

Terapia ocupacional em queimados: pesquisa bibliográfica acerca da reabilitação física junto a indivíduos com queimaduras

Occupational therapy in burned: a literature search about physical rehab near the individuals with burns

Jorge Lopes Rodrigues Júnior¹, Natália de Nazaré Albuquerque Bastos², Paula Andressa Silva Coelho²

RESUMO

O presente artigo aborda a atuação terapêutica ocupacional junto ao paciente queimado, bem como as possíveis causas, consequências e tratamento, seja esta a curto e longo prazo, de uma queimadura. Este artigo de revisão bibliográfica tem por objetivo geral averiguar como a atuação terapêutica ocupacional na reabilitação física de queimados contribui para a promoção da melhora funcional e redução de danos nas áreas de ocupação desses indivíduos, e como objetivos específicos realizar um estudo bibliográfico abrangendo as variáveis: queimaduras, seus tipos, suas consequências e seu tratamento clínico; bem como identificar os principais recursos e técnicas terapêuticos ocupacionais na reabilitação física de queimados. Trata-se de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa considerando-se os aspectos descritivos. Desse modo, espera-se que esta produção científica possa, então, enriquecer o arcabouço teórico de seus leitores e, assim, disseminar conhecimentos acerca do tema referido.

DESCRITORES: Queimaduras. Reabilitação. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

This article discusses occupational therapy performance in the burned patient as well as possible causes, consequences and treatment this is the short and long of a burn. This literature review article has the objective to ascertain how the occupational therapy role in physical rehabilitation of burned contributes to the promotion of functional improvement and harm reduction in the areas of occupation of these individuals, and as perform a bibliographic study specific objectives covering the following variables: burns, their types, their consequences and their clinical treatment, as well as identifying the key features and technical occupational therapy in physical rehabilitation of burned. This is a literature review of qualitative approach considering the descriptive aspects. Thus, it is expected that this scientific production can then enrich the theoretical framework of its readers, and thus disseminate knowledge on the subject said.

KEYWORDS: Burns. Rehabilitation. Occupational Therapy.

-
1. Docente da Universidade do Estado do Pará e Especialista em Reabilitação Neurológica, Belém, PA, Brasil.
 2. Acadêmica do 4º ano de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Correspondência: Natália de Nazaré Albuquerque Bastos
Travessa Timbó, 2370, Belém, PA, Brasil – CEP: 66095-531.
E-mail: natbastos_10@hotmail.com

Artigo recebido: 18/9/2013 • Artigo aceito: 21/11/2013

INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta as queimaduras, bem como suas possíveis causas e consequências e ainda a frequência com que este fato ocorre na atualidade. Entretanto, não apenas isto, mas as mudanças ocorridas no cotidiano do indivíduo afetado e, também, as diversas formas de intervenção da terapia ocupacional junto ao mesmo, seja em aspectos físicos, psíquicos ou sociais.

As queimaduras consistem em lesões que se caracterizam pela destruição do tecido epitelial e, mais profundamente, de capilares e região vascular podendo até chegar a órgãos, variando com a intensidade da exposição ao fator responsável pela queimadura¹.

No Brasil, 1 milhão de casos de queimaduras ocorrem a cada ano, sendo 200 mil atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. Queimaduras, como causa de morte no Brasil, perdem apenas para acidentes de trânsito e homicídios².

As lesões por queimaduras não são um problema apenas de países em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, as queimaduras são a quarta causa de morte por trauma. Aproximadamente 1,25 milhões de pessoas sofrem queimaduras todos os anos, cerca de 1 milhão de pessoas requerendo tratamento. Dessas, 100.000 queimaduras são de moderadas a grave³.

As consequências deixadas pela queimadura geralmente não são apenas sequelas físicas, mas psíquicas também, uma vez que as cicatrizes podem ocasionar deformidades nas áreas atingidas, afetando, assim, a autoestima do indivíduo queimado, podendo desencadear novas consequências, como o comportamento depressivo, a clausura e a não socialização, dentre outros⁴.

Com base nisto, a terapia ocupacional possui diversas vertentes de atuação no que concerne à reabilitação física do indivíduo queimado, seja ele criança, adulto ou idoso⁵.

