

Intervenção terapêutica ocupacional a paciente vítima de queimadura elétrica na fase aguda

Intervention occupational therapy to patient victim of electrical burn in the acute phase

Rafael Araújo Lira¹, Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva², Milla Soanégenes³

RESUMO

Introdução: Queimaduras são um problema de saúde significativo no Brasil. Atualmente, existem poucos estudos disponíveis para justificar a importância da reabilitação terapêutica ocupacional em pacientes queimados na fase aguda. O objetivo deste estudo é relatar a importância da terapia ocupacional em pacientes vítimas de queimadura elétrica na fase aguda. **Método:** Estudo descritivo desenvolvido no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel da cidade de Natal/RN, durante o período de março de 2008 a maio de 2009, com pacientes acometidos de queimadura elétrica na fase aguda. **Resultados:** Observou-se o predomínio de pessoas do sexo masculino acometidos por queimadura elétrica na fase aguda, idade variável de 4 a 53 anos (57% adultos e 43% crianças). **Conclusão:** Os pacientes obtiveram evolução satisfatória no âmbito biopsicossocial, sendo notória a eficácia das atividades terapêuticas ocupacionais, com maior participação dos pacientes como sujeito ativo nas atividades de vida diária, favorecendo autonomia e independência funcional.

DESCRIPTORIOS: Queimaduras elétricas. Assistência centrada no paciente. Terapia ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: Burns are a significant health issue in Brazil. However, so far, there are few available studies to justify the importance of occupational therapeutic rehabilitation to burned patients in acute stage. The purpose of this study is to find the importance of occupational therapy to the victims of electrical burn in acute stage. **Method:** It's about a qualitative and quantitative study of longitudinal character, in agreement with the extension project developed at the Center of Treatment for Burnt from the Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, in the city of Natal/RN, during the period from March 2008 to May 2009. **Results:** It was observed the predominance of people from the male sex, with variable age between 4 years old and 53 years-old, so that 57% were adults and 43% were children. **Conclusion:** By occupational therapeutic intervention the patients obtained satisfactory evolution on the biopsychosocial ambit, being notorious the effectiveness of occupational therapeutic activities, as well as, greater participation from the patients as active subjects of daily activities, favoring autonomy and functional independence.

KEYWORDS: Burns, electric. Patient-centered care. Occupational therapy.

-
1. Aluno de Graduação do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil.
 2. Terapeuta Ocupacional, especialista em saúde do idoso pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil.
 3. Terapeuta Ocupacional, especialista em Disfunções Físicas, professora do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil.

Correspondência: Rafael Araújo Lira
Rua Santana dos Matos, 10 – Inocoop – Natal, RN, Brasil – CEP 59380-000
E-mail: rafaellira51@hotmail.com
Artigo recebido: 14/11/2012 • Artigo aceito: 8/1/2013

As queimaduras estão se tornando um problema de saúde significativo no Brasil. Queimaduras elétricas correspondem aproximadamente a 5% das admissões nos centros de tratamento ao queimado, sendo consideradas um dos tipos de injúria mais agressivo ao organismo, em decorrência do acometimento de estruturas profundas, que são fontes de foco de infecção, com prognóstico reservado e de alta mortalidade. O trauma elétrico apresenta distribuição bimodal, com um pico em crianças menores de 6 anos, em ambiente doméstico, e outro em adultos jovens, em ambiente de trabalho¹.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Queimaduras estima que ocorram em torno 1.000.000/ano acidentes com queimaduras. Desses, 100.000 pacientes procurarão atendimento hospitalar e cerca de 2.500 poderão vir a falecer, direta ou indiretamente, em decorrência de lesões^{2,3}. De acordo com o Centro de Tratamento ao Queimado do Rio Grande do Norte, durante os anos de 2005 a 2009, foi registrado um aumento de 47% no número de casos de queimaduras⁴.

A injúria elétrica persiste como causa de muitas fatalidades e morbidade, responsável por mais de 500 mortes por ano nos Estados Unidos. Pouco mais da metade delas ocorre no trabalho e constitui a quarta causa de acidentes letais. Correspondem de 2% a 5% em adultos durante a jornada de trabalho e 2% a 3% das queimaduras ocorridas em crianças^{5,6}.

A queimadura elétrica é uma lesão ocasionada por meio de faísca, que são superficiais, ou passagem de corrente elétrica pelo organismo – mais graves, devido à profundidade da área atingida, que pode levar à exposição de tecidos musculares, ossos e até amputações⁷. As lesões ocorridas pelo uso inadequado da energia elétrica assumem importância considerável não só devido aos graus variáveis de lesão cutânea, mas pela destruição de tecidos profundos e ao alto índice de sequelas estéticas e funcionais.

