurgião plástico integrante do PAIVES, responsável pela reconstituição estética das vítimas na FSCMPA defende, o escalpamento parcial: é aquele que, mediante procedimentos cirúrgicos, é possível reconstituir o couro cabeludo; e o escalpamento total: é aquele que mesmo por meio de procedimentos cirúrgicos não é possível reconstituir o couro cabeludo.



Figura 2 - Escalpamento parcial. Fonte:

PAIVES



Figura 3 - Escalpamento total. Fonte:

PAIVES

O Escalpamento é uma lesão grave que começou a ocorrer na região amazônica por volta de 1970, quando os barcos à vela foram sendo substituídos por barcos com eixo de motor rotativo. A população ribeirinha é a mais atingida por esse acidente por residirem ao longo das margens dos rios amazônicos e que depende dessas pequenas embarcações para suas atividades cotidianas (BRITTO et al., 2004).

A alta incidência de acidentes nessa região é decorrente da associação de alguns fatores. Em geral, os motores das embarcações não apresentam dispositivos de segurança que impeçam o contato dos usuários,

permitindo que a alta rotação desenvolvida pelo eixo produza um processo de sucção dos elementos que são colocadas próximas ou em contato com ele. Além disso a questão cultural, de preferência pelo uso de cabelos longos e soltos pelas mulheres (FERREIRA et al., 2014).

O acidente de Escalpelamento geralmente acontece a partir de um ato cotidiano, de abaixar-se para retirar a água que se acumula dentro da embarcação ou para pegar algum objeto no assoalho do barco. É a partir desse movimento, que o cabelo enrosca se ao eixo do motor, que, em alta rotação, arranca o couro cabeludo de forma abrupta e traumática, provocando o escalpelamento (BRITTO et al., 2004).

Sob o ponto de vista anatômico, dentre as linhas de tracionamento em que o couro cabeludo pode ser arrancado, tem-se como mais comuns as linhas da junção do couro cabeludo com a pele da face e do pescoço, onde a pele é mais fina e mais firmemente aderida. Dessa forma, se o cabelo for inicialmente tracionado na região occipital, a pele se rompe primeiro na frente. Caso seja tracionado primeiro na frente, ocorre o inverso. Se todo o cabelo for tracionado ao mesmo tempo, a pele se rompe inicialmente nas sobrancelhas e, a seguir, na linha do zigoma, acima e em torno das orelhas ou através delas, terminando na nuca. Além do comprometimento dos tecidos moles, pode haver exposição da calota craniana, seguida de necrose isquêmica, osteíte e sequestração óssea (CUNHA et al., 2012).

O Escalpelamento mutila principalmente mulheres e crianças, sendo caracterizado por hemorragia, dor local, mialgias em regiões adjacentes, face, coluna cervical e cintura escapular, edema e hematomas em região facial, limitação funcional para amplitudes de movimentos da mimica facial, pescoço e cintura escapular; cefaleia tensional, podendo ocorrer também a perda do pavilhão auricular, sobrancelhas, pálpebras, visão, pele do rosto e pescoço, alopecia, infecção cutânea, osteomielite, meningite, otite e trauma encefálico (MAGNO et al., 2012).

O bom estado clínico do paciente é fundamental para o sucesso de sua sobrevivência devendo ser o exame físico cuidadoso, pesquisando principalmente, fraturas, depressões na calota craniana e perdas de substância encefálica. No caso de grande perda sanguínea é necessária à reposição volêmica, e em situação de dificuldade respiratória deve ser priorizada o atendimento, antes dos demais procedimentos. Devido a pouca elasticidade do couro, somente as perdas pequenas podem ser tratadas pela aproximação das bordas. Nos casos de perda extensa pode-se empregar o enxerto de pele especialmente da coxa, diretamente sobre o perióstio (BRITTO et al.,2004).

3.5 A perda do pavilhão auricular

A perda do pavilhão auricular vem como uma das consequências do Escalpelamento total, assim como a perda de outras estruturas: porção cutânea da região frontal e pálpebras (MAGNO et al.,2012). A perda do pavilhão auricular gera prejuízo na vida das vítimas, estes são, alteração na função auditiva, na articulação temporomandibular e na autoestima dessas vítimas.



Figura 4 - Fonte:

PAIVES, 2014.

Para que ocorra o processo de audição, é necessário que o pavilhão auricular apresente sua anatomia normal, com a ausência dele este processo se torna ainda mais complicado. O pavilhão auricular é responsável pela localização e condução do som para o meato acústico externo. Para Hyppolito (2005):

O sistema auditivo é constituído pelas orelhas externa, média e interna e pelas vias auditivas no sistema nervoso central. A orelha externa compreende o pavilhão auricular, o meato acústico externo e a camada superficial da membrana timpânica, com a função de amplificar a pressão sonora, proteger as orelhas média e interna e melhorar a localização de sons, permitindo uma amplificação de sons na faixa de frequências de 1500 Hz a 7.000 Hz. A orelha média compreende a cavidade timpânica, composta pela membrana timpânica (camadas intermediária e interna), cadeia ossicular com seus músculos e ligamentos, a tuba auditiva, o adito, o antro e as células mastoideas.

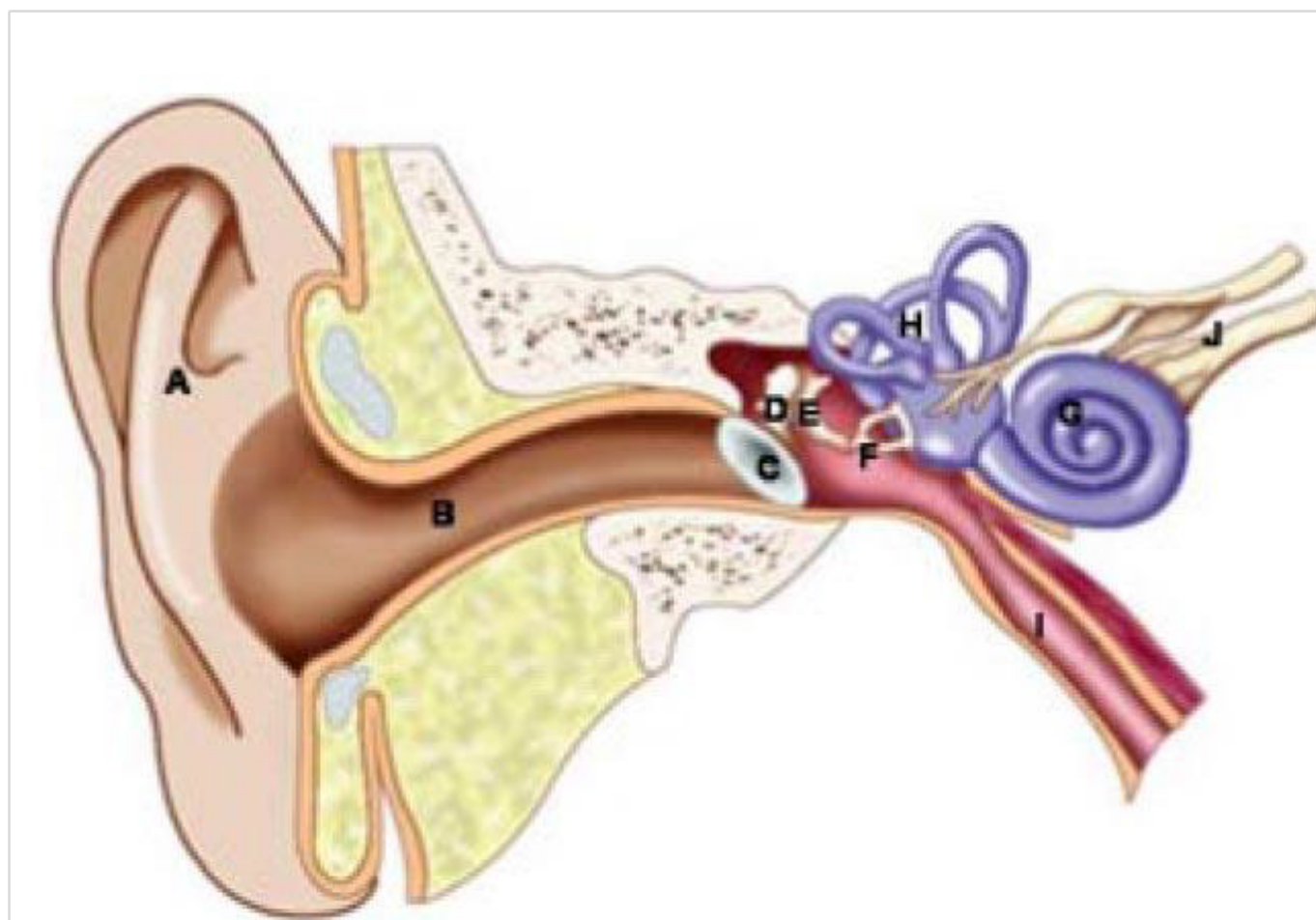


Figura 1: Esquema representativo das orelhas externa, média e interna e suas estruturas anatômicas. (A - pavilhão auricular; B – meato acústico externo; C – membrana timpânica; D – martelo; E – bigorna; F – estribo; G – cóclea (labirinto anterior); H – Canais semicirculares (labirinto posterior); I – tuba auditiva; J – nervo vestibulo coclear).

Figura 5 - Fonte: Hyppolito, M.A., 2005.

O pavilhão auricular é uma cartilagem elástica recoberta pela pele, ligamentos e músculos. Tem por função, a localização da fonte sonora (COMEDI, 2014). Hyppolito (2005) afirma que a ausência do pavilhão auricular ocasiona uma obstrução mecânica à condução do som, levando a uma perda auditiva de condução, pois sem o pavilhão o som não é transmitido para o canal auditivo de maneira adequada.

A alteração na articulação temporomandibular (ATM), envolve a questão de que devido ao traumatismo do acidente, as fibras do músculo temporal que estão próximas ao pavilhão auricular sofrem danos no momento do acidente, prejudicando o funcionamento correto dessa articulação. A ATM está envolvida com o processo da mastigação e fala.