A partir disto, o interesse dos autores pelo tema surgiu da percepção das mesmas acerca da necessidade de conscientizar a população sobre as implicações de uma queimadura, bem como da importância de um tratamento adequado e ágil a partir do momento que esta ocorre, e ainda acerca da atuação terapêutica ocupacional neste processo, a qual é bastante efetiva no processo de reabilitação a curto e longo prazo.

Deste modo, é possível observar que o presente artigo justifica-se pela necessidade disseminar informações referentes ao tema abordado, bem como apresentar as diferentes atuações voltadas à reabilitação física que a terapia ocupacional pode desempenhar com indivíduos queimados.

O objetivo geral do presente trabalho foi averiguar como a atuação terapêutica ocupacional na reabilitação física de queimados contribui para a promoção da melhora funcional e redução de danos nas áreas de ocupação desses indivíduos e, como objetivos específicos, realizar um estudo bibliográfico abrangendo as variáveis:

queimaduras, seus tipos, suas consequências e seu tratamento clínico; bem como identificar os principais recursos e técnicas terapêuticas ocupacionais na reabilitação física de queimados.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que consiste relacionar, avaliar e investigar os pontos mais relevantes de todas as publicações no que se refere às variáveis clínicas, tratamento e reabilitação de queimados. A busca de artigos foi realizada nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*); LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Revista Brasileira de Queimaduras (RBQ); Ministério da Saúde (MS) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Utilizou-se como fonte de busca para livros acerca do tema a biblioteca da Universidade do Estado do Pará - Campus II.

Foram utilizados os seguintes descritores: pacientes queimados; reabilitação; terapia ocupacional. Como critério de inclusão, foram selecionados artigos que abordassem queimaduras, atendimento a queimados, tipos e grau de queimaduras e atuação terapêutica ocupacional junto a pacientes queimados publicados no idioma português, nos anos de 2008 a 2013.

Como método de exclusão, foram eliminados trabalhos que não se referiam ao tema do artigo, também aqueles que, embora tivessem como temas as queimaduras, não abordavam os seguintes aspectos: atendimento a queimados, tipos e grau de queimaduras e atuação terapêutica ocupacional junto a pacientes queimados. Foram excluídos também todos os referenciais publicados no período antecedente ao ano de 2008.

RESULTADOS

Queimadura: Conceito

As queimaduras são atualmente um grande problema de saúde pública, não só quanto à gravidade de suas lesões e ao grande número de complicações, mas também quanto às sequelas relevantes que marcam o paciente queimado. Podem ser provocadas por fatores térmicos, químicos ou elétricos, sendo os primeiros os mais frequentes, enquanto os últimos são os mais graves, além de ser uma afecção muito frequente nos centros hospitalares⁶.

A fisiopatologia da lesão por queimadura se dá pela destruição da integridade capilar e vascular, em razão de seus efeitos serem locais e sistêmicos. O comprometimento do tecido vai depender da intensidade da exposição térmica, das características da área queimada e das reações locais e sistêmicas¹.

A queimadura é definida como uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica, o qual o agente causador pode ser térmico (calor ou frio), elétrico, químico ou radioativo⁷.

Classificação das queimaduras

As queimaduras podem ser classificadas de acordo com a extensão da superfície corpórea queimadas, calculada em porcentagem total da área queimada (ATSQ). É possível, ainda, classificar queimaduras quanto à profundidade destas, as quais podem ser de primeiro, segundo ou terceiro grau⁸.

Quanto à extensão, o indivíduo pode ser classificado em: pequeno queimado, ou de pequena gravidade; médio queimado ou de média gravidade e grande queimado ou de grande gravidade⁹.

E quanto à profundidade, as queimaduras podem ser de 1º grau, isto é, quando dolorosas, duram de 48 a 72 horas e não há comprometimento hemodinâmico. Podem ser ainda de 2º grau, as quais podem ser superficiais ou profundas¹⁰.

Já na queimadura de 3º grau, a pele é geralmente destruída (epiderme e derme), com danos profundos, levando à alteração hemodinâmica na dependência da ATSQ, necessitando tratamento com intervenção cirúrgica para aproximação das bordas das feridas ou de enxertia cutânea¹¹.

Alguns autores ainda classificam as queimaduras até 4º grau. Desse modo, classificam-se como queimaduras capazes de ultrapassar as camadas da pele e atingir tecido adiposo, músculos, ossos ou até órgãos internos subjacentes, sendo esta a de maior gravidade¹².

