

## VIVENDO A QUEIMADURA: RELATO DE EXPERIÊNCIA E CORRELAÇÃO COM A LITERATURA

Living the burn: experience report and correlation with literature

Viviendo la quemadra: relato de experiencia y correlación con la literatura

### Resumo

A queimadura provoca uma mudança abrupta na aparência do indivíduo e na função do seu corpo, levando-o à necessidade de vários cuidados por um longo período de tratamento. Durante e após a hospitalização surgem vários problemas emocionais, como estresse, ansiedade, depressão, medo, frustração, além do desconhecimento do processo de recuperação e cicatrização da pele, que afetam o desempenho dos papéis ocupacionais do sujeito. O presente trabalho relata a vivência da queimadura desde o centro de tratamento de queimados até a retomada das atividades, sob a ótica de quem viveu. Caracteriza-se como um estudo qualitativo e um relato de experiência, em que uma das pesquisadoras, estudante de um curso de graduação em terapia ocupacional, vivenciou e não apenas observou os fatos abordados. Como estudante de terapia ocupacional foram refletidas e discutidas possíveis intervenções deste profissional que podem contribuir no tratamento de pacientes queimados em todas as etapas da reabilitação. Tais intervenções são direcionadas aos desejos do sujeito e na diminuição do sofrimento no contexto hospitalar, na retomada das atividades do cotidiano, na reinserção deste na sociedade e nas suas redes de pertencimento, podendo possibilitar a este indivíduo um maior bem-estar. Ao fazer a correlação com a literatura pôde-se compreender que a terapia ocupacional junto ao tratamento de pacientes queimados tem um importante papel para a recuperação desse indivíduo. Além disso, espera-se que este trabalho possa colaborar com a produção de conhecimento da área, influenciando um melhor atendimento a esta população.

**Palavras-chave:** Queimaduras, Terapia Ocupacional, Pacientes, Reabilitação.

### Abstract

The burn causes an abrupt change in the individual's appearance and function of his/her body, leading to the need of many cares for a long period of treatment. During and after hospitalization appear many emotional problems such as stress, anxiety, depression, fear, frustration, besides the unknown about the recovery process and healing of the skin, which affect the performance of the person's occupational roles. This paper reports a burn experience since burn treatment center until the return of activities, from a perspective of who had lived it. It is characterized as a qualitative study and an experience report, which one of the researchers, and student of an undergraduate occupational therapy course, not only had lived, but also observed the facts covered. As an occupational therapy student, were reflected and discussed interventions of this professional that can help in the treatment of patients who suffered burn, in all stages of the rehabilitation. These interventions are directed by the wishes of the patient and to decrease of suffering in the hospital context, recovery of daily activities, reinsertion of the patient on the society and in their cycle of activities, making possible more well-being to this person. When correlating with the literature was possible to understand that the occupational therapy associated with the treatment of burn patients has an important role for the recovery of this patient. Besides that, it is expected that this work can contribute with the knowledge production, influencing a better service to this people.

**Key words:** Burns, Occupational Therapy, Patients, Rehabilitation.

### Resumen

La quemadura provoca un cambio abrupto en la apariencia del individuo y en la función de su cuerpo, llevándolo a la necesidad de varios cuidados por un largo período de tratamiento. Durante y después de la hospitalización surgen varios problemas emocionales, como estrés, ansiedad, depresión, miedo, frustración, además del proceso de recuperación y cicatrización de la piel, que afectan el desempeño de los papeles ocupacionales del sujeto. El presente trabajo relata la vivencia de la quemadura desde el centro de tratamiento de quemados hasta la reanudación de las actividades, bajo la óptica de quien vivenció. Se caracteriza como un estudio cualitativo y un relato de experiencia, en el que una de las investigadoras, estudiante de un curso de gradación en terapia ocupacional, vivenció y no sólo observó los hechos abordados. Como estudiante de terapia ocupacional fueron reflejadas y discutidas posibles intervenciones de este profesional que pueden contribuir en el tratamiento de pacientes quemados en todas las etapas de la rehabilitación. Estas intervenciones se dirigen a los deseos del sujeto y en disminución del sufrimiento en el contexto hospitalario, en la reanudación de las actividades del cotidiano, en la reinserción de éste en la sociedad y en sus redes de pertenencia, pudiendo posibilitar a este individuo un mayor bienestar. Al hacer la correlación con la literatura se pudo comprender que la terapia ocupacional junto al tratamiento de pacientes quemados tiene un importante papel para la recuperación de ese individuo. Además, se espera que este trabajo pueda colaborar con la producción de conocimiento del área, influyendo en una mejor atención a esta población.