A ATM é uma articulação complexa, altamente especializada e sem similar no esqueleto humano. Realiza aproximadamente cerca de 1.500 a 2.000 movimentos ativos por dia (GUIMARÃES, 2012). De acordo com Grossmann et al., (2015) os componentes anatômicos da ATM são: osso temporal, mandíbula,

ligamentos, membrana sinovial, fluido sinovial, disco e zona retrodiscal, nervos e vasos sanguíneos; onde a mandíbula se articula com o osso temporal, para que ocorra o processo da mastigação. Além desses componentes também estão presentes no crânio os músculos mastigatórios: masseter, temporal, pterigoideo medial e pterigoideo lateral. Todos esses componentes estão interligados e seus movimentos sincronizados, quando há um distúrbio na cinemática desse sistema, os movimentos podem se apresentar alterados ou ausentes.

Sobre o músculo temporal, suas ações estão na dependência das suas fibras, ou seja, a vertical e o feixe profundo levantam a mandíbula; as oblíquas auxiliam na protrusão mandibular e as horizontais respondem pela retrusão (GROSSMANN et al., 2015). Contudo, o pavilhão auricular encontra-se próximo ao músculo temporal, com o mecanismo do escalpelamento e conseqüente arranchamento do pavilhão auricular, as fibras do músculo sofrem danificações. Assim, podendo ocasionar alterações no mecanismo de fechamento da mandíbula e retrusão. Esse distúrbio na movimentação da mandíbula pode gerar dor na ATM e na musculatura mastigatória (GUIMARÃES, 2012).

O acidente provoca uma ruptura do esquema corporal, afetando a autoimagem e, conseqüentemente, a diminuição dessa autoestima. Essa „nova imagem? pode ser definida como a imagem mental que cada indivíduo tem de seu corpo, pois essa ruptura causa temor, angústia nos novos relacionamentos sociais (FERREIRA et al., 2014).

3.6 Fundação santa casa de misericórdia do Pará

Seguida de longas investigações, acredita-se que a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, foi fundada aos dias 24 de fevereiro de 1650, cujo fundador até hoje ainda é desconhecido. Nesse período a igreja e o albergue não eram de alvenaria e se localizavam na antiga rua Santo Antônio dos Capuchos com o Largo da Misericórdia, hoje, Praça Barão de Guajará, onde está o iminente prédio da loja Paris n' América (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ).

“Em junho de 1987, foi fundado o Museu/Arquivo Histórico da Santa Casa, objetivando preservar, pesquisar e divulgar o valioso patrimônio científico e historicocultural, inserido também na história do Pará” (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ). Nos anos seguintes houveram várias transformações locais, estruturais e de diretoria.

Na transformação da Santa Casa em Fundação Pública Estadual, em 1990 foi dado início a uma nova forma de atendimento, em que a instituição passa a trabalhar em regime de gestão colegiada, sendo a diretora presidente a médica pneumologista Angelina Serra Freire Lobo e com esta mais duas diretoras, Antonieta de Fátima Pompeu dos Santos, diretora administrativa e Maria Celina Borges Maciel, diretora técnica juntamente com 14 coordenadores, formando assim um colegiado de gerência, sendo estes responsáveis pelas decisões, pois tudo era decidido em conjunto, ou seja, diretores e coordenadores ambos trabalhavam em conjunto para a resolução dos problemas institucionais.

Em 2006, a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará foi indicada pelo Governo do estado como o Hospital de referência no atendimento às vítimas de escalpelamento por motor de barco, porém o atendimento se fazia compartimentado e várias de suas necessidades eram conhecidas, mas não resolvidas, visto não haver interação entre os profissionais, ausência destes e até mesmo número insuficiente como no caso dos Cirurgiões Plásticos, resultando em longa permanência hospitalar, altos

índices de perda de enxertos por infecção, perda do ano letivo das crianças e adolescentes, além de grandes transtornos sociais e financeiros às famílias, sem falar da falta de fluxo definindo o atendimento de urgência e emergência (COMEDI, 2014).

No ano de 2007 foi inaugurado um albergue para o acolhimento das vítimas de escarpelamento em tratamento, recebendo atendimento multidisciplinar com atividades de inclusão digital, acompanhamento do programa Educação Escolar/classe hospitalar, este é realizado pelos discentes da Secretaria de Educação, além da brinquedoteca, espaço de atividades de estimulação à leitura e atividades complementares. Já em 2008 foi lançado o Programa de Atendimento Integral às Vítimas de Escarpelamento (PAIVES), que integrou os profissionais e sistematizou as ações desenvolvidas por cada categoria, com resolutividade das diversas problemáticas resultantes dos acidentes com escarpelamento. Os objetivos do PAIVES são:

- Ofertar cobertura assistencial integral, interdisciplinar e humanizada às vítimas de escarpelamento e familiares ingressos na Santa Casa;
- Aprimorar e desenvolver tecnologias de atendimento e insumos voltados para as necessidades das (os) pacientes;
- Construção, manutenção e alimentação de banco de dados como referência técnica e de pesquisa na área;
- Capacitação continuada de pessoal técnico especializado para o atendimento desta referência.

O PAIVES conta com uma assistência especializada de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de diversas áreas tais como médicos, enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudióloga e pessoal de apoio (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, 2008).

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará também disponibiliza o Espaço Acolher, que é um local destinado a abrigar provisoriamente as vítimas de escarpelamento e seus familiares, tendo um apoio social integral. Este espaço buscar proporcionar um atendimento humanizado e adequado às vítimas de escarpelamento tratadas na instituição.

No ano de 2016 a FSCMPA é reafirmada como referência estadual em tratamento de vítimas de escarpelamento por motor de barco, quando é vencida a busca pelas cirurgias de implante de prótese auricular, que beneficiará vítimas de escarpelamento por motor de barco com perda do pavilhão auricular (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, 2016).

3.7 Cirurgia de implante de prótese auricular

O escarpelamento exige uma equipe multidisciplinar e uma rede de alta complexidade, pois provoca uma ferida extensa no couro cabeludo, podendo abranger a face da vítima. Para o tratamento é necessário uma assistência especializada, com profissionais experientes nesse tipo de ferida. A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, se tornou um hospital de referência nacional para tratamento de vítimas de escarpelamento. As vítimas atendidas pela instituição permanecem por um longo período em tratamento, estas passam por várias cirurgias reconstrutoras em busca de reparar o dano causado pelo acidente.

Muitas das vítimas assistidas pela FSCMPA obtiveram a perda do pavilhão auricular, sendo gravemente

prejudicadas por essa ausência. Este ano a instituição de referência conquistou um marco para sua história e das vítimas de escalpelamento. Ocorreram as primeiras cirurgias de implante de próteses auriculares no Brasil em vítimas de escalpelamento (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, 2016).

A cirurgia de implante de prótese auricular consiste na colocação de uma prótese para corrigir malformações congênitas ou adquiridas e ausência do pavilhão auricular.

As próteses maxilo-faciais são definidas como a arte e a ciência de restaurar uma malformação ou ausência de parte do ser humano através de meios artificiais. Próteses faciais e corporais realistas na reprodução precisa da forma e cor do ausente, em torno das estruturas opostas para camuflar a prótese. As competências esculpir e esculpir anatomia humana tem tempo para desenvolver e aperfeiçoar (WATSON; HATAMLEH, 2013).

Dessas acepções, se pode ressaltar que é um procedimento que exige dedicação e habilidade do profissional.

As próteses utilizadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, foram finalizadas de silicone, em que o material de impressão foi a cera. De acordo com a FSCMPA, 2016:

É uma prótese específica para cada paciente, feita de acordo com o biotipo de cada paciente. O procedimento cirúrgico consiste em duas etapas – a cirúrgica (instalação dos implantes de titânio na região do osso mastoide) – e a etapa protética (colocação individualizada da prótese auricular). A escultura é feita em cera, e o material final é de silicone.

Para entender melhor o procedimento Bheemalingeshwarrao et al., (2014), descreve que para proteção da pele que circunda o local da prótese deve ser aplicado gel de vaselina. Em que o canal auditivo é protegido com gaze para evitar a entrada do material utilizado para impressão. O material de impressão é elastomérico, este é usado para fazer a impressão do lado com anormalidade. Posteriormente é realizada a impressão do lado natural, sendo usado um material hidrocolóide irreversível e é obtido um molde de pedra para ser utilizado como guia para esculpir o padrão de cera. Podem-se encontrar várias técnicas para esculpir o padrão de cera. Entre essas, com os avanços da tecnologia, existe a possibilidade da fabricação desse padrão de cera através da prototipagem rápida em 3D, o que possibilita uma maior precisão na confecção das próteses. Materiais a base de silicone também estão disponíveis para confecção de próteses, mas comumente é usada resina acrílica para esse processo, pois é econômica.



Figura 6 - 1ª Etapa. Fonte: PAIVES, 2016.



Figura 7 - 2ª Etapa. Fonte: MINATI et al., 2014.

4. Metodologia

4.1 Tipo de estudo e abordagem

Trata-se de uma análise descritiva, transversal e quantitativa de vítimas escapeladas com perda de pavilhão auricular por motor de barco no estado do Pará, com objetivo de avaliar a qualidade de vida utilizando o questionário WHOQOL-Bref.

Segundo Gil (2010) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Moreira et al., (2010), Rouquayrol e Lima (2006) descrevem como estudos transversais ou de corte transversal, os que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como fotografias da realidade.

Para alcançar o objetivo geral da pesquisa foi escolhida uma abordagem metodológica de natureza quantitativa devido às características das variáveis. A pesquisa quantitativa, para Michel (2005, p. 33):

(...) se realiza na busca de resultados precisos, exatos, comprovados através de medidas de variáveis preestabelecidas, na qual se procura verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, através da análise da frequência de incidências e correlações estatísticas.

Sendo assim, este estudo também contempla características quantitativas, porque os dados coletados serão submetidos a técnicas estatísticas, trabalhando com quantidades e percentuais.

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido nas dependências da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), instituição referência no atendimento de vítimas de escarpelamento no Estado do Pará.

4.3 Cenário da pesquisa

A pesquisa aconteceu na sala do PAIVES na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA.

4.4 Participantes da pesquisa

Vinte (20) pacientes selecionadas pela Instituição FSCMPA para a cirurgia de implante de prótese auricular e que estejam na faixa etária acima de 18 anos. Somente 16 foram localizadas em tempo hábil para coleta de dados da pesquisa.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram Considerados como critérios de inclusão:

Vítimas de escarpelamento por motor de embarcação que tiveram perda do pavilhão auricular unilateral ou bilateral, que estejam vinculadas ao Programa de Atendimento Integral às Vítimas de Escarpelamento (PAIVES) que tenham sido selecionadas para o projeto de implante de prótese auricular da FSCMPA, que tenham aceitado participar do estudo e faixa etária acima de 18 anos.