Tratamento da queimadura e suas implicações na vida do indivíduo queimado

Ainda que o prognóstico para o tratamento da queimadura tenha melhorado nos últimos anos, ela ainda configura importante causa de mortalidade, além de resultar em morbidade pelo desenvolvimento de sequelas como: a incapacidade funcional, principalmente quando atinge os membros superiores e inferiores; as deformidades, sobretudo da face; as sequelas de ordem psicossocial; e, dependendo da localização, as queimaduras podem ainda causar danos neurológicos, oftalmológicos e geniturinários².

As principais sequelas motoras desenvolvidas durante o atendimento hospitalar são as cicatrizes hipertróficas, queloides, rigidez articular, contraturas de tecidos moles e/ou articulares¹.

Já do ponto de vista psicossocial, o paciente queimado se vê condicionado pela exigência da beleza física exterior e pela sua própria exigência interna, inconformado com a cicatriz na sua pele interferindo em sua autoimagem e, deste modo, pode-se imaginar o que uma pessoa queimada espera encontrar na retomada de suas atividades cotidianas¹⁰.

As pessoas que sofreram queimaduras consideram que as modificações decorrentes do trauma resultam em prejuízo à qualidade de vida, devido às desvantagens experimentadas no cotidiano, como dificuldade para conseguir um trabalho, ou

adaptar-se a trabalho desenvolvido anteriormente ou, ainda, porque não está mais em condições para trabalhar¹³.

Logo, pode-se inferir que as sequelas das queimaduras constituem um grande desafio, tanto no que se refere à prevenção quanto ao tratamento, incluindo os aspectos relacionados à fase de reabilitação⁸.

A despeito do prognóstico ter melhorado dramaticamente, graças aos avanços no tratamento dos pacientes queimados, em especial ao reconhecimento da importância do debridamento precoce e ao progresso no emprego de substitutos biológicos da pele, as queimaduras ainda configuram importante causa de mortalidade. Decorre daí o fato da correta abordagem inicial do queimado ser essencial para o prognóstico a curto e longo prazos¹⁴.

O tratamento inicial das queimaduras se dá em duas fases: a primeira é imediata, no instante em que ocorreu a queimadura, e a segunda ocorre na sala de emergência, com a equipe preparada e munida de equipamentos adequados.

Desta forma, o tratamento imediato corresponde primeiramente à interrupção da queimadura, em seguida à retirada das roupas e demais pertences, como anéis, pulseiras, cordões, brincos e outros, do indivíduo que sofreu queimaduras e, por fim, o isolamento térmico a partir de um tecido limpo¹⁵.

Já quanto à segunda fase, que ocorre em nível hospitalar em uma sala de emergência, ressalta-se que deve-se avaliar primeiramente as vias aéreas, a fim de observar a presença de obstruções; a seguir, na suspeita de intoxicação, administrar máscara de oxigênio 100% e umidificada; enfatiza, ainda, que todo o procedimento de urgência deve ser feito com a inclinação cervical de 30º.

Faz parte ainda desta fase de tratamento avaliar se há queimaduras no tórax, membros superiores e inferiores, verificar se ocorreu perfusão distal e ainda o aspecto circulatório do sistema vascular do indivíduo. Cabe, também, neste momento, avaliar a existência de traumas associados, bem como o tipo de queimadura quanto à sua extensão e profundidade⁹.

Destaca-se, ainda, que o tratamento mais decisivo é o inicial, capaz de prevenir sequelas mais graves. No entanto, há o tratamento posterior, ou ambulatorial, o qual se trata da reabilitação das sequelas deixadas pela queimadura seja em nível motor, sensorial e outros¹⁶.

Terapia ocupacional na reabilitação física de pacientes queimados

Uma vez que a sobrevivência do paciente queimado tenha sido assegurada, as funções físico-funcionais, estéticas e emocionais se convertem nos maiores fatores para a subsequente qualidade de vida. Diante disso, a terapia ocupacional atua na prevenção de deformidades, manutenção da mobilidade articular e restituição da função.