**Palabras clave:** Quemaduras, Terapia Ocupacional, Pacientes, Rehabilitación.

### Camila Favero Fiorin

Terapeuta ocupacional do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG, Brasil.  
[camilafaverofiorin@hotmail.com](mailto:camilafaverofiorin@hotmail.com)

### Mariana Midori Sime

Docente do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Vitória, ES - Brasil.  
[mariana.sime@ufes.br](mailto:mariana.sime@ufes.br)

### Teresinha Cid Constantinidis

Docente do curso de graduação em Terapia Ocupacional e Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Vitória, ES - Brasil.  
[teracidc@gmail.com](mailto:teracidc@gmail.com)

## 1 INTRODUÇÃO

A queimadura é um trauma que resulta em uma mudança abrupta na aparência do indivíduo e na função do seu corpo. O paciente queimado passa a ter que conviver com uma nova rotina e com a dor, frequentando centro de tratamento e ambulatório cercado de pessoas e cuidados, como a realização de curativos e exercícios e, dependendo da extensão e profundidade da lesão, procedimentos invasivos, como debridamentos e enxertias<sup>1</sup>. Além disso, o reconhecimento desse novo corpo é um processo doloroso por onde perpassam questões de baixa autoestima, medo de possíveis limitações e até mesmo a preocupação da aceitação das outras pessoas quanto a sua nova aparência<sup>2</sup>.

De acordo com Helm *et al*<sup>1</sup>, durante e após a hospitalização surgem vários problemas emocionais, como estresse, ansiedade, depressão, medo, frustração, insegurança quanto ao processo de recuperação e cicatrização da pele, que afetam o desempenho dos papéis ocupacionais do sujeito. Dessa forma, esse sujeito tem que buscar em si as informações conhecidas anteriormente à lesão e juntar outras informações e habilidades que serão reaprendidas para a reconstrução do seu novo cotidiano<sup>3</sup>.

Poucos estudos abordam o tema da queimadura e a vivência com as sequelas pela visão de quem passa por essa situação. Ressalta-se que o ponto de vista neste trabalho, é de uma pessoa que passou pela queimadura e é estudante de terapia ocupacional, o que traz outros contornos a esta experiência e discussão. O fato ocorreu no início da formação acadêmica em que a autora ainda não tinha o conhecimento de toda a abrangência da terapia ocupacional. Com o tempo de recuperação e a influência que esse acontecimento teve e ainda tem sobre sua vida, percebeu-se quão importante é discutir esse tema pensando nas perspectivas da profissão e no benefício aos pacientes.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi relatar a vivência da queimadura desde o período de internação no centro de tratamento de queimados (CTQ), passando pelo tratamento ambulatorial, até a retomada das atividades, sob a ótica de quem vivenciou e vivencia o processo e reflete, a partir da literatura sobre a temática das queimaduras, sobre a terapia ocupacional.

### 1.1 A História

Esse estudo tem grande relevância para mim e para a minha família porque foi um processo construído conjuntamente com aqueles que viveram comigo o enfrentamento da queimadura. Isso porque ao escrever, recorri a essas pessoas a fim de reunir um maior quantitativo de informações possível, e com detalhes que por vezes não foram vividos somente por mim. Relembrar esses fatos foi muito rico, podendo pensar nas minhas futuras práticas como terapeuta ocupacional e, ao mesmo tempo, doloroso, pois foram acontecimentos que causaram sofrimento.

O acidente, um choque elétrico em fios de energia de alta tensão da rede elétrica da rua, ocorreu em 2011, na zona rural de um município de pequeno porte do interior do estado do Espírito Santo. Em cidades onde não há cobertura para o uso de telefones celulares é comum a compra de uma antena específica que capta o sinal e, assim, torna possível a utilização destes aparelhos que ficam conectados à antena por um fio e, portanto, somente podem ser utilizados no ambiente domiciliar.