Foram considerados critérios de exclusão:

Todas as vítimas de escarpelamento que não tiveram perda do pavilhão auricular, faixa etária abaixo de 18 anos e que não foram selecionadas para a cirurgia de implante de prótese auricular. Das 20 vítimas selecionadas, 04 não foram localizadas no período de coleta de dados da pesquisa.

4.6 Coleta de dados

Pesquisa ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Os dados foram coletados por meio de entrevista através de um formulário pré-estruturado (Apêndice B), contendo perguntas referentes aos dados sociodemográficos. As respostas obtidas foram digitadas e agrupadas em classes, sendo usado o programa Microsoft Excel 2010.

Os dados referentes à qualidade de vida foram coletados por meio do instrumento WHOQOL-Bref (Anexo A), questionário testado e validado em várias culturas, sob a coordenação do grupo da OMS.

O questionário WHOQOL-Bref (Anexo A) contém 26 questões divididas em cinco domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e avaliação geral da qualidade de vida. A primeira e a segunda questão compõem o domínio “avaliação geral”, sendo que a primeira se refere à qualidade de vida e a segunda à satisfação com a própria saúde. As demais são responsáveis pela formação dos outros domínios.

Domínio 1 - Refere-se ao domínio físico e avalia os aspectos de:

- Questão 3 - Dor e desconforto;
- Questão 4 - Dependência de medicação ou de tratamentos;
- Questão 10 - Sono e repouso;
- Questão 15 - Mobilidade;
- Questão 16 - Atividades da vida cotidiana;
- Questão 17 - Energia e fadiga;
- Questão 18 - Capacidade de trabalho.

Domínio 2 – É o domínio psicológico e avalia os:

- Questão 5 - Sentimentos positivos;
- Questão 6 - Pensar, aprender, memória e concentração;
- Questão 7 - Autoestima;
- Questão 11 - Imagem corporal e aparência;
- Questão 19 - Sentimento negativo;
- Questão 26 - Espiritualidade/religião e crenças pessoais.

Domínio 3 – Refere-se às relações sociais e avalia os aspectos:

- Questão 20 - Relações pessoais;
- Questão 21 - Suporte (apoio) social;
- Questão 22 - Atividade sexual.

Domínio 4 – Avalia o meio ambiente no que se refere a

- Questão 8 - Segurança física e proteção;
- Questão 9 - Ambiente no lar;
- Questão 12 - Recursos financeiros;
- Questão 13 - Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;
- Questão 14 - Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades;

Questão 23 - Participação em, e oportunidade de recreação/lazer;

Questão 24 - Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima;

Questão 25 – Transporte.

Domínio Geral – Avalia a qualidade de vida global e o estado de saúde geral.

A versão em português, no Brasil, do WHOQOL-BREF foi validada segundo a metodologia preconizada para a versão deste instrumento, tendo sido realizado o teste de campo em 300 indivíduos. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade.

A escala Likert do WHOQOL-bref é categorizada em quatro níveis, sendo que quando os valores apresentados estão entre 1 e 2,9 há necessidade de melhora, quando estão entre 3 e 3,9 são considerados regulares, quando entre 4 e 4,9 são bons e quando atingem 5 são muito bons (FLECK, 2000).

“O cálculo dos escores dos domínios também será realizado conforme o procedimento indicado por” PEDROSO, *et al.*, (2010). As respostas obtidas serão digitadas e agrupadas em classes, sendo usado o programa Microsoft Excel 2010.

4.7 Análise de dados

O tratamento estatístico dos dados será efetuado nas planilhas do Excel para construção de tabelas e gráficos. Utilizou-se na análise dos dados a estatística descritiva e indutiva com a aplicação de todos os testes foi realizado no software BioEstat 5.0 (AYRES *et al.*,2007). Adotou-se o nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5% nas análises dos testes.

4.8 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido em conformidade com as normas e recomendações da resolução nº 466/12 de 12/12/12 – Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisa científica em seres humanos.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, e só foi realizado após a aprovação do mesmo. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes, os quais ficaram de posse de uma cópia, permanecendo outra com as pesquisadoras. O material coletado foi de uso exclusivo das pesquisadoras, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização deste projeto de pesquisa, da própria pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem. Não houve nenhuma informação que possibilitasse a identificação das pessoas incluídas, de forma a garantir a privacidade das informações e o anonimato do sujeito da pesquisa.

Nesse aspecto os dados coletados serão guardados durante cinco anos pelas pesquisadoras, sendo destruídos após a expiração do prazo. A pesquisa não ofereceu nenhum dano ou desconforto aos participantes e não será objeto de nenhum benefício e ressarcimento aos mesmos. Caso haja alguma intercorrência, será garantido aos participantes o que está previsto nas leis do Brasil.

4.9 Riscos e benefícios

Os riscos provenientes da pesquisa foram ínfimos, pois não houveram procedimentos invasivos e a identidade do sujeito da pesquisa foi preservada. Os riscos direcionaram-se aos sujeitos da mesma, que por estarem passivos de situações desconfortáveis, caso assim julgassem, tiveram total liberdade de retirar seu consentimento em qualquer etapa da coleta de dados. Caso ocorresse constrangimento, a entrevista seria suspensa, com retorno após a autorização do sujeito. Os riscos foram solucionados com a preservação da identidade do sujeito da pesquisa, com utilização das iniciais dos nomes. Caso o sujeito apresentasse algum abalo emocional seria encaminhado ao serviço de Psicologia do PAIVES.

Os benefícios do estudo para os entrevistados, quanto para os pacientes que fazem parte desse perfil, virão após melhoramento em políticas públicas voltadas para vítimas de escarpelamento, pois o estudo ampliou as fontes de informação na saúde, para os profissionais de saúde, assim oportunizando a avaliação do atendimento dessa clientela.

Assim como possibilita aos mesmos repensarem sobre suas práticas assistenciais no cuidado e atenção humanizada, favorecendo novas bases de reflexões, capacitações, os motivando a inovar práticas humanizadas. Concomitantemente, os benefícios se estendem, à medida que os resultados possibilitam como base de referência a outras instituições de saúde, e conseqüentemente aos usuários do serviço Sistema Único de Saúde (SUS).

5. Resultados

5.1 Características dos dados sociodemográficos em um grupo de 16 vítimas de escarpelamento total com perda do pavilhão auricular

Os dados demográficos demonstrados fazem um demonstrativo das Características dos Dados Sociodemográficos, em um Grupo de 16 Vítimas de Escarpelamento Total com perda do pavilhão auricular. A amostra corrobora a teoria de Guimarães e Bicharra (2013) que constatou que os acidentes por escarpelamento provocados pelos motores de embarcações de pequeno porte nos rios da Amazônia são agravos que, embora previsíveis, são de difícil controle, pois envolvem vários fatores sociodemográficos e culturais na ambientação ribeirinha do estado do Pará, sendo assim, difícil de operacionalizar mudanças no cotidiano dos ribeirinhos, de modo a reduzir os riscos de acidentes no seio da comunidade que usa este tipo de transporte em sua sobrevivência.

Contudo, torna-se necessário avaliar de forma sistemática o bem estar do indivíduo em várias áreas, pois de acordo com Adriano *et al.*, (2000) a qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais, emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade, etc. O processo que permeia essa subjetividade é de grande importância para detectar a percepção dos indivíduos sobre os diversos fatores que interferem no desenvolvimento da Qualidade de Vida Total (QVT).

Diante dos resultados encontrados, das 16 pacientes vítimas de escarpelamento total com perda de pavilhão auricular por motor de barco incluídas, quinze (93,75 %) eram do sexo feminino e um (6,25%) do sexo masculino. Com relação ao grau de escolaridade das vítimas de escarpelamento entrevistadas, observa-se que sete (43,75%) possuem ensino fundamental incompleto, cinco (31,25 %) apresentam ensino fundamental completo, quatro (25%) possuem o ensino médio, enquanto que nenhuma das vítimas

entrevistadas é analfabeta. Em relação à profissão das vítimas entrevistadas, observou-se que a maioria trabalha desenvolvendo atividades no lar, o que correspondeu a seis (37,5 %). Três (18,75%) são lavradoras, duas (12,5%) desenvolvem trabalho autônomo, duas (12,5%) são pescadoras, duas (12,5%) são estudantes e um (6,25%) corresponde a categoria de outras profissões. Quanto à renda familiar das vítimas entrevistadas, observou-se que a maioria possui renda de um salário mínimo, sendo sete (43,75%) o total de participantes, então, 37,5% recebem o benefício do bolsa família, com um total de seis. Já as rendas familiares abaixo de um salário mínimo, representam 18,3% com um total de três participantes, respectivamente.

Segue abaixo os gráficos 1, 2, 3 e 4 que representam graficamente o Sexo, Escolaridade, Renda Familiar e Profissão/Ocupação das vítimas entrevistadas.