Essas abordagens, alcançadas por meio de um programa de tratamento que envolve posicionamento adequado, a estimulação da movimentação ativa precoce, o uso de órteses e adaptações, quando necessário, o controle da cicatrização e do edema, a estimulação da função mediante atividades terapêuticas; reeducação sensitiva e o treinamento da independência nas Atividades da Vida Diária e Atividades de Vida Prática norteiam as metas do tratamento terapêutico ocupacional na reabilitação do paciente queimado¹⁷.

O primeiro passo do terapeuta ocupacional junto ao indivíduo com queimadura é a avaliação inicial, a qual tem por objetivo determinar o comprometimento inicial das áreas queimadas, sendo de suma importância para o planejamento do tipo ideal de tratamento para um determinado paciente.

A avaliação inicial consiste na determinação da extensão, da profundidade, e do local comprometido pela queimadura. Nela, são realizadas também medidas de goniometria, força muscular, avaliação de sensibilidade, avaliação de edema e quantificação subjetiva da dor¹⁸.

Em relação à prevenção de deformidades e sequelas físicas e funcionais, descreve-se como cuidados de reabilitação da queimadura, o posicionamento adequado, por meio de posturas antideformantes; a imobilização por meio da indicação de órteses; controle da cicatrização e do edema; reeducação sensitiva e a mobilização, por meio de exercícios passivos e ativos, até que cheguem as atividades terapêuticas mais elaboradas, culminando, por fim, com o treino das atividades de vida diária e vida prática¹⁹.

No que concerne o posicionamento adequado, uma equipe experiente orientará o tratamento do queimado para a prevenção das atitudes viciosas. A terapia ocupacional também estará dirigida à máxima reabilitação. Busca-se evitar as más posições tanto quanto as pressões excessivas por meio de uma imobilização que incomode o menos possível a manutenção da musculatura¹⁷.

O propósito do posicionamento adequado é reduzir edemas, mantendo as partes envolvidas em uma posição antideformantes. O posicionamento adequado é crítico porque a posição de maior conforto para o paciente é geralmente a posição de contratura²⁰.

A postura antideformante é oposta à direção de tração do tecido cicatricial, podendo ser, ou não, a posição funcional. O pescoço deve ser posicionado em moderada extensão, quando o paciente apresentar queimadura na região cervical anterior ou em circunferência. Travesseiros nunca devem ser utilizados, pois favorecem a flexão, levando a retrações incapacitantes. O ombro deve ser posicionado em abdução de 90° e em rotação externa, quando a queimadura for na região axilar. Essa posição pode variar de acordo com a tolerância do paciente, sendo mantida mediante o uso de braçadeiras acolchoadas.

Já o cotovelo, deve ser mantido em extensão total, quando o paciente apresenta queimadura na face anterior. O antebraço deve

ser mantido em posição neutra. O punho deve ser posicionado em extensão entre 20° e 30°. Atenção deve ser dada às queimaduras na face dorsal, que têm grande tendência às retrações cicatriciais em hiperextensão, e na face ventral, que propiciam as retrações em flexão. A mão deve ser posicionada com as articulações metacarpofalângicas em flexão de 70°, as interfalângicas em extensão e o polegar em abdução²¹.

No que concerne à intervenção ortótica, trata-se de um recurso importante no tratamento das afeções musculoesqueléticas, uma vez que auxilia na obtenção de resultados mais precoces, abrevia o tempo de tratamento, reduz o estresse sobre os tecidos e restaura e aumenta a função dos mesmos²².

Para pacientes queimados, o uso de órteses funciona como um coadjuvante da terapia. Temos, com sua indicação, os seguintes objetivos: impedir a formação de retração cicatricial, prevenir deformidades, manter ou ganhar amplitude de movimento, evitar posições viciosas, proteger regiões operadas²¹.

Os horários de uso de órteses são ajustados à capacidade do indivíduo de participar de programas de exercício e posicionamento. Por exemplo, se um paciente consistentemente emprega um cotovelo afetado para se alimentar e durante a AVD no período diurno, é apropriado adaptar o tempo de uso da órtese de cotovelo para a noite e períodos de descanso.

Mas se, por outro lado, um paciente que não consiga acompanhar um programa de exercícios e posicionamento por causa de limitação durante a vigília ou motivação deficiente, deverá usar a órtese continuamente, exceto durante a troca de curativos e exercício terapêutico²³.