O acidente se deu quando minha avó e eu fazíamos a tentativa de captar um sinal da rede de telefonia celular. A antena, que estava nas mãos da minha avó, encostou no fio de alta tensão da rede elétrica que fica muito próximo à residência, ocasionando lesões que se estenderam por todo o nosso corpo, levando-nos a internação, por dois meses, em um hospital público da região metropolitana do Estado, o único que possui CTQ para atendimento de adultos.

## **1.2 As lesões, a amputação, a autoimagem e o olhar do outro.**

A queimadura pode ocorrer de várias formas e atingir uma espessura parcial (primeiro e segundo grau) ou total (terceiro grau) e a classificação é dada por meio das informações do agente causal e da porcentagem do corpo atingido<sup>1</sup>. O acidente trouxe como lesão principal queimaduras de segundo e terceiro graus em diversas áreas do meu corpo, no total de 30%, e no da minha avó, em aproximadamente 9,5%. Adquirimos lesões na cabeça, nos braços e antebraços, mãos, dorso, glúteos, panturrilha e calcâneos, além de cicatrizes devido às áreas doadoras para enxertias. Além disso, eu também tive uma queimadura na mama direita devido à posição em que fiquei após o desmaio, durante o choque.

Como lesões permanentes, tive amputação da mão e parte do antebraço direitos e do segundo dedo da mão esquerda, lesões mais profundas das de minha avó que, por sua vez, teve amputação do primeiro dedo da mão esquerda e retirada de ligamentos necrosados da mesma mão.

Segundo Chini e Boemer<sup>4</sup>:

Perder uma parte do corpo é ter alterada toda uma existência, é viver uma incompletude que traz consigo uma série de alterações no existir. É ter que se adaptar/readaptar, aprender a viver novamente, agora assumindo uma outra perspectiva no mundo para si, para os outros, para os objetos (p. 03)<sup>4</sup>.

Não ter mais um membro não é fácil ou aceitável. É, ou compreender, da maneira mais difícil, que o ser humano é adaptável, ou revoltar-se contra a situação de maneira a não conseguir levar adiante uma vida satisfatória.

Via-me em uma situação de total fragilidade, vulnerabilidade em relação às outras pessoas. Esse fato iria implicar na minha vida em diversos aspectos, como a autoimagem, a readaptação a um novo modo de realizar as atividades da vida diária e também ter que aprender a lidar e conviver com diversos questionamentos colocados pela sociedade em geral, gerando um grande impacto no meu cotidiano.

O CTQ no qual estávamos internadas contava apenas com um profissional fisioterapeuta que passava algumas orientações e me atendia durante o banho. Isso culminou, somados à minha lesão inicial, outros fatores como a negligência e perda de amplitude de movimento (ADM) do coto, perda da ADM e função da mão esquerda e encurtamento da musculatura posterior dos membros inferiores, comprometendo minha marcha por muito tempo depois da internação. Além disso, haviam as cicatrizes que poderiam comprometer a realização do movimento do segmento atingido.

A reabilitação do paciente queimado perpassa por todos os estágios de sua recuperação. É de extrema importância que ainda no ambiente hospitalar haja atendimentos com profissionais variados, a fim de evitar problemas como deformidades, e já começar a readaptação do cotidiano pós-alta<sup>5</sup>. Tais profissionais são fundamentais nessa etapa do tratamento, visto que cada um, com seus objetivos e ações, contribui para a melhor e mais rápida recuperação.

No entanto, a reabilitação além do âmbito físico, deve ocorrer no âmbito psicossocial: no ambiente e também nas relações entre o indivíduo e o meio social, de modo a prepará-lo para a vida em todas as suas vertentes.

Conforme Carlucci *et al*<sup>6</sup> o tratamento em equipe do paciente queimado é fundamental para paciente e familiares, fornecendo suporte, explicando e esclarecendo procedimentos, intervenções e mantendo um vínculo com o paciente.

A presença de apenas um profissional de reabilitação no hospital, por um período do dia, não acompanhando adequadamente todos os pacientes, contribui para os problemas citados. Seria necessário um melhor investimento nas equipes hospitalares, com profissionais de reabilitação, para evitar danos, muitas vezes irreversíveis, à saúde dos pacientes.

Dentre os profissionais que atuam com pessoa com queimaduras, o terapeuta ocupacional tem um papel importante ao desenvolver atividades terapêuticas para que deformidades sejam prevenidas e, assim, haja um melhor prognóstico funcional. Visa-se o controle cicatricial, redução de edema, reeducação sensitiva, treino de atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária, dentre outras<sup>7</sup>. Este hospital não contava com terapeutas ocupacionais em seu quadro de profissionais.