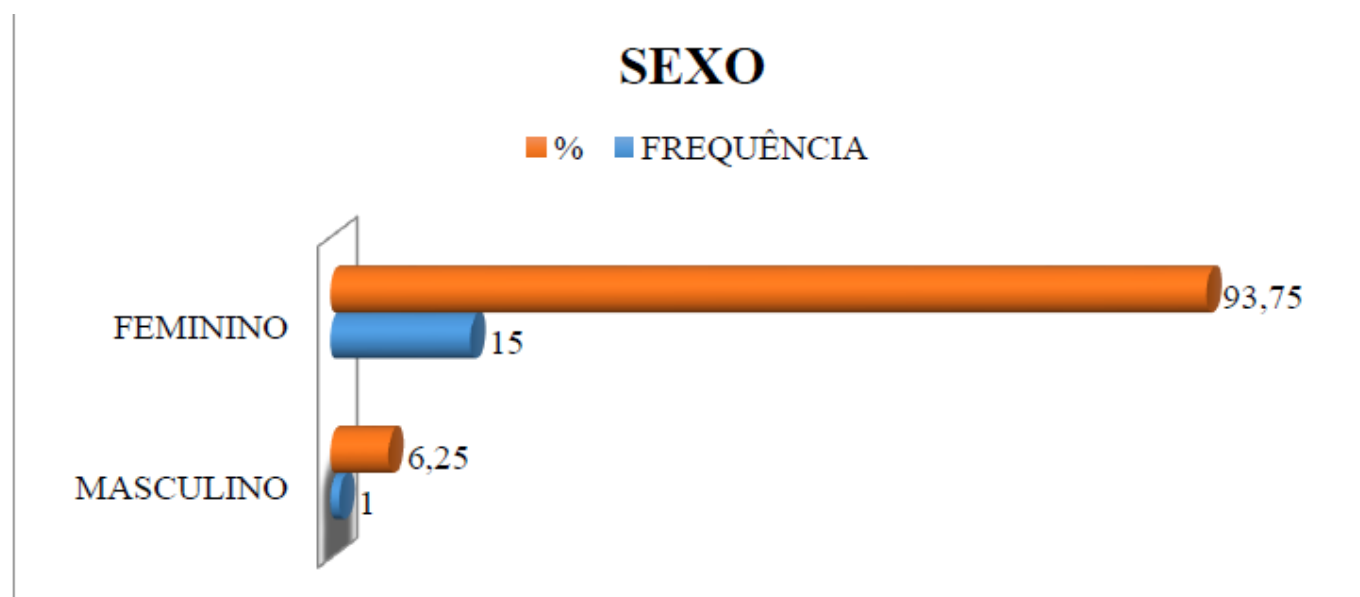


Gráfico 1 - Representação Gráfica do Sexo dos Entrevistados. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

ESCOLARIDADE

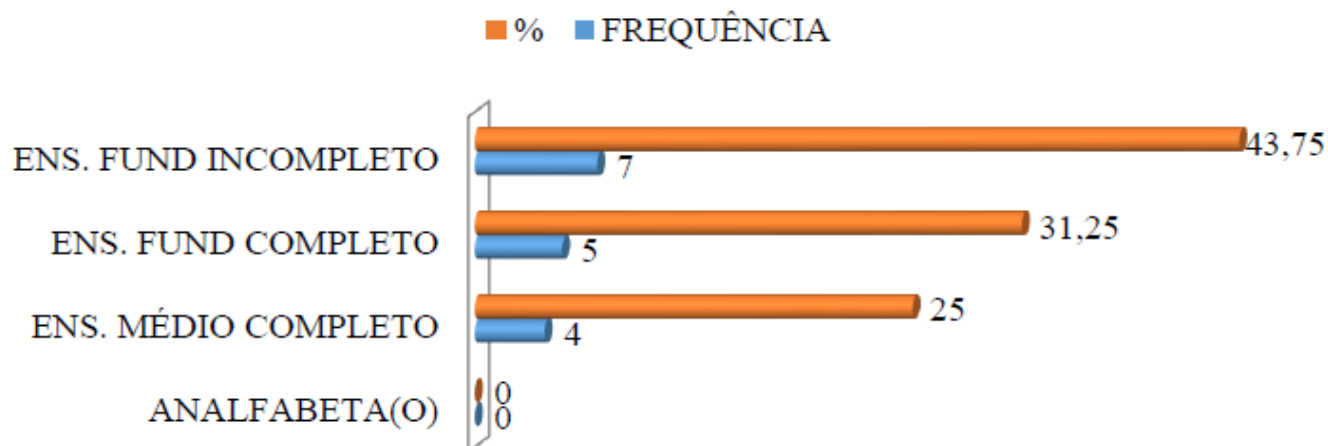


Gráfico 2 - Representação Gráfica da Escolaridade das Vítimas de Escalpelamento. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

PROFISSÃO

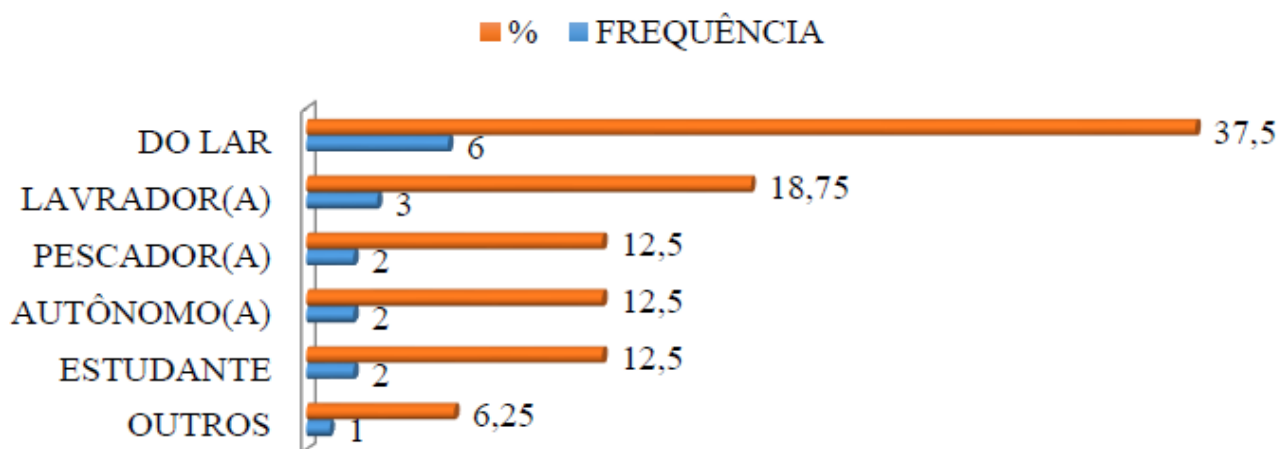


Gráfico 3 - Relação da Profissão/Ocupação das Vítimas de Escalpelamento Total com perda do pavilhão auricular. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

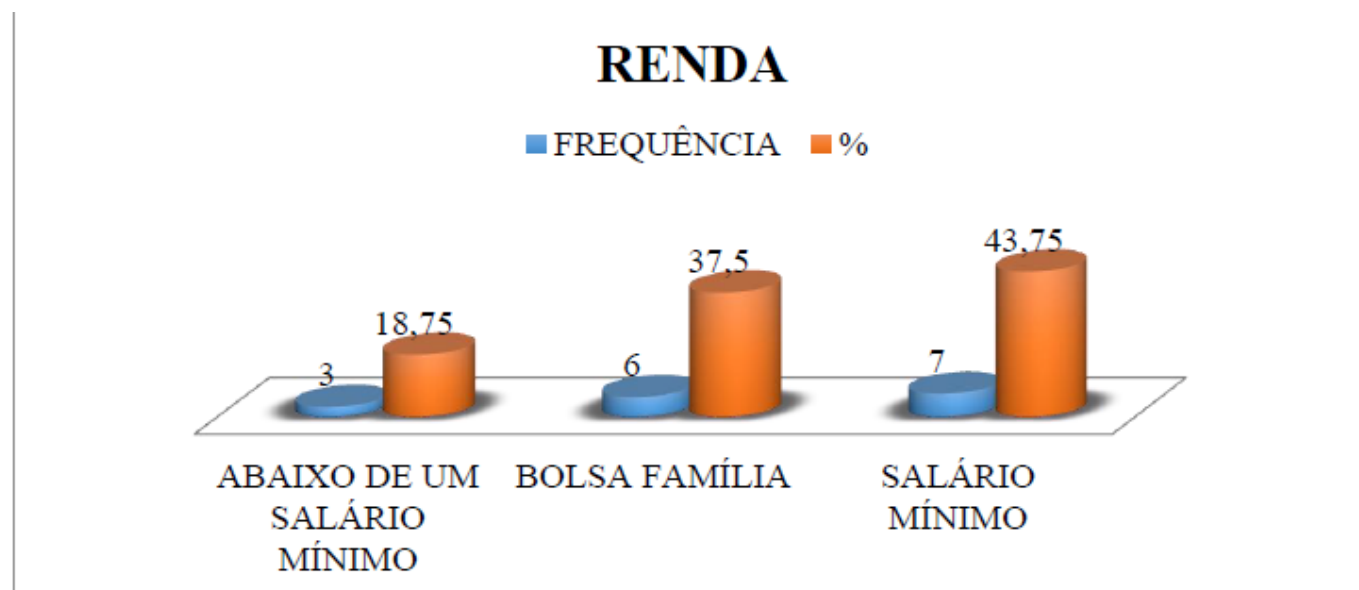


Gráfico 4 - Representação Gráfica da Renda Familiar dos Entrevistados. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

5.2 Idade das vítimas de escalpelamento total com perda do pavilhão auricular no momento do acidente

Um total de sete, que corresponde a 43,75 % das vítimas de escalpelamento entrevistadas, apresenta no momento do acidente 11 a 20 anos. Houve igualdade nas idades de 0 a 10 anos e 21 a 30 anos, com um total de três vítimas cada (18,75 %). As idades de 21 a 30 anos e 41 a 50 anos, apresentaram total de uma vítima, correspondente a 6,25% cada. Uma vítima entrevistada referiu não lembrar a data e a idade no momento do acidente, o que corresponde a 6,25%.

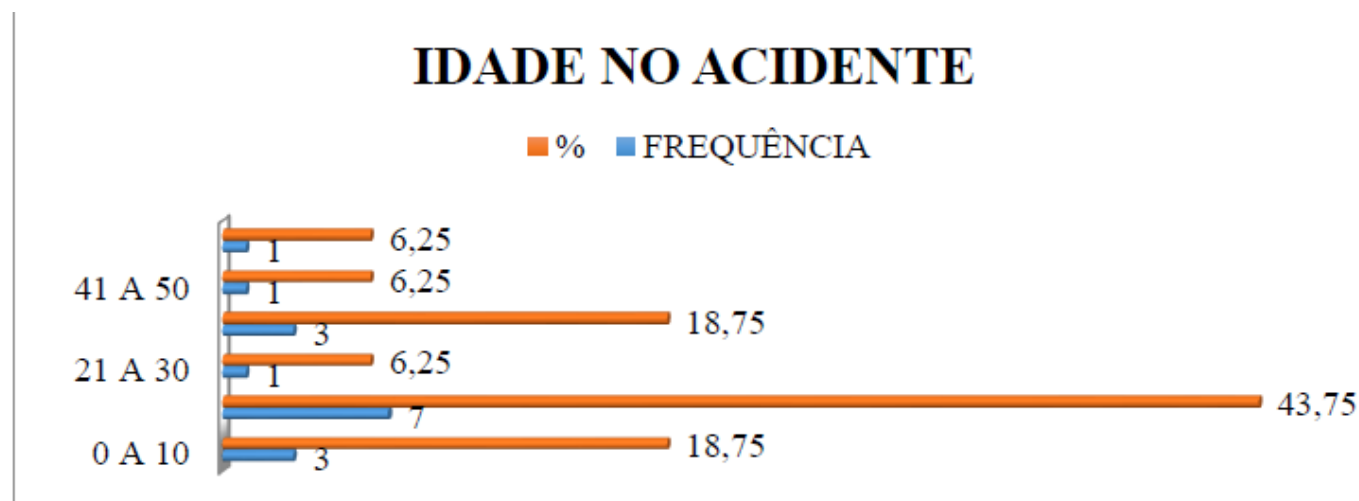


Gráfico 5 - Representação das idades das vítimas no momento do acidente. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

5.3 Características Relacionando Faixa Etária, Estado Civil E Religião

Verificou-se a prevalência das faixas etárias de 25 a 29 anos (25 %) e 45 a 49 anos (25%).