Para Gala & Bressi (*apud* Botega)⁸, a enfermidade transforma o homem de um sujeito de intenção em um sujeito de atenção. A enfermidade pode provocar uma transformação e ruptura do cotidiano, na qual o sujeito ativo torna-se impossibilitado de dar continuidade a suas atividades cotidianas dentro da esfera biopsicossocial. Segundo Tedesco et al.⁹, o objetivo da terapia ocupacional no contexto hospitalar é diminuir os impactos gerados pela hospitalização, favorecendo a melhora na relação do sujeito com a internação, equipe e o momento vivido. Busca-se aproximar o sujeito de seu cotidiano, resgatando-se a possibilidade do “fazer”, de estar ativo na enfermagem, no tratamento e em suas escolhas.

O projeto de extensão Terapia Ocupacional em Queimados (TOQUE) é vinculado ao curso de Terapia Ocupacional de uma universidade privada. Inserida nesse projeto será apresentada a intervenção da Terapia Ocupacional em pacientes de queimadura elétrica. Os pacientes com queimadura elétrica apresentam quadro clínico/funcional de grande impacto no que diz respeito à lesão/deficiência, interferindo significativamente no desempenho ocupacional.

MÉTODO

O TOQUE foi desenvolvido em um hospital de referência no município de Natal, no Rio Grande do Norte, único hospital público da região metropolitana de Natal que possui um Centro de Tratamento de Queimado (CTQ). O projeto foi desenvolvido com o intuito de criar um espaço de ensino e aprendizado na área hospitalar e queimadura para discentes do referido curso. Teve início no ano de 2008, coordenado por duas docentes e, aproximadamente, cinco discentes por semestre.

Os protocolos utilizados pela Terapia Ocupacional no setor eram:

- avaliação terapêutica ocupacional inicial – referente à identificação do paciente, história da queimadura, histórico ocupacional, comprometimento nas atividades de vida diária, aspectos emocional, físico e clínico;
- Avaliação Escala Visual Analógica (EVA) – consistindo em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente e intervenção terapêutica ocupacional era desenvolvida de acordo com a necessidade da clientela (criança ou adulto).

Também era realizada leitura dos prontuários dos pacientes para complementar as informações de saúde e descrição dos atendimentos na conduta e evolução no prontuário. Os discentes realizavam em diário de campo sua descrição e percepções do atendimento. Também eram feitas tomadas fotográficas/filmagem e havia grupo de estudo com os discentes para o aprofundamento do conhecimento na área e planejamento das intervenções futuras.

Os dados apresentados foram colhidos no período de março de 2008 a maio de 2009, com pacientes acometidos por queimadura elétrica na fase aguda dos sexos masculino e feminino; 57% eram adultos e 43% crianças.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sete pacientes eram do sexo masculino, com idade entre 4 e 53 anos, o que corrobora com os demais estudos do Brasil e internacionais, pois o homem sempre está mais exposto a riscos de sofrer acidentes, trabalha em serviços que exigem maior esforço físico, manuseio de equipamentos mecânicos ou trabalho na rede de eletricidade^{10,11}.

Em relação ao local da queimadura, observou-se prevalência nos membros superiores, seguido por face, tronco, membros inferiores e pé. Nos membros superiores, houve maior incidência de lesões nas mãos e nos punhos¹². Na literatura mundial, também há alta incidência desse tipo de lesão nos pacientes admitidos em centros de tratamento de queimados. Dentre os pacientes que tiveram comprometimento das mãos, apenas um necessitou de órtese (posicionamento ventral de uso noturno) e talas de dedos, com objetivo de prevenir contraturas e elevar funcionalidade da mão. Órteses são recursos terapêuticos essenciais na reabilitação da mão. O uso apropriado desses dispositivos fornece aos pacientes oportunidades para alcançarem seu potencial máximo de recuperação e independência funcional¹³.

Os objetos que mais desencadearam a queimadura elétrica foram os fios de alta tensão, tomada de luz e máquina de soldar. Três dos sete pacientes sofreram queimadura por objetos de uso doméstico (fios descascados e tomadas elétricas). Tanto no ambiente doméstico quanto no trabalho, a falta de atenção e a realização de atividades de risco são situações que contribuíram para a ocorrência de grande parte dos acidentes. No ambiente domiciliar, a ocorrência de queimaduras está diretamente relacionada à utilização inadequada dos eletrodomésticos, bem como instalações de tomadas e fios descascados. No ambiente de trabalho, a ocorrência de queimaduras revela a falta de fiscalização por parte das empresas no incentivo e uso obrigatório dos equipamentos de proteção por parte dos trabalhadores.