Ao imaginar a realização de alguma atividade sem a mão, me deparava com a incerteza do que daria conta de realizar e da nova vida que teria fora do ambiente hospitalar, e até mesmo em relação ao retorno à faculdade.

No banho era onde a verdadeira aparência corporal se tornava realidade diante dos meus olhos, levando-me a um grande sofrimento ao perceber-me mutilada e marcada por toda a extensão do meu corpo. Siqueira e Juliboni<sup>8</sup> reforçam que a conscientização do ocorrido traz consigo as dúvidas e preocupações com as marcas (estéticas ou deformidades) deixadas pela queimadura.

Ainda quando internada, as dores ao tomar banho eram insuportáveis, sendo necessários anestésicos. Muitas vezes chorar era o caminho encontrado para que tal procedimento fosse realizado rapidamente, de modo que o efeito da droga fosse mais rápido que o desfazer dos curativos.

Após alta hospitalar foi quando a imagem desse novo corpo se concretizou ao se tornar pública e, junto a esse fato, vieram os conflitos e sentimentos, que geraram medo, angústia e até vergonha de me relacionar com outras pessoas. Costa *et al*<sup>2</sup> ressaltam que "outros aspectos repercutem na autoimagem: dificuldades relativas ao trabalho, à locomoção e aos relacionamentos, destacando-se limitações nos relacionamentos com a família e sexual" (p. 5)<sup>2</sup>.

Ao voltar à rotina e à universidade fui me deparando a cada dia com dificuldades, com olhares que incomodavam e, principalmente, tendo que me reconhecer naquele novo corpo com limitações, que não respondia da forma diferente, necessitando de alterações nas minhas ocupações.

Mesmo no ambiente acadêmico o pré-conceito foi evidente e as pessoas estranharam, num primeiro momento, minha presença na universidade. Onde antes eu era vista como aluna, no momento do retorno era identificada como paciente. Além disso, era um fato novo aos olhos dos que ali se encontravam, pois até então lidar com alguém amputado era somente através de livros, já que se trata de um centro de ciências da saúde, e agora eu estava ali, diante dos olhos de todos.

Frequentemente era abordada nas ruas e bombardeada de perguntas e isso, no início, incomodava bastante e, por vezes, me deixava em um estado depressivo. A população não está pronta e acostumada a ver pessoas que apresentam alguma diferença nas ruas. Algo ou alguém que sai do "padrão" sempre é visto como diferente, que não se inclui no meio. Isso desperta uma série de respostas que estão relacionadas à alteridade, ao convívio com a diferença. A diferença nos desestabiliza e a sociedade tende a negar a alteridade, na tentativa de fixar um suposto equilíbrio<sup>9</sup>. As respostas de estranhamento são diversas e, no meu caso, as pessoas estranhavam pelo fato de me encontrarem, apesar das condições adversas, circulando com independência pela cidade e sendo produtiva.

Penso que as pessoas estão acostumadas a realizar atividades cotidianas de uma maneira que é comum a todos, e por isso mostram estranhamento diante de outras formas de fazer como também de se relacionar com o ambiente e com o outro.

Schewinsky<sup>10</sup> relata que a pessoa com deficiência física:

(...) passa a ser uma ameaça, mesmo que imaginária, para os outros, pois nele está contida a frágil natureza da humanidade, a possibilidade das limitações, o sofrimento que se quer negar e ocultar a qualquer preço. (...) seu corpo não condiz à estética pré-estabelecida, ainda hoje, é considerado por muitos como sucata humana (p. 10)<sup>10</sup>.

A sociedade não enxerga a pessoa com deficiência como tendo potencial e vontade de viver. Ela a coloca no lugar de menos valia, que não consegue fazer nada sozinha e que sempre necessita de alguém "normal" ao lado. Considero que o preconceito é algo instalado na sociedade e mais uma barreira a ser transposta pelas pessoas com qualquer tipo de diferença. Esse olhar da sociedade me incomoda até hoje, pois acredito que todos temos necessidades diferentes, tendo alguma deficiência ou não.