De acordo com o estado civil, observou-se maior incidência de vítimas solteiras, o que corresponde a um total de nove (56,25%). Quatro (25%) são casadas, Duas (12,5%) vivem em união estável, enquanto que uma (6,25%) encontra-se separada. No que diz respeito à religião das vítimas entrevistadas houve uma igualdade, onde oito (50%) declararam ser católicas e oito (50%) evangélicas.

5.4 Distribuição dos domínios por WHOQOL-BREF

Segundo Rouquayrol et al., (2006) o WHOQOL-Bref (Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref) é um instrumento utilizado para avaliar a Qualidade de Vida e caracteriza-se como uma versão reduzida do Word Health Organization Quality of Life Instrument 100 (WHOQOL-100). É composto de 26 questões, sendo duas delas relacionadas a qualidade de vida geral e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. As 24 facetas compõem 4 domínios e desta forma, esta medição de qualidade de vida é formulada e avaliada da seguinte forma: Percepção da Qualidade de Vida; Satisfação com a saúde; Domínio Físico; Domínio Psicológico; Domínio Relações Sociais; e Domínio Meio ambiente.

Considerando a avaliação da qualidade de vida das vítimas de escarpelamento total com perda do pavilhão auricular, segundo o questionário WHOQOL-Bref, analisando a satisfação ou não das vítimas na tabela 4 constatou-se o seguinte: Sobre os domínios: Percepções da qualidade de Vida obtiveram a média de (2,5) sendo classificado como Necessita melhorar; No que se refere a Satisfação com a saúde, a média (2,3) classificando-se como Necessita melhorar; Quanto ao Domínio Físico constatou-se a média (3,2), classificado como Regular; No que se refere ao Domínio Psicológico verificou-se a média (2,7), sendo classificado como Necessita melhorar. Quanto ao Domínio Relações Sociais verificou-se a média (3,4) sendo classificado como Regular e o Domínio Meio Ambiente obteve uma média (2,8) com a classificação Necessita melhorar.

Verificou-se a existência de uma baixa média estatística nos domínios Satisfação com a saúde, com uma média de (2,3); Percepção da qualidade de vida (2,5); Domínio Psicológico (2,7) e Domínio Meio Ambiente (2,8) os quais foram classificados como necessitam melhorar. Já nos domínios Físico, com média de (3,2) e domínio Relações Sociais com média (3,4), classificou-se como regular. Sendo assim, não se observou uma boa média de satisfação de qualidade de vida entre as entrevistadas.

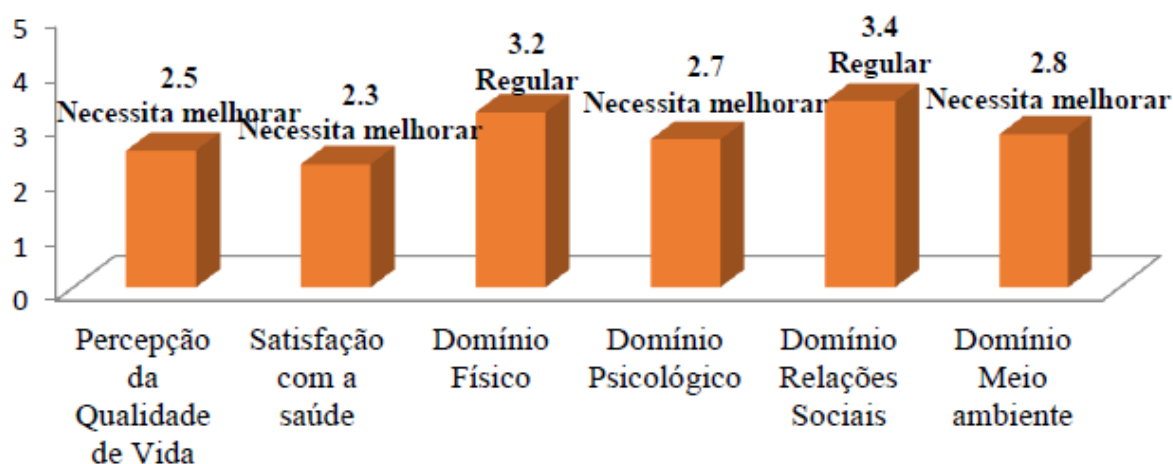


Gráfico 6- Representação gráfica dos Domínios por WHOQOL-BREF sobre as Vítimas Entrevistadas. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

5.5 Características das facetas do domínio físico WHOQOL-BREF

As facetas do domínio físico são direcionadas para a percepção do indivíduo para a sua condição física. São analisados os seguintes tópicos: Dor e desconforto; Energia e fadiga; Sono e repouso; Mobilidade; Atividades da Vida Cotidiana; Dependência de medicação ou de Tratamentos e capacidade de trabalho. Verificou-se que entre os entrevistados, no que se refere a variável Dor e desconforto, a média foi (4,1), classificando-se como Bom; Quanto a energia e fadiga, a média foi (3,9) com a classificação Regular; Quanto ao Sono e repouso com a média (3,1), a classificação foi Regular; Em relação a Mobilidade, a média foi (4,3), com a classificação Boa; A variável das Atividades da vida cotidiana obtiveram a média (2,9) com a classificação Necessita Melhorar; Quanto a Variável de Dependência de medicação ou de tratamentos a média foi (2,2), sendo classificada como Necessita melhorar; e a variável Capacidade de trabalho obteve a média (1,6), sendo classificada como Necessita melhorar.

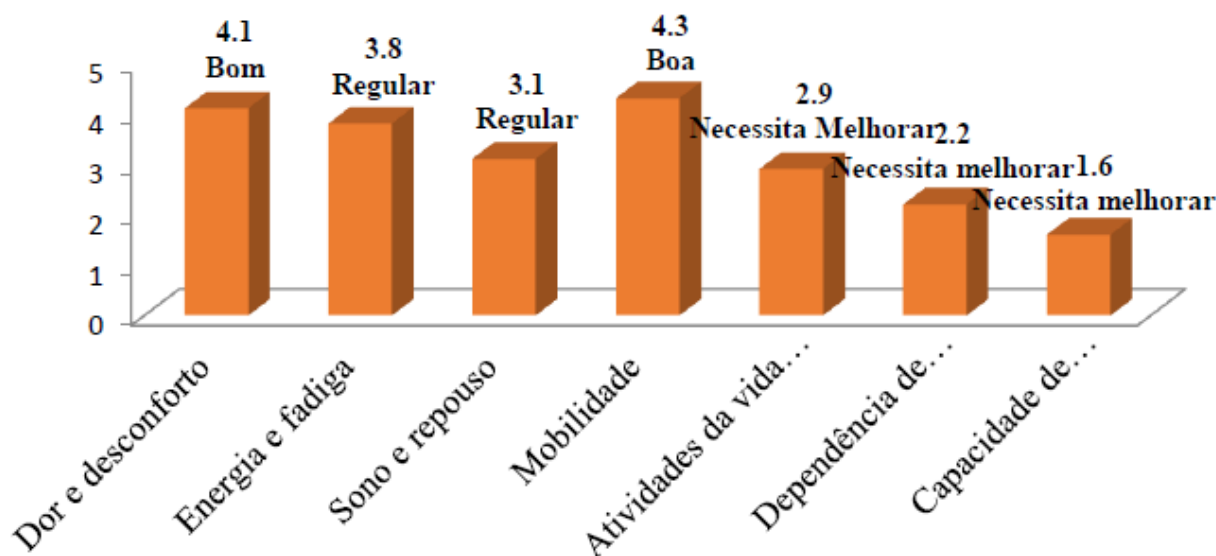


Gráfico 7 - Representação Gráfica das Facetas do Domínio Físico WHOQOL BREF junto aos Entrevistados. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

5.6 Características das facetas do domínio psicológico WHOQOLBREF

A análise do Domínio Psicológico focaliza as seguintes facetas: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião e crenças pessoais. Desta forma, verificou-se a Qualidade de Vida quanto ao Domínio Psicológico.

No que se refere a variável dos sentimentos positivos, a média (2,9) obteve a classificação Necessita melhorar; Quanto a Pensar, aprender, memória e concentração, a média (3,1) classifica-se como Regular; No que se refere a autoestima a média foi (2,7) e sua classificação Necessita melhorar; Quanto a Imagem corporal e aparência, a média foi (1,8) com a classificação Necessita melhorar; No que se refere aos Sentimentos negativos a média foi (2,5) e sua classificação Necessita melhorar; Quanto a Espiritualidade/religião/crenças, a média (3,8) classificou-se como Regular.

O resultado geral no Domínio Psicológico com a média (2,7) classifica-se como Necessita Melhorar.