Observou-se que quatro pacientes sofreram maiores sequelas decorrentes da descarga elétrica, por não utilizarem os equipamentos de proteção individual (EPI) durante a jornada de trabalho. Os acidentes ocorridos em adultos justificam-se pela falta de EPI, utilização inadequada de equipamentos elétricos e ausência de técnicos de segurança no local de trabalho^{1,3,6}.

As queimaduras causadas por calor, eletricidade, agentes químicos e radiantes são consideradas as lesões mais graves que o corpo humano pode sofrer. Ocorre intensa dor e período longo de internação, além de múltiplos procedimentos cirúrgicos e, frequentemente, cirurgias reconstrutoras. Nas intervenções clínicas, foi evidenciado um caso de necrose no pé, seguido de amputação de um terço abaixo do joelho. Ocorreram procedimentos de enxertia, retalho, desbridamento e fasciotomia, lesão do nervo radial na região ventral do punho, bem como surgiram complicações locais decorrentes de infecções por bactérias oportunistas¹⁴.

Nas atividades de vida diária, os pacientes apresentaram independência, semidependência e dependência. No estudo de Junior et al.¹², as funções mais prejudicadas foram o vestir-se, tomar banho e amarrar sapatos, quando relacionadas às queimaduras de mão, determinando graves limitações aos pacientes, pela importante função que o membro exerce nas atividades diárias. Queimaduras menores nas mãos podem resultar somente em incapacidade temporária. As atividades de vida diária são classificadas como: *“Tarefas de desempenho ocupacional que o indivíduo realiza diariamente. Não se resume somente aos autocuidados de vestir-se, alimentar-se, arrumar-se, tomar banho, e pentear-se, mas englobam também as habilidades de usar telefone, escrever, manipular livros, etc. além da capacidade de virar-se na cama, sentar-se, mover-se e transferir-se de um lugar a outro”*¹⁵.

No desempenho ocupacional e cotidiano foi realizado treino de atividade de vida diária (vestir-se, alimentação e cuidados pessoais). Dadas orientações para os familiares e/ou acompanhantes quanto aos benefícios do processo de independência funcional, de realizarem suas atividades de vida diária de forma ativa. Pôde-se observar uma melhora quantitativa na independência funcional. O processo avaliativo constitui rotina do serviço de terapia

ocupacional, envolvendo aspecto qualitativo, como história de vida ocupacional, interação com o acompanhante e equipe, como também aspecto quantitativo, como história clínica, desempenho ocupacional e sequelas¹⁶.

Ao verificar por meio da avaliação que uma das principais dificuldades diárias enfrentadas pelos pacientes foi vestir-se, e que os membros superiores foram os mais acometidos, a limitação de muitas outras atividades podem ser justificadas, como pentear os cabelos, escovar os dentes, barbear-se, lavar o rosto, alimentar-se, entre outros¹⁰. Por isso, a reabilitação foi determinada no início do tratamento e, dessa forma, os pacientes recuperam as habilidades da vida diária mais rapidamente.

O processo terapêutico ocupacional funciona como potencializador e facilitador de autonomia e independência do sujeito, pois a terapia ocupacional tem como objeto de intervenção a ocupação humana. Dessa forma, a especificidade do processo terapêutico pode ser entendida como: trabalho com atividades da vida diária, atividades da vida prática, criação de projetos práticos, avaliação, reorganização, ressignificação, instrumentalização e fortalecimento da vida ocupacional do sujeito nas suas dimensões de trabalho, lazer, automanutenção, etc. Esse processo terapêutico funciona como catalisador para os processos de mudança da vida ocupacional do sujeito desde sua chegada até o momento de sua alta¹⁷.

Questionados sobre a importância da movimentação do membro lesado, os procedimentos e a importância de realizarem as atividades de vida diária de forma independente, todos relataram que não sabiam e que achavam melhor que seus acompanhantes a realizassem. Segundo Gasperi et al.¹⁸, o período que antecede o procedimento gera angústias e medos, e estes podem interferir na recuperação do paciente. No entanto, quando há orientação no período pré-procedimento, ocorre redução no nível de ansiedade.