Com o passar do tempo fui acostumando com o novo corpo e fui me redescobrimo e me libertando da vergonha de aparecer para os outros. Vi as possibilidades de melhora da aparência através de tratamentos e me aceitei nesse novo corpo, assumindo marcas e uma postura mais forte frente à sociedade e à vida.

### **1.3 Ambiente hospitalar, a dor e a perda da independência.**

Desde o primeiro momento ao recobrar a lucidez, ainda no hospital, o meu maior desejo era voltar à minha vida anterior, à minha casa e ao convívio das pessoas com as quais me relacionava. Estar, de alguma forma, debilitada, traz muito sofrimento, incômodo, angústia, dentre tantos outros sentimentos. Porém, sentir tudo isso em um ambiente que não é a própria casa, com rotina que anteriormente não fazia parte do contexto de vida, exacerba ainda mais o sofrimento. O hospital possui rotinas, procedimentos e dinâmica própria, que por muitas vezes coloca o paciente em uma posição passiva, não levando em conta o sofrimento e, muito menos, os desejos dos sujeitos que ali se encontram.

Ficar nesse ambiente significa estar totalmente vulnerável a procedimentos invasivos que causam dor, insegurança, medo e que frequentemente são realizados sem qualquer explicação. Há uma submissão do paciente para com os profissionais de saúde, os quais, muitas vezes desconsideram suas falas e de seus familiares limitando o cuidado a práticas individualistas<sup>4</sup>. O paciente queimado é submetido frequentemente a procedimentos, como debridamentos, enxertias, troca de curativos com limpeza da área lesionada, que o levam a diversos questionamentos e sofrimento, os quais não podem ser sanados apenas por medicamentos.

O profissional da saúde tem que estar aberto ao envolvimento com o paciente, ter empatia pelo sofrimento, ter uma postura humanizada, com uma escuta que pode ser de grande valia para a melhora do seu estado geral. Meu pensamento corrobora a afirmação de Rafacho *et al*<sup>11</sup>: "(...) a mais formidável tecnologia, sem ética, sem delicadeza, não produz bem-estar" (p.2032)<sup>11</sup>. Gomes<sup>12</sup> aponta que o profissional de terapia ocupacional é o que mais dialoga e tem proximidade com os pacientes, pois lida diretamente com a rotina hospitalar vivenciada pelo sujeito e o cotidiano anterior à internação.

O hospital comumente é visto como uma prisão pelo paciente, onde fica impossibilitado de estar em contato com determinadas pessoas da família e amigos, usufruir das mesmas coisas que tem em sua casa e pouco contato até mesmo com a luz do sol. De Carlo *et al*<sup>13</sup> apontam a necessidade da quebra da lógica curativa e medicamentosa do hospital, principalmente através da inserção do terapeuta ocupacional na equipe, o qual poderá intervir no planejamento e organização dos quartos e outros ambientes, poderá planejar atividades juntamente com o paciente e familiares para a promoção do bem-estar e humanização desse momento, minimizando os efeitos da hospitalização.

Por estar sendo submetido a vários procedimentos todos os dias, o paciente queimado sente muita dor nas áreas lesionadas, principalmente no momento de troca de curativos<sup>6</sup>. No meu caso esta troca ocorria durante o banho, que precisava ser realizado com anestésicos. Por ser o momento mais doloroso fisicamente, as altas doses de anestésicos faziam com que vários acontecimentos sequer eram percebidos e assimilados. Essa dor foi mais evidente no hospital pelos diversos procedimentos e por ser a fase aguda da lesão. Segundo Duarte *et al*<sup>14</sup> os próprios profissionais de enfermagem reconhecem a presença da dor no paciente e a necessidade de lidar com isso. No entanto, ressalta a fragilidade desses profissionais que muitas vezes não foram preparados para lidar com esse público, sofrendo junto com o paciente durante as intervenções e até mesmo culpabilizando os familiares pelo acontecido.

Entretanto, os pacientes queimados vivenciam vários outros processos dolorosos, além da dor física. Para mim, estar internada, por exemplo, causava uma solidão imensa que, quando comparada à dor física era mais fácil de ser suportada. Nesses casos, a presença de um profissional que esteja atento e ajudando a lidar com essas dores pode colaborar no processo de enfrentamento da fase de solidão<sup>8</sup>.