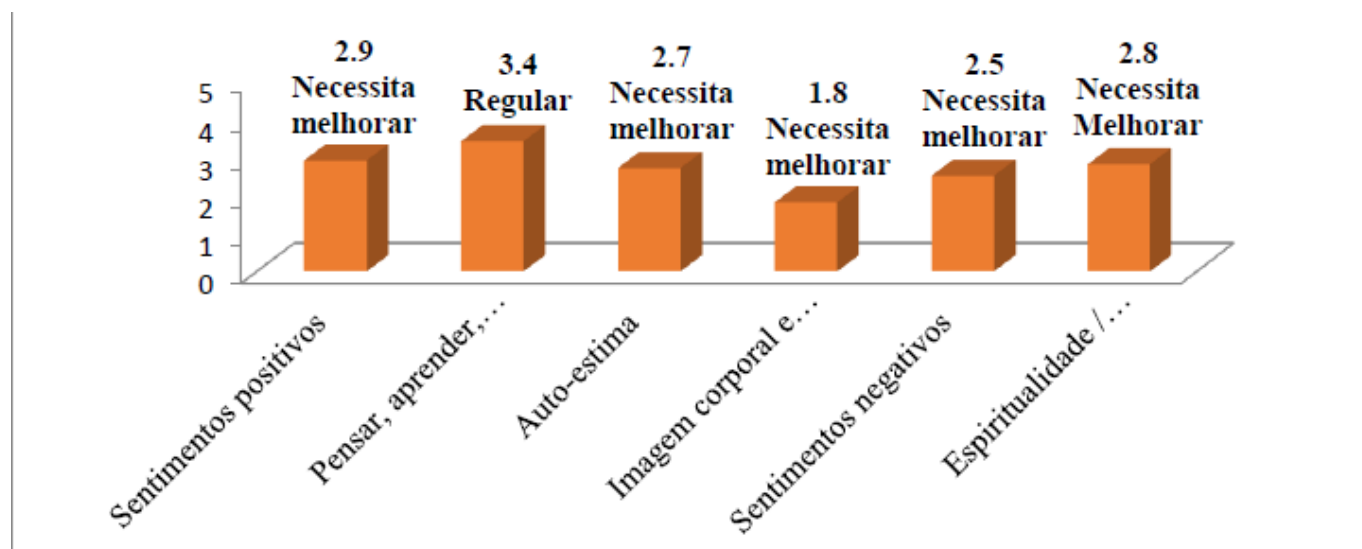


Gráfico 8 - Representação Gráfica das Facetas do Domínio Psicológico WHOQOL-BREF junto aos Entrevistados. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

5.7 Características das facetas do domínio relações sociais WHOQOL-BREF

A análise do domínio Relações sociais, aborda as facetas: relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual.

No aspecto do Domínio Relações Sociais dentre as entrevistadas pelo método WHOQOLBref, direciona os dados da seguinte forma: No que se refere as Relações Pessoais a média foi (3,3) e a classificação desta variável é regular; quanto ao Suporte (apoio) social obteve como média (3,3) e a classificação desta variável é regular; No que se refere a Atividade sexual a média foi (3,8) e sua classificação Regular.

O resultado geral do Domínio Relações Sociais a média (3,4) classificando-o como Regular.

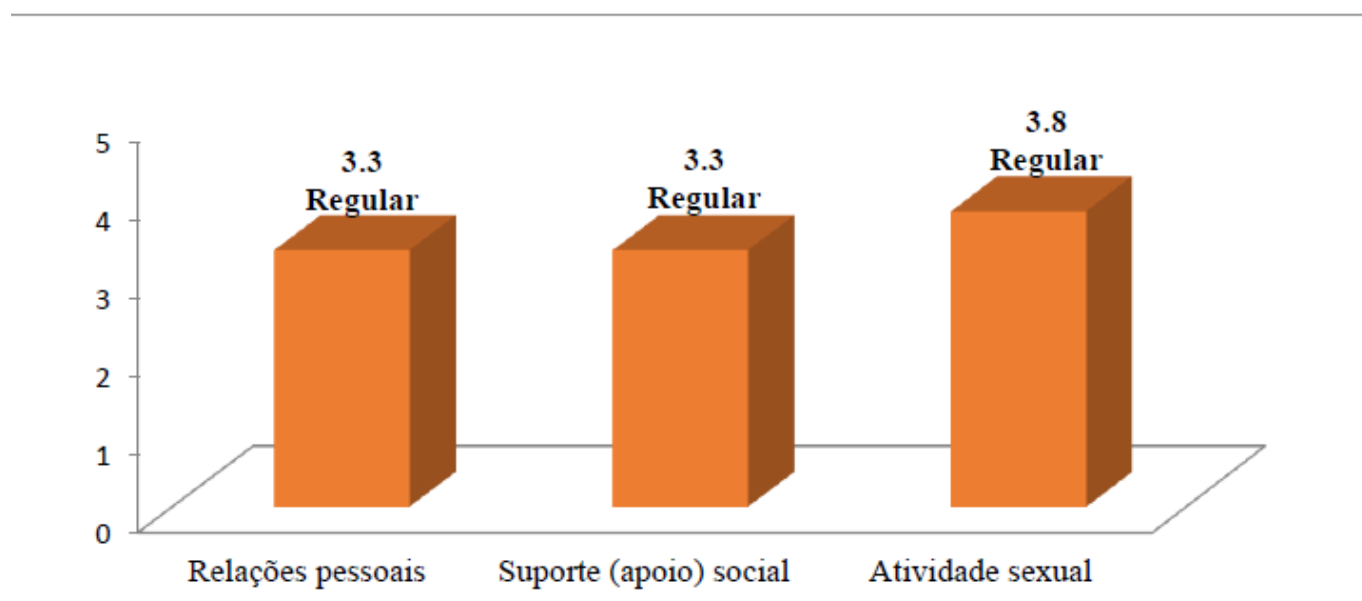


Gráfico 9- Representação do Domínio Relações Sociais WHOQOL-BREF junto aos Entrevistados. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

5.8 Características das facetas do domínio meio ambiente no WHOQOL-BREF

A análise do domínio Meio Ambiente apresenta as seguintes facetas: a segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/ trânsito/ clima); transporte.

No que se refere a variável segurança física e proteção, com a média (3,1) obteve a classificação Regular; Quanto a variável ambiente no lar, a média (3,5) classifica-se como Regular; No que se refere a recursos financeiros, a média foi (2,1) e sua classificação foi Necessita melhorar; Quanto a cuidados de saúde e sociais, a média foi (2,3) com a classificação Necessita melhorar; No que se refere Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades a média (2,5) obteve a classificação Necessita melhorar; Quanto a Participação em recreação / lazer, a média (3,7) classificou-se como Regular; No que se refere a Ambiente Físico, a média foi 2,4, com a classificação necessita melhorar; E em relação a variável transporte, a média foi (2,6), obtendo a classificação como necessita melhorar. Demonstra o resultado da média geral no Domínio Meio Ambiente, que foi (2,8) classificando-o como Necessita Melhorar.

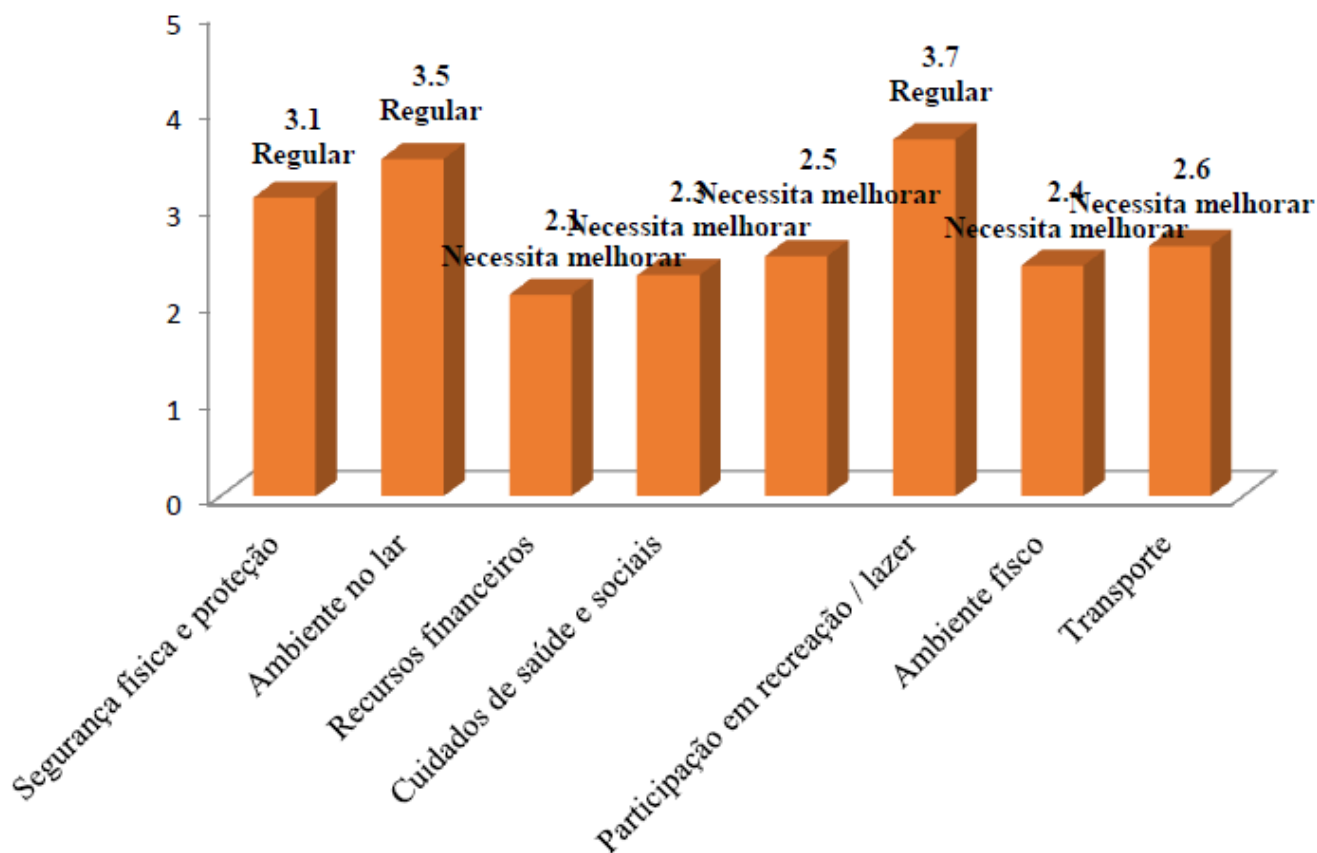


Gráfico 10 - Representação do Domínio Meio Ambiente WHOQOL-BREF junto aos Entrevistados. Fonte: GOMES; SOARES; SANTOS, 2017.

6. Discussão

6.1 Características sociodemográficas

A pesquisa envolveu um grupo de 16 vítimas de escarpelamento total com perda do pavilhão auricular. A maioria, o que corresponde a um total de 15 (93,75 %) eram do sexo feminino e 1 (6,25%) do sexo masculino, em acordo com Magno et al., (2012) que relata a maior incidência de escarpelamento em mulheres devido a relação cultural do cultivo de cabelos longos na Amazônia, onde a mulher ribeirinha quase sempre apresenta cabelos longos, contribuindo para que a maioria das vítimas mutiladas seja mulheres.