Podemos perceber sentimento de insegurança, medo e dor em relação aos procedimentos, como: troca de curativos, banho e a movimentação do membro afetado, quando deparamos com falas: *“... não quero tomar banho, ontem saí de lá todo dolorido”, “teve uma hora que senti que ia morrer de tanto medo...”, não quero mexer o meu braço, já estou muito dolorido da fisioterapia...”* ou ainda *“não consigo movimentar meu braço”, “...nem sei se vou conseguir me virar sozinho, fico nervoso só de pensar que vou sempre depender da minha esposa para comer, tomar banho...”*

Percebe-se, por meio das falas dos pacientes, que muitas são as dúvidas relacionadas aos cuidados e procedimentos. Demonstraram, também, ansiedade e medo em relação à volta às atividades cotidianas. Com esse contexto, o paciente torna-se ansioso e com gradativa diminuição da tolerância à dor. A intervenção terapêutica ocupacional tem como objetivo inicial adaptar o paciente à rotina hospitalar, explicar os procedimentos, a importância da movimentação ativa dos membros afetados e a reabilitação. Em consequência disso, o mesmo adapta-se melhor à rotina hospitalar.

O terapeuta ocupacional no setor de queimado tem o papel de investir na reorganização e reconstrução do indivíduo e seu cotidiano e o processo de intervenção deve garantir à participação ativa do sujeito, pois favorece a manutenção de sua integridade e dignidade como ser humano¹⁶.

Os pacientes e acompanhantes foram devidamente esclarecidos sobre os procedimentos, efeitos fisiológicos, higienização, participação ativa nas atividades de vida diária, bem como foram realizadas atividades lúdicas e de relaxamento, nas quais os pacientes puderam movimentar os membros afetados de uma forma descontraída, menos estressante e mecânica, gerando comportamentos positivos e maior participação ativa na realização de suas atividades da vida diária.

Na reabilitação terapêutica ocupacional no contexto hospitalar, as intervenções devem promover o envolvimento do paciente e sua família, além do fornecimento de informações sobre diagnóstico, objetivos, possibilidades de tratamento, bem como habilitar ou reabilitar dentro de suas limitações e/ou deficiências. O terapeuta ocupacional pode fazer uso de diversas atividades, sejam elas expressivas, lúdicas ou funcionais, utilizadas para ganho de força, amplitude de movimento, resistência e coordenação motora, expressão de sentimentos e relaxamento. No tratamento terapêutico ocupacional, o sujeito enfermo é estimulado a retornar gradualmente às suas atividades laborais, escolares e de lazer, bem como retornar sua vida comunitária e social¹⁹.

As atividades terapêuticas ocupacionais são conjuntos de ações que expressam o processo de experiência da vida real e subjetiva do sujeito, promovem e articulam saúde e o terapeuta ocupacional funciona como um fio condutor ou facilitador desse processo, possibilitando o desenvolvimento da vida contextualizada do ser no social e na trama cotidiana²⁰. Nessa teia de intervenção, as atividades terapêuticas ocupacionais favorecem a significação, ressignificação, organização, reorganização e resiliência do sujeito no seu tocante ao fazer humano no seu cotidiano. Entendendo o cotidiano uma sucessão de acontecimentos vividos, incluindo espaços sociais, tempos diversos, pessoas, objetos variados e que são desenvolvidos no dia-a-dia, o sujeito e o cotidiano são elementos inter-relacionados e constitutivos entre si, e esse cotidiano se revela no palco da vida, com imersão e compartilhamento do ser no mundo social e cultural.

Isso se faz todos os dias, e que somente é percebido quando deixa de existir devido a uma condição de saúde, por exemplo, pois acontece uma ruptura do tempo vivido. É construído a partir de signos, significados do fazer vivido e vivenciado no decorrer de toda a vida, como redes de fazeres saberes tecidas pelos sujeitos no seu cotidiano²⁰⁻²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da intervenção do projeto, pode-se observar a importância da intervenção terapêutica ocupacional a pacientes

acometidos por queimadura elétrica na fase aguda, oferecendo resultados positivos, reduzindo o número de sequelas físicas e psicossociais, recuperando a funcionalidade e a autonomia, favorecendo o seu retorno à sociedade.

Pode-se observar a prevalência do sexo masculino nos casos de queimadura elétrica. Isso se justifica, provavelmente, pelos diferentes comportamentos de cada sexo e por fatores culturais. Os estudos em relação ao gênero masculino têm se ampliado para compreensão das medidas protetivas à saúde e sua singularidade. Não que devamos restringir os trabalhos a gênero, mas o estudo do homem constitui um desafio.