Sempre procurei ser uma pessoa independente na vida, tendo recebido esta formação dos meus pais ao longo do meu desenvolvimento e quando me deparei, ainda no hospital, com a condição de total dependência me senti muito triste, frustrada, sem potência alguma de retomar minhas atividades. Ser ou estar dependente gera um desconforto, pois o paciente não quer que sintam compaixão e também não quer "dar trabalho" para seus familiares<sup>4</sup>.

Quando se está hospitalizado não há muito como questionar os procedimentos hospitalares, ainda que sejam invasivos. Porém não poder ao menos escolher o que e como comer, e a que horas por exemplo, gera um sentimento muito grande de dependência e de impotência. No hospital fica evidenciada a perda do controle desse espaço e da privacidade do paciente, que precisa se submeter aos acontecimentos deste local<sup>15</sup>. Nas últimas semanas de internação eu já não conseguia ingerir a comida oferecida e perdi muito peso. A alternativa encontrada foi pedir que viesse somente sopa, porque assim, eu conseguia engolir sem ter que sentir muito o gosto do alimento.

Pensando no hospital de maneira humanizada, o paciente deveria ser acolhido, no sentido de ter mais voz para que sejam respeitadas suas individualidades, privacidade e desejos, dentro do possível, bem como receber explicações simplificadas sobre seu processo.

Para Rafacho *et al*<sup>11</sup>, acerca da humanização do ambiente hospitalar, os aspectos a serem trabalhados devem ser “a vida, o sofrimento e a dor de um indivíduo fragilizado pela doença” (p. 2032)<sup>11</sup>.

#### 1.4 Família

Concordo com Sarti<sup>16</sup>, para quem a família tem a função de dar sentido às relações entre os indivíduos e servir de espaço de elaboração das experiências vividas. Neste percurso, tenho trazido comigo meus familiares que também estão tendo que lidar com as cicatrizes desse processo.

Todos os familiares que têm algum envolvimento na vida do paciente são afetados com sentimentos semelhantes, tais como ansiedade, medo, sofrimento, culpa e até vergonha<sup>17</sup>. Sou a neta mais velha da minha avó e durante toda a vida ela teve muito cuidado comigo, dando atenção, carinho, sempre com muito zelo. Devido ao acidente ter ocorrido junto a ela gerou-lhe um sentimento de culpa sobre a responsabilidade do fato. Durante a internação a minha amputação foi mantida em sigilo para a minha avó por bastante tempo, sendo lá o início da sua depressão que perdura até hoje, porém com menor intensidade.

A reação da minha avó corrobora com as afirmações de Goyatá *et al*<sup>18</sup>, para os quais, a perda, seja de pessoas ou parte do corpo, é um fator estressor para o familiar que acompanha a pessoa com queimadura. A depressão da minha avó fez com que eu sentisse que a cada dia precisava ser mais corajosa e forte para que ela me visse bem e assim, melhorasse, o que me trouxe sofrimento por não poder expressar meus sentimentos com outras pessoas da família. Imaginava que ao me mostrar “fraca” o sentimento de culpa da minha avó iria aumentar.

Na verdade, minha família toda teve que lidar rapidamente com uma situação inesperada. A hospitalização decorrente de queimaduras ocorre de forma rápida e imprevisível, sem tempo para as pessoas se prepararem para tal<sup>17</sup>.

Em todos os dias pensava muito na minha família e no quanto todos estavam sofrendo com a situação. Não só o meu cotidiano foi transformado, mas o deles também. Todas as semanas tinha uma visita de familiares e minha mãe deixou nossa casa e seu trabalho no interior para cuidar de mim. Por vários momentos no hospital sofria por imaginar o tamanho da dor que todos estavam enfrentando por mim e comigo. Ao imaginar a dor da minha família e principalmente da minha mãe fico pesarosa, mas ao mesmo tempo é o que me fortalece para enfrentar as dificuldades do dia a dia.



### 1.5 Reabilitação, cotidiano e a Terapia Ocupacional

Após um ano me recuperando, entre tratamentos hospitalares e reabilitação em casa, retornei com minhas atividades na Universidade. Foi então, que comecei a me deparar com as mudanças no meu cotidiano e aprofundar mais no que realmente é a terapia ocupacional e suas possibilidades de atuação.