As órteses devem ser empregadas tão precocemente quanto possível na evolução pós-queimadura e são utilizadas continuamente durante o período de recuperação. O membro deve ser envolvido com uma camada de Rayon ou compressas, para proteção da pele. A inspeção diária, apesar da completa adequação da órtese, é absolutamente necessária, visto que a colocação inadequada pode causar edemas ou pontos de pressão²¹.

Durante a fase aguda, utilizam-se as órteses estáticas como um recurso terapêutico importante no posicionamento adequado e antideformante. Já na fase crônica, a indicação de órteses estáticas visando, principalmente, manter a amplitude articular obtida com os exercícios, ainda permanece. Pode-se, também nessa fase, lançar mão das órteses dinâmicas, desde que as regiões envolvidas estejam isentas de feridas abertas. O objetivo com esse tipo de órtese é exercer um força de tração para estirar o tecido cicatricial e, concomitantemente, ganhar amplitude de movimento¹⁷.

Quanto ao controle de edema, o mesmo é realizado por meio da elevação do membro queimado acima do nível do coração do paciente, com o posicionamento adequado do

membro em questão. Além disso, é fundamental a realização de exercícios ativos e passivos para mobilização articular, os quais auxiliam na drenagem dos fluidos.

Normalmente, o edema do paciente queimado cede entre duas e três semanas. Entretanto, em alguns casos, após longos períodos de imobilização, o edema do membro pode persistir, sendo necessário prolongar a terapia para controlá-lo¹⁸.

Outra abordagem da terapia ocupacional é o controle cicatricial. A formação de tecido cicatricial é uma resposta natural para o fechamento da ferida. Uma cicatriz hipertrófica é vermelha, elevada e inelástica, contém um número aumentado de fibroblastos, quando comparada à pele normal. Além de não ser esteticamente atraente, a cicatriz hipertrófica pode limitar a competência funcional ao restringir a amplitude de movimento da articulação.

Deste modo, o terapeuta ocupacional tenta prevenir ou limitar o desenvolvimento de cicatrizes hipertróficas. Os métodos de tratamento incluem uma combinação de técnicas, incluindo terapia por pressão e massagem²³.

A finalidade de roupas de compressão, tais com bandagens, luvas ou malhas compressivas sobre as lesões em amadurecimento, é aplicar pressão perpendicular que se aproxime da pressão capilar, porque se postulou que as lesões amadurecem mais rapidamente, com cicatrizes menores, quando privadas de circulação e oxigênio.

O terapeuta ocupacional inicia a aplicação de pressão discreta via Tubigrip, envoltórios de bandagem elástica, Coban ou luvas Isotoner. De início, as bandagens compressivas são usadas por duas horas. O tempo de uso é gradualmente aumentado, com acréscimo de duas horas até que seja tolerado o uso por 24 horas. A tolerância é determinada pela ausência de bolhas ou áreas abertas²⁴.

As malhas compressivas também constituem um método prático e eficiente. Elas devem ser feitas sob medida para cada paciente, envolvendo e comprimindo a região comprometida pela queimadura. Devem ser utilizadas 24 horas por dia e retiradas apenas para higiene¹⁸.

É difícil propiciar os movimentos normais enquanto se mantém o controle adequado da cicatriz. Criatividade, habilidade, perseverança e questionamento contínuo do que pode ser feito constituem as qualidades necessárias para o terapeuta ocupacional. Nenhum dispositivo ou roupa de pressão é perfeito, sendo necessária a reavaliação frequente para garantir a pressão e a adequação apropriadas²⁴.

Cabe também ao terapeuta ocupacional a reeducação sensitiva. A grande destruição cutânea lesa terminações nervosas e os receptores de sensibilidade. A reeducação sensitiva é um método ou uma combinação de técnicas para ajudar um paciente com alterações de sensibilidade a aprender a reinterpretar uma

informação que atinge seu córtex cerebral após um estímulo à pele queimada. O processo de reeducação é baseado no conceito de treinar o córtex cerebral para interpretar corretamente o estímulo alterado.

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

Em uma fase mais tardia, quando o paciente já diferencia bem a sensação de movimento de pressão constante, o treinamento passa a ter o objetivo de desenvolver estereognosia e capacidade de identificação de texturas e de objetos com a mão. O processo de reabilitação sensitiva está indicado apenas para casos de queimaduras graves em que ocorre grande destruição da pele, ou em traumas elétricos graves, com lesão de nervos periféricos²⁵.