Durante o desenvolvimento do trabalho, foram encontrados poucos autores que mencionam a injúria de queimadura elétrica e a intervenção da terapia ocupacional, o que demonstra a necessidade de novos estudos.

AGRADECIMENTOS

Dedicamos este trabalho aos profissionais e acadêmicos, como uma pequena contribuição para o desenvolvimento de novos estudos na área de queimadura elétrica. Agradecemos ao setor de Tratamento ao Queimado (CTQ) do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, pelo incentivo a pesquisa, a minha orientadora e, em especial, a Vanina Tereza, pelas muitas horas de atenção, para poder iniciar e concluir este trabalho com o melhor rigor científico.

REFERÊNCIAS

1. Miranda RE, Paccanaro RC, Pinheiro LF, Calil JA, Gragnani A, Ferreira LM. Trauma elétrico: análise de 5 anos. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(2):65-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde (DATASUS). Mortalidade por queimadura; 2005. [texto na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/> Acesso em: 20 jan 2012.
3. Curado ALCF. Redução da dor em pacientes queimados através da acupuntura [Monografia apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em fisioterapia]. Goiânia: Universidade Estadual de Goiás; 2006.
4. II Semana de Prevenção de Queimaduras do HMWG, 2011. [texto de Internet]. Natal: Governo do estado do Rio Grande do Norte; 2011. Disponível em: <http://www.walfredogurgel.rn.gov.br> Acesso em: 23 jan 2012.
5. Correia PC, Branco PD, Amary A. Queimaduras: fisiopatologia, diagnóstico, avaliação e seu tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Atheneu; 1980.
6. Paes CEN, Gaspar VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segra. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Suppl):S146-54.
7. Pellon MA. Queimaduras elétricas. In: Lima Júnior EM, Serra MCVF, eds. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2004. p.283-91.
8. Botega NJ. Reação à doença e à hospitalização. In: Botega NJ, org. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2006. p.49-66.
9. Tedesco S. A terapia ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In: De Marco MA, org. A face humana da medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p.151-5.
10. Albuquerque MLL, Silva GPF, Diniz DMSM, Figueiredo AMF, Câmara TMS, Bastos VPD. Análise dos pacientes queimados com sequelas motoras em um hospital de referência na cidade de Fortaleza-CE. *Rev Bras Queimaduras*. 2010;9(3):89-94.

11. Lacerda LA, Carneiro AC, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. *Rev Bras Queimaduras*. 2010;9(3):82-8.
12. Júnior GFP, Vieira ACP, Alves GMG. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós-alta hospitalar. *Rev Bras Queimaduras*. 2010;9(4):140-5.
13. Ferrigno ISV, Freitas PP. Lesões dos nervos periféricos. In: Freitas PP, ed. *Reabilitação da mão*. São Paulo: Atheneu; 2006. p.211-30.
14. Herson MR, Teixeira Neto N, Paggiaro AO, Carvalho VF, Machado LCC, Ueda T, et al. Estudo epidemiológico das sequelas de queimaduras: 12 anos de experiência da Unidade de Queimaduras da Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(3):82-6.
15. Tromblt CA. *Terapia ocupacional para disfunção física*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1989. p.514.
16. Munguba MC, Vicentini C. *Terapia ocupacional*. In: Lima Junior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVS, eds. *Tratado de queimaduras no paciente aguda*. São Paulo: Atheneu; 2008.
17. Ferigato S, Ballarin MLGS. A alta em terapia ocupacional: reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para a vida. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2011;19(3):361-9.
18. Gasperi P, Radunz V, Prado ML. Procurando reeducar hábitos e costumes: o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enferm*. 2006;11(3):252-7.
19. Carvalho LMG. *Terapia ocupacional na reabilitação de pacientes neurológicos adultos*. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC, eds. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus; 2001. p.200-32.
20. Castro ED, Lima EMFA, Brunello MIB. *Atividades humanas e terapia ocupacional*. In: Carlo MRP, Bartalotti CC, eds. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus; 2001. p.41-59.
21. Takatori M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *Mundo Saúde*. 2001;25(4):371-7.
22. Ferraço CE. Pesquisa com o cotidiano. *Educ Soc*. 2007;28(98):73-95.
23. Piráquine M, Auler LMG. Os significados do cotidiano. *Rev Ceto*. 2010;12(12):9-13.

Trabalho realizado no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Natal, RN, Brasil.