Estar de volta à capital, ao convívio dos amigos e frequentar os lugares que frequentava antes da queimadura foram um propulsor para levar a vida em frente novamente e ter uma reabilitação mais rápida, por ver novas possibilidades de relação com aquele meio que continuava o mesmo, apesar da minha mudança. Comecei a perceber o quanto seria valioso e importante se no meu momento como paciente tivesse tido a oportunidade de ser atendida por este profissional e o quanto a reabilitação teria sido mais rápida e menos sofrida.

Siqueira e Juliboni<sup>8</sup> ressaltam a atuação do terapeuta ocupacional na prevenção das sequelas físicas em queimados. Sendo a atividade, na perspectiva da terapia ocupacional, recurso importante na retomada de práticas significativas do paciente no ambiente hospitalar, tem efeito valioso ao proporcionar a vivência de um cotidiano em que podem ser exploradas várias questões, como coordenação motora, força, ADM, autoestima. Segundo as autoras, a atividade "mobiliza vontades e desejos" (p. 85), levando o indivíduo a se tornar ativo novamente<sup>8</sup>.

Outro recurso importante utilizado pela terapia ocupacional no atendimento a pessoas com queimaduras e/ou com amputações, são as órteses, para evitar contraturas e deformidades<sup>7</sup>. No meu caso, poderiam ter evitado a diminuição da ADM do cotovelo e o encurtamento da musculatura posterior de membros inferiores, por exemplo. Ainda, várias adaptações poderiam ter sido confeccionadas visando maior independência<sup>7</sup>, principalmente para alimentação para que pudesse comer sozinha.

Sendo assim, a terapia ocupacional pode contribuir, em todas as etapas da reabilitação, trabalhando com os desejos do sujeito no contexto hospitalar até a retomada de suas atividades cotidianas, através de novas formas de realização de suas atividades, fazendo uso ou não de adaptações.

Para Chini e Boemer<sup>4</sup> "o retorno às atividades traz consigo uma sensação de plenitude, onde as possibilidades tornam-se concretas e deixam de fazer parte de um mundo desejado para um mundo vivenciado (p.5)<sup>4</sup>. Os desafios deste novo cotidiano estavam presentes tanto para mim quanto para meus familiares. Em um café com a família, em uma tarde na casa da minha avó, por exemplo, deram-me café no copo e eu disse que só iria tomá-lo se fosse na xícara. Eles não queriam me dar com receio de que me queimasse, pois a dificuldade de segurar na alça da xícara seria maior que no copo. Frente a isso resisti e só tomei café na xícara, assim como fui sendo teimosa ao enfrentar as dificuldades, procurando um cotidiano de acordo com meu bem-estar, que no caso, estava em manter, mesmo com certo esforço, hábitos anteriores ao acidente. "O extraordinário do cotidiano é superar o próprio cotidiano" (p. 19)<sup>3</sup>.

Segundo Benetton *et al*<sup>19</sup>, a Terapia Ocupacional visa o encontro de um cotidiano possível, já que as pessoas que necessitam deste profissional tiveram seu cotidiano transformado pela interrupção e não pela sua supressão. Dessa forma, atinge e atua nesta esfera entre os limites e possibilidades de construção e transformação da vida cotidiana.

A autoestima, autoconhecimento e afirmação desse novo corpo também são focos da atuação do terapeuta ocupacional, trazendo o indivíduo para uma vida que é muito mais que apenas um membro e que o olhar precisa dirigir-se ao todo e dele extrair as potencialidades<sup>7</sup>.

## 2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho relatou a experiência direta de uma estudante de terapia ocupacional no tratamento da queimadura, correlacionando fatos desse processo com a literatura referente à área. Ao fazer a correlação com a literatura pode-se compreender que a terapia ocupacional junto ao tratamento de pacientes queimados tem grande importância para a recuperação desse indivíduo.

Evidencia-se a ausência do terapeuta ocupacional no processo de reabilitação narrado e ressalta-se que os atendimentos foram realizados em CTQ da região metropolitana de um estado da Região Sudeste, e não em uma cidade de pequeno porte, o que justificaria, em parte, a carência deste profissional. A ausência do terapeuta ocupacional, apesar da demanda explícita de cuidados referentes ao seu núcleo de competência, aponta a necessidade da organização da categoria para o preenchimento destas lacunas que não respondem a todas as necessidades das pessoas que procuram os serviços.