No que diz respeito aos aspectos socioeconômicos do grupo estudado, observa-se que a maioria (43,75%) possui ensino fundamental incompleto, o que confirma a dificuldade de acesso e retorno aos estudos após o acidente, devido preconceito, baixa autoestima, vergonha da sua aparência, o que corrobora a análise de Cunha et al., 2012, que afirma que as vítimas têm suas vidas modificadas com o acidente e passam a ser tratadas de modo preconceituoso, manifestando dificuldade de seguir vivendo após o acidente, o que caracteriza sofrimento psíquico, fazendo com que muitas vezes algumas vítimas parem de estudar e se afastem das localidades onde moravam, ficando isoladas da convivência com familiares e amigos.

Com relação à profissão das vítimas entrevistadas, observou-se que a maioria trabalha desenvolvendo atividades no lar, o que correspondeu a 37,5 %. Pode-se observar que a maior incidência de desenvolvimento de atividades no lar, caracteriza a dificuldade de reinserção no mercado de trabalho devido às sequelas físicas. A pesquisa é comprovada por Ferreira et al., (2014) que diz que até mesmo a renda familiar apresenta relação estreita com o trauma psicológico causado às vítimas de escarpelamento, considerando-se que estas enfrentam dificuldades de inclusão social e no mercado de trabalho, em decorrência da aparência física.

Quanto à renda familiar das vítimas entrevistadas, observou-se que a maioria (43,75%) possui renda de um salário mínimo, enquanto que renda familiar proveniente do bolsa família vem logo atrás, representando 37,5%. É interessante ressaltar que a renda familiar é um dos fatores socioeconômicos diretamente relacionados à condição de saúde da população.

No que diz respeito a faixa etária das vítimas entrevistadas, a maioria está entre 25 a 29 anos (25 %) e 45 a 49 anos (25%). No que se refere ao estado civil, observou-se maior incidência de vítimas solteiras, o que corresponde a um total de 56,25%, tal característica tem significado negativo para estas mulheres no que se refere ao aspecto afetivo, pois o apoio dos familiares é imprescindível para a melhora da autoestima e reinserção social.

No que tange ao aspecto religioso não houve concordância com trabalhos anteriores, uma vez que 50% das vítimas são católicas e 50 % evangélicas, enquanto Magno et al., 2012 revela predominância de mulheres evangélicas, em virtude da influência religiosa no uso de cabelos compridos, contribuindo para que a maioria das vítimas do escarpelamento sejam mulheres.

Em relação à idade nas vítimas no momento do acidente, verificou-se maior incidência da faixa etária de 11 a 20 anos, o que correspondeu a 43,75%. Lima (2006) diz que os barcos são meios de transporte e sobrevivência das famílias que habitam as margens dos rios vivendo da comercialização de suas

produções agrícolas, agropecuárias, da pesca, do extrativismo vegetal, entre outros e na estrutura de produção familiar na população ribeirinha, todos os membros são envolvidos na mão de obra, ficando, assim, expostos a condições inadequadas de trabalho e ao risco de acidentes. A pesquisa não está de acordo com a maioria dos trabalhos anteriores, como Cunha et al., (2012) que afirma maior prevalência da faixa etária infantil no acidente.

Em relação à procedência das vítimas de escarpelamento, observa-se que a microrregião com maior incidência foi a de Cametá, na qual pertence a mesorregião do Nordeste Paraense. Analisando os municípios do Nordeste Paraense, vê-se que todos os que tiveram casos de escarpelamento presentes na pesquisa, são da microrregião de Cametá, ao total 5 (31,25%) casos de escarpelamento. Já na comparação entre as mesorregiões a frequência foi de 8 (50%) no Marajó, sendo os acidentes distribuídos em três microrregiões: Portel, Furo de Breves e Arari.

Na opinião de Cunha et al., (2012), a prevalência nessas regiões se deve ao fato do grande número de rios da Bacia Amazônica e da carência de rodovias nessa região, necessitando então do uso da via fluvial para deslocar-se. Somando-se com a fraca fiscalização da proteção do eixo dos motores dos barcos pelos órgãos competentes, essa dificuldade de eficácia do serviço explica-se pela grande distância entre as localidades e pela grande quantidade de embarcações.

6.2 Avaliação da qualidade de vida a partir do WHOQOL-BREF.

Avaliando as 16 vítimas de escarpelamento total com perda do pavilhão auricular, adotando o método e questionário de WHOQOL-Bref, constatou-se que o presente estudo confirma a tendência da falta de qualidade de vida entre as vítimas de escarpelamento total, pois demonstra maiores incidências nos domínios de acordo com os resultados aferidos nesta pesquisa, como será discutido a seguir.

Na representação dos Domínios por WHOQOL-BREF sobre as Vítimas Entrevistadas, a análise das duas questões gerais da qualidade de vida identificou que a questão Percepção da Qualidade de Vida, obteve escore médio de 2,5 pontos, o que caracterizou que as vítimas entrevistadas apresentaram que sua percepção da qualidade de vida necessita ser melhorada. Na questão Satisfação com a saúde do instrumento, o escore médio foi de 2,3 pontos e isso mostrou que a satisfação com a saúde também necessita de melhora.

A análise da satisfação com a saúde ratifica que a saúde tem grande importância e influência na qualidade de vida das vítimas de escarpelamento, haja vista que há necessidade de uma melhor assistência à saúde e de políticas públicas consistentes voltadas para a carência desta população, o que dificulta ainda mais o acesso à saúde. Em acordo com Lima (2006), o acidente impõe sequelas físicas e vivência de intenso sofrimento psíquico e social durante todo o tratamento e no decorrer da vida dos pacientes, o que confirma a necessidade de uma assistência à saúde eficaz. A pesquisa comprova que as vítimas de escarpelamento total não estão satisfeitas com a saúde, o que influencia significativamente na qualidade de vida das mesmas.

6.3 Qualidade de vida por domínios e facetas

O WHOQOL-Bref facilita a identificação de fatores determinantes na Qualidade de Vida. Como é observado no gráfico 11, os domínios Físico com escore médio de 3,2 pontos e Relações Sociais com 3,4

pontos, foram classificados como níveis regulares de qualidade de vida. Já os domínios Psicológico com escore médio de 2,7 e Meio Ambiente com 2,8 pontos, revelam-se como domínios em que há necessidade de melhora.

- Domínio Físico: Evidencia como a Qualidade de Vida se relaciona com os níveis de independência das mulheres para a realização de tarefas do dia-a-dia e dos cuidados pessoais. Observa-se que este domínio obteve escore médio de 3,2 pontos e foi caracterizado como regular. Em relação às facetas, a Dor e desconforto (4,1) e Mobilidade (4,3) foram classificados como bons; Energia e Fadiga (3,8) e Sono e Repouso (3,1), 66 mostraram-se regulares, enquanto que Atividades da Vida Cotidiana (2,9), Dependência de Medicação e Tratamentos e Capacidade Trabalho, necessitam melhorar. O escarpelamento constitui um grande trauma com sequelas físicas muitas vezes irreparáveis e que perduram por toda a vida das vítimas mutiladas, tais sequelas podem estar relacionadas à dor e ao desconforto, contribuindo para uma menor qualidade dos aspectos físicos. Lima e Gomes (2013) destacam como principais sequelas físicas o conforto prejudicado, integridade da pele prejudicada e risco de infecção e contaminação.
- Domínio Psicológico: Envolve todos os sentimentos que acarretam emoções positivas ou negativas. Observou-se que este domínio obteve escore médio de 2,7 pontos, necessitando melhorar. Quanto as facetas, Pensar, Aprender, Memória e Concentração evidenciou a maior média com a pontuação de 3,4 definindo-a como regular. As demais facetas Sentimentos positivos (2,9); Autoestima (2,7); Imagem corporal e aparência (1,8); Sentimentos negativos e Espiritualidade, religião, crenças pessoais (2,8) foram definidas com necessidade melhorar. Dentre as facetas, a que mais se destacou foi a relacionada a Imagem corporal e aparência, por ter obtido o menor escore médio, com 1,8 pontos necessitando melhorar. Ferreira et al., (2014) afirma que essas vítimas têm suas vidas interrompidas em função da tragédia e que não há somente sofrimento físico, mas também psíquico, uma vez que as vítimas padecem intensamente, mostrando-se emocionalmente fragilizadas, temerosas, envergonhadas, tristes e ansiosas. O acidente provoca uma ruptura do esquema corporal, afetando a autoimagem, causando diminuição da autoestima. Essa „nova imagem? pode ser definida como a imagem mental que cada indivíduo tem de seu corpo, pois essa ruptura causa temor, angústia nos novos relacionamentos sociais. A saúde mental consiste em estar bem consigo mesmo e com outros, aceitar as exigências de vida, saber lidar com boas e más emoções, e as vítimas de escarpelamento encontram muita dificuldade em manter essas características, devido às diversas sequelas que tanto o acidente como o tratamento causam. Contudo, infere-se que a aceitação da imagem corporal pelas mulheres esteja diretamente relacionada à realização de cirurgias reparadoras, na tentativa de melhorar a aparência física.
- Domínio Relações Sociais: Aborda a satisfação com as relações pessoais com amigos, parentes, conhecidos e com a comunidade; suporte social e a atividade sexual. Este domínio obteve escore médio de 3,4 pontos e foi caracterizado como regular. É verificado que este domínio foi o que obteve maior valor quando comparado aos outros domínios. Em relação às facetas, Relações Pessoais e Suporte (apoio) Social apresentaram escores iguais (3,3) e foram classificadas como regulares. Já a faceta Atividade Sexual obteve a maior média do domínio (3,8), mas ainda com classificação regular. A classificação regular deste domínio, assim como de todas as suas facetas, representa um fator positivo, pois um suporte social de qualidade e a satisfação com este são de extrema importância pra vida das vítimas, tendo em vista que esta sofrem muito preconceito e discriminação por causa da sua desfiguração física e dos fatores em decorrência dela. De acordo com Britto et al., (2004) os que sobrevivem ao acidente carregarão para sempre sequelas

irreversíveis, tanto no plano físico quanto no psicológico, promovendo uma verdadeira desestruturação do núcleo familiar e social.

- Domínio Meio Ambiente: Este domínio contempla os aspectos externos que influenciam a qualidade de vida das pessoas. Observou-se que este domínio obteve escore médio de 2,8 pontos, necessitando melhorar. Quanto as facetas, Segurança Física e Proteção (3,1), Ambiente no Lar (3,5) e Participação em Recreação/Lazer (3,7) obtiveram classificação regular. Enquanto que Recursos Financeiros (2,1), Cuidados de saúde e Sociais: disponibilidade e qualidade (2,3), Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) (2,4) e Transporte (2,6) foram classificados como necessitam melhorar. Vale ressaltar que este domínio do meio ambiente representa as condições precárias de infraestrutura desta população, incluindo moradia/entorno habitacional, baixo recurso financeiro, pouca disponibilidade e qualidade ineficaz dos cuidados de saúde/sociais, os fatores de risco para o acidente e as poucas oportunidades para adquirir novas informações. Enfim, representa os vários fatores de risco e a exclusão social tão presente nas periferias e regiões ribeirinhas do estado do Pará.

Considerações finais

O estudo procurou analisar a qualidade de vida de vítimas de escarpelamento que tiveram o pavilhão auricular arrancado no acidente e buscar seus dados sociodemográficos. Identifica-se que o escarpelamento por motor de embarcação ainda é um trauma recorrente na região norte do Brasil. Este evento envolve um contexto social e é relevante nas questões de saúde pública. Pois as vítimas têm o seu aspecto biopsicossocial prejudicado, ficam por meses internadas no hospital para tratamento com cirurgias de reparo, acompanhamento psicológico e curativos frequentes, o que acaba isolando-as do convívio social. Além disso, essas vítimas são alvo de preconceito da sociedade por conta de sua aparência física, elas sentem vergonha de sua aparência, dor e medo, levando com que não retornem aos estudos após o longo período de tratamento, têm dificuldade de se empregar, o vínculo familiar e com amigos também fica afetado. Tem-se então um grande problema social e de saúde na nossa região.

Considerando a vasta necessidade de saúde das vítimas de escarpelamento com perda do pavilhão auricular evidenciadas neste trabalho, se faz imprescindível políticas de assistência específica que possam atender as reais necessidades das vítimas de escarpelamento com perda do pavilhão auricular. Tal deficiência em termos de assistência reflete no resultado da qualidade de vida, tendo em vista que as vítimas desta pesquisa apresentaram que a percepção da qualidade de vida geral e a satisfação com a saúde são itens que necessitam ser melhorados. Assim, retomando o objetivo geral deste estudo que foi de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de vítimas de escarpelamento com perda do pavilhão auricular e de acordo com os resultados obtidos, evidenciou-se que a qualidade de vida destas vítimas está em uma escala de classificação entre regular e necessita melhorar.

O perfil traçado da amostra apresentou prevalência de vítimas de escarpelamento do total com perda do pavilhão auricular do sexo feminino (93,75%); quanto ao grau de instrução, 43,75% possuem ensino fundamental incompleto; 37,5% exercem a atividade do lar; 56,5% possuem renda familiar abaixo de um salário mínimo e quanto a faixa etária, houve uma igualdade das faixas etárias de 25 a 29 anos (25%) e 45 a 49 anos (25%). Os dados da presente pesquisa comprovam a influência das variáveis sociodemográficas e pertinentes ao estilo de vida como preditivas importantes para uma qualidade de vida satisfatória. É de grande relevância a constatação de que são vários os fatores tidos como influenciadores da qualidade de vida e que a interação entre eles evidencia a multicausalidade da temática. Tratar da qualidade de vida das

peças e de um problema regional, como o escalpelamento, é um dever social de todos, em destaque os profissionais de enfermagem, pois suas ações diversificam o ato de cuidar e se mostram essenciais para a prevenção, promoção e recuperação da saúde do paciente escalpelado. Visto que a enfermagem fundamenta-se como uma prática voltada ao cuidado do outro, nos mais variados cenários de atuação.

Percebe-se que a cirurgia de implante de prótese auricular como um grande marco na vida dessas vítimas, um passo que poderá mudar os resultados na percepção de qualidade de vida delas. Assim, fica a torcida para que as cirurgias ocorram como previsto, visto tudo o que essas vítimas sofrem.

Conclui-se que apesar do escalpelamento por motor de embarcação ser um acidente frequente e de sequelas devastadoras, existe pouco conteúdo científico a respeito dessa temática, principalmente quando se fala em perda do pavilhão auricular. Acredita-se que este estudo é pioneiro em avaliar a qualidade de vida de vítimas de escalpelamento com perda do pavilhão auricular. Pretende-se com este, auxiliar os profissionais de saúde, sensibilizar a equipe de saúde hospitalar para uma reflexão a respeito do assunto e avaliações nas práticas assistenciais dessa clientela, além de encaminhar os resultados para Comissão Estadual de Prevenção do Escalpelamento na intenção de garantir melhoramentos nas políticas públicas direcionadas a qualidade de vida geral dessas vítimas.

Referências

AITA, V. **Conceitos de Escalpo Parcial, Total e Trepanação**. FSCMPA/PAIVES. Belém. 2014.

ADRIANO, J. R; WERNECK, G. A. F; SANTOS, M. A; SOUZA, R. C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V.5, nº1, 2000/ p. 53-62.

ARRIGO, C. N; ZERBINI, E. J. **Clínica cirúrgica: cirurgia de cabeça e pescoço**. 4. ed. v. 1. São Paulo: Sarvier, 1994.

BECKMAN, K. A. F; SANTOS, N. C. M. Terapia ocupacional: relato de caso com vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco. **Caderno De Terapia Ocupacional**. V. 12, 2004/ p. 26-43

BELÉM, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA (SESPA). Disponível em Acesso em 20/11/2016.

BHEEMALINGESHWARAO; KIRAN, T; RAJYALAKSHMI, R; SUCHITA, T;. Auricular prosthesis- a case report. **JournalofClinicalandDiagnostic**. Índia. V. 8, 2014/ p. 294-296.

BRITTO, C. B. L; NORMANDO-JÚNIOR, G. R; FONSECA, C. C. F; AITA, V; PINHEIRO-FILHO, A. Escalpelamento na população Amazônica. **Revista Paraense de Medicina**. V. 18, 2004/ p. 30-5.

COMEDI, M.A. **Estudos sobre a deficiência auditiva e surdez**. 1. ed. Brasília, 2014. Disponível em: Acesso em: 11/06/2017.

CUNHA, C. B; SACRAMENTO, R. M. M. de; MAIA, B. P; et al. Perfil epidemiológico de pacientes vítimas de escalpelamento tratados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Revista Brasileira**

de Cirurgia Plástica. Belém-PA, 2012/ p. 3-8.

FERREIRA, C. S; SAMPAIO, E. C; FERREIRA, L. S; ARAÚJO, P.A.G; PAULA, T.B. **Saúde Mental das Vítimas de Escalpelamento por eixo de motor de barco na Região Amazônica.** Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA). UFPA. 2014.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **Guia técnico do Programa de atendimento integral às vítimas de escalpelamento-PAIVES.** Belém. FSCMP. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES, A.S. **Dor orofacial entre amigos: uma discussão científica.** 1. ed. São Paulo: Quintessence, 2012.

GUIMARÃES, A.G.M; BICHARRA, C.N.C. O Processo de Construção de Políticas Públicas em Prol do Ribeirinho Vítima de Escalpelamento na Amazônia. **Revista do Estrado Profissional em Planejamento em Políticas Públicas.** 2013. Disponível em: Acesso em: 12/06/2017.

GROSSMANN, E; FERNANDES, R.S.M; VALLE, R.T. **Disfunções temporomandibulares: abordagem clínica.** 1. ed. São Paulo: Napoleão, 2015.

HYPPOLITO, M.A. Perdas auditivas condutivas. **Revista Médica.** Ribeirão Preto. V. 38, nº 3/4, 2005/ p. 245-252. Disponível em: Acesso em: 11/06/2017.

LIMA, M.S; GOMES, F.S.R. 12^a CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE. **A realidade amazônica: assistência de enfermagem a uma vítima de escalpelamento.** Maio, 2013. Belém-PA. Disponível em: Acesso em: 11/06/2017.

LIMA, S.M.S.F. **Trauma e Dor nos Caminhos dos Rios: Mulheres Ribeirinhas e a Realidade do Escalpelamento.** 2006. Disponível em: . Acesso em: 15/11/2016.

MACIAK, I; SANDRI, J. V. de A; SPIER, F. D. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário.** CogitareEnferm, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 127-135, jan./mar. 2009.

MATOS, M. L; BORGES, A.C.F; BARBOSA- JÚNIOR, P.N. **Escalpelamento em populações ribeirinhas no Pará: Uma realidade para a prática do serviço Social.** Anais do 12º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Foz do Iguaçu- PR.2007.

MAGNO, L. D. P; PEREIRA, A. J. F; GONÇALVES, B. M; et al. **Escalpelamento nos rios da Amazônia: Um Problema de Saúde Pública,** 2012. Disponível em: Acesso em: 02/11/2016.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciências e Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 1101p.

MOREIRA, C. O. F., RAMOS, C. L., BODSTEIN, R. C. A., HORTALE, V. A. **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. MOREIRA, W. W. **Qualidade de vida: complexidade e educação**. Campinas, SP: Papirus. 2010.

PARÁ, FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (FSCMP). Disponível em: Acesso em: 01/10/2016.

PARÁ, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do censo 2010**. Disponível em: Acesso em: 19/11/2016.

QUEIROZ, C. M. B; SÁ, E. N. C; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no Município de Feira de Santana - BA. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 9, 2004/ p. 411-421.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA, N.F. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, 2004/ p.580- 588.

WATSON, J; HATAMLEH, M. M;.Complete integration of technology for improved reproduction of auricular prostheses. **The Journal of Prosthetic Dentistry**. EUA. 2013/ p. 1-7.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL). Developmentand general psychometric properties. **Society Science Medical**. 1999.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. **Society Science Medical**. V. 9, 1995/ p. 41:1403.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R.; **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9 a ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.

ANEXO

ANEXO A- QUESTIONÁRIO WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life bref).

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito	Insatisfeito	nem	satisfeito	Muito

		insatisfeito		satisfeito nem insatisfeito		satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunc a	Alguma s vezes	Freqüentement e	muítOfreqüentement e	Sempr e
2 6	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

^[1] Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Estado do Pará

^[2] Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Estado do Pará

^[3] Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Estado do Pará

^[4] Orientadora, Enfermeira e Professora do curso de Enfermagem no Centro Universitário do Estado do Pará

PUBLIQUE SEU ARTIGO CIENTÍFICO EM:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/enviar-artigo-cientifico-para-submissao>