Ainda fazem parte da atuação terapêutica ocupacional a mobilização, atividades terapêuticas (cinesioterapia) e o trino das atividades de vida diária e vida prática. A posição de conforto para o paciente favorece a instalação de deformidades; por essa razão, a mobilização precoce das articulações é essencial.

A movimentação ativa deve ser estimulada e executada várias vezes ao dia, de forma lenta e suave, completando todo o arco articular do movimento. É importante não apenas prevenir a imobilização, mas também de cada segmento, individualmente. As articulações de todas as extremidades devem ser movimentadas regularmente, a menos que haja alguma contra-indicação formal, como, por exemplo, quando houver exposição de tendões.

A movimentação passiva só é indicada quando não houver possibilidade de realização do movimento ativo ou quando este não for suficiente para atingir a completa amplitude articular¹⁸.

A mobilidade das articulações e a preservação das funções muscular e manual são obtidas com a realização de exercícios específicos e instituição de atividades terapêuticas. Os exercícios básicos utilizados são os ativos livres, os ativos assistidos, os isométricos, os de estiramento e os de coordenação, todos tendo como objetivo a prevenção de deformidades²⁴.

No que concerne às atividades terapêuticas, a atividade é um recurso terapêutico empregado para a estimulação funcional do membro acometido, devendo ser instituída o mais precocemente possível.

Por meio das atividades terapêuticas, estimula-se a movimentação ativa global, trabalhando, portanto, a mobilidade articular, a resistência, a força e a função. Exercícios utilizando, por exemplo, cones plásticos, argolas, polias e planos elevados favorecem o alcance e constituem uma fase preparatória para a independência nas atividades de vida diária.

Quanto à função manual, quando houver possibilidade, todos os tipos de preensão (desde a preensão de força até a de precisão) devem ser exercitados e estimulados. Quando o paciente já está recebendo atendimento ambulatorial, certamente não apresenta nenhuma ferida aberta. Essa condição permite o uso de maior variedade de atividades terapêuticas. É fundamental que o terapeuta explique ao paciente os objetivos de cada atividade. Quanto maior a conscientização dele, maior a eficácia do tratamento²¹.

Outro aspecto a ser enfatizado é a independência nas atividades de vida diária. As habilidades para alimentar-se, vestir-se, arrumar-se e banhar-se devem ser reforçadas, como parte da rotina diária normal.

A identificação inicial de movimentos anormais ajuda os pacientes a entender suas necessidades e traz oportunidades para reaprender padrões normais de movimento. Praticar AVD com itens de cuidado pessoais trazidos de casa pode alimentar uma atitude positiva em relação aos sentimentos sobre as capacidades pessoais¹⁷.

As lesões maiores por queimadura podem, inicialmente, exigir adaptações para independência. A avaliação da necessidade de cuidados pessoais deve distinguir entre uma limitação cicatricial que pode ser reabilitada e um resultado incapacitante mais permanente²⁰.

As limitações neuromusculares impedem de realizar tarefas funcionais. O terapeuta poderá oferecer equipamento adaptado, tal como engrossadores confeccionados para compensar a preensão limitada ou utensílios com prolongamento de cabo para flexão de cotovelo diminuída.

Também poderá melhorar o desempenho o ensino de técnicas de adaptação, tal como usar as duas mãos para apoio extra. É importante esclarecer o paciente de que as adaptações nesse momento são necessárias, mas podem ser transitórias e serão substituídas ou eliminadas, de acordo com sua necessidade ou desempenho²³.

Além dos cuidados pessoais, também deve-se incentivar e realizar o treino das atividades instrumentais de vida diária, como, por exemplo, o treino relacionado com tarefas de administração doméstica. A experiência tem demonstrado que medos de água quente, do fogão ou do ferro de passar roupa podem prejudicar a recuperação funcional.

Para indivíduos que sofreram a lesão durante atividades domésticas, deve-se organizar orientação, apoio e prática das habilidades ou da atividade durante os atendimentos.

O retorno aos estudos ou ao trabalho também se torna um objetivo do terapeuta ocupacional durante a reabilitação do paciente queimado. Muitos sobreviventes de queimaduras em recuperação são capazes de reassumir as rotinas diárias normais

antes de concluída a maturação de suas cicatrizes. A maioria dos pacientes ainda estará usando malhas de compressão e inserções, tendo que evitar exposição prolongada ao sol e realizando cuidados na pele enquanto estiverem na escola ou no trabalho²⁰.

De maneira geral, um programa de terapia ocupacional elaborado de acordo com as necessidades de cada paciente tem como objetivos proporcionar melhor função dos membros superiores, maior independência nas atividades de vida diária e prática e, sempre que possível, o retorno do paciente a sua atividade profissional. O objetivo final do tratamento é devolver o indivíduo à sociedade reabilitado funcional e esteticamente²¹.

A terapia ocupacional desempenha um papel fundamental nesse processo. Provavelmente, o terapeuta ocupacional é o profissional que tem contato mais prolongado com o paciente: ele atua logo nos primeiros dias de atendimento hospitalar após a admissão e prossegue até o final do processo de remodelação cicatricial, no segmento ambulatorial.

Trata-se de uma batalha diária para a recuperação funcional e estética do paciente, aliada à prevenção de sequelas indesejáveis. Desse trabalho depende o sucesso do trabalho multidisciplinar¹⁸.

CONCLUSÃO

Diante do arcabouço teórico revisado para esta pesquisa, percebe-se que 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, afirma-se que 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 em todas as fases de seu tratamento, desde a chegada no hospital até a reabilitação ambulatorial²¹.

Ressalta-se a importância de novas pesquisas voltadas à atuação terapêutica ocupacional junto à temática abordada, uma vez que foram encontrados poucos periódicos relacionando a terapia ocupacional a pacientes queimados, utilizando-se, portanto, em sua maioria, capítulos de livros.

Quanto à relação ensino-aprendizagem das acadêmicas, destaca-se o enriquecimento do arcabouço teórico das mesmas, bem como a contribuição para a comunidade científica de uma produção com o referido tema, haja vista sua escassez em indexadores e revistas oficiais de publicação.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros NI, Schott E, Silva R, Czarnobay SA. Efeitos da terapia nutricional enteral em pacientes queimados atendidos em hospital público de Joinville/SC. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(3):97-100.
2. Oliveira FPS, Ferreira EAP, Carmona SS. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2009;19(1):19-34.
3. 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.
4. P Júnior GF, Vieira ACP, Alves GMG. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós-alta hospitalar. *Rev Bras Queimaduras*. 2010;9(4):140-5.
5. Imamura AY, Kota JJ, Sime MM, Fontana C. Órtese para correção de microstomia: estudo de caso. *Rev Bras Queimaduras*. 2012;11(4):263-5.
6. Dornelas MT, Ferreira APR, Cazarim DB. Tratamento das queimaduras em áreas especiais. *HU Rev*. 2009;35(2):119-26.
7. Lira RA, Silva VTBL, Soanégenes M. Intervenção terapêutica ocupacional a paciente vítima de queimadura elétrica na fase aguda. *Rev Bras Queimaduras*. 2013;12(1):37-41.
8. Almeida JWF, Santos JN. Assistência de enfermagem em grupos de riscos a queimadura. *Rev Bras Queimaduras*. 2013;12(2):71-6.
9. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Efeito da cirurgia plástica em pacientes queimados. [Acesso 13 set 2013]. Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/#/1/artigos-e-galerias>
10. Souza TJA. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(1):10-5.
11. Guimarães IBA, Martins ABT, Guimarães SB. Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência no nordeste brasileiro. *Rev Bras Queimaduras*. 2013;12(2):103-7.
12. Yoshimura CA. A importância do atendimento pré-hospitalar nas queimaduras químicas no Brasil. *Rev Bras Queimaduras*. 2012;11(4):259-62.
13. Reis IF, Moreira CA, Costa ACSM. Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe. *Rev Bras Queimaduras*. 2011;10(4):114-8.
14. Bernz LM, Mignoni ISP, Pereima MJL, Souza JA, Araújo EJ, Feijó R. Análise das causas de óbitos de crianças queimadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1991 a 2008. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(1):9-13.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha Para Tratamento de Emergência das Queimaduras. Brasília, 2012. [Acesso 21 out 2012]. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_queimaduras.pdf
16