Considera-se que este trabalho contribui para a discussão da área, visto que na literatura concernente à Terapia Ocupacional e queimados, verificou-se poucos trabalhos com este direcionamento.

## Referências

1. Helm PA, et al. Reabilitação de Queimados. In: Delisa JA; Gans BM. Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e prática. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2002. p. 1653-1677.
2. Costa MCS, et al. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. Rev. Latino-Am. Enfermagem. São Paulo. 2008; 16(2):252-259. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200013>.
3. Guimarães GT. Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva. In: Guimarães GTD; Fernandes I. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p. 147.
4. Chini COG; Boemer RM. A amputação na percepção de quem a vivência: um estudo sob a ótica da fenomenológica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto. 2007; 15(2):330-336. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200021>.

5. De Castro ANP; Júnior EML. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras*. Fortaleza. 2014; 13(2):103-13. [Acesso em 03 dez 2015]. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/202/pt-BR/desenvolvimento-e-validacao-de-cartilha-para-pacientes-vitimas-de-queimaduras>.
6. Carlucci VDS, et al. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo. 2007; 41(1):21-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100003>.
7. Rodrigues Júnior JL, et al. Terapia Ocupacional em queimados: pesquisa bibliográfica acerca da reabilitação física junto a indivíduos com queimaduras. *Rev Bras Queimaduras*. Belém. 2014; 13(1):11-17. [Acesso em 10 out. 2015]. Disponível em: [http://www.rbqueimaduras.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=193](http://www.rbqueimaduras.org.br/detalhe_artigo.asp?id=193).
8. Siqueira FMB; Juliboni EPK. O papel da atividade terapêutica na reabilitação do indivíduo queimado em fase aguda. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. São Carlos. 2000; 8(2):79-91. [Acesso em 20 out. 2015]. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/239/192>.
9. Rolnik S. Subjetividade, ética e cultura nas práticas clínicas. *Cadernos de Subjetividade*, 1995; 3(2):305-314.
10. Schewinsky SR. A barbárie do preconceito contra o deficiente – todos somos vítimas. *Acta Fisiátr*. 2004; 11(1):7-11. [Acesso em 10 out. 2015]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/viewFile/102465/100777>.
11. Rafacho AM, et al. A Terapia Ocupacional no Contexto da Humanização Hospitalar. *Anais do 11º Encontro Latino Americano de Iniciação científica e 7º encontro latino americano de iniciação científica*. Vale do Paraíba. 2007; 11(7):2031-2034. [Acesso em 10 out. 2015]. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2007/trabalhos/saude/epg/EPG00391\\_02C.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/epg/EPG00391_02C.pdf).
12. Gomes MGJPB. A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: um convite feito há mais de dez anos. *Revista CETO*. 2010; 12(12):21-26. [Acesso em 02 set. 2015]. Disponível em: <http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-04.pdf>.
13. De Carlo MMRP, et al. Terapia Ocupacional em contextos hospitalares. *Prática hospitalar*. São Paulo. 2006; 8(43):158-164.
14. Duarte MLC, et al. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Rev. Gaúcha Enferm*. Porto Alegre. 2012; 1(33):77-84. [Acesso em 07 out. 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100011).
15. Pupulim JSL; Sawada NO. Percepções de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Rev Bras Enferm*. Brasília. 2012; 65(4):621-629. [Acesso em 17 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a11v65n4.pdf>.
16. Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicologia USP*. 2004; 15(3):11-28. [acesso em 2015 out. 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n3/24603.pdf>.
17. Carvalho FL; Rossi LA. Impacto da queimadura e do processo de hospitalização em uma unidade de queimados sobre a dinâmica familiar: revisão de literatura. *Ciência, cuidado e saúde*. Maringá. 2006; 5(2):243-254. [Acesso em 02 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5088/3300>.
18. Goyatá SLT, et al. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(1):102-109. [Acesso em 02 set. 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100014).
19. Benetton J, et al. Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional. *Revista CETO*. São Paulo. 2003; 8(8): 27-40.

**Contribuição dos autores:** **Camila Fiorin** foi responsável pela vivência e redação do texto. **Mariana Sime** foi responsável pela orientação do trabalho de pesquisa, redação e revisão do texto. **Teresinha Constantinidis** foi responsável pela orientação e revisão do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto

Submetido em: 25/10/2018

Aprovado em: 13/003/2019

Publicado em: 31/07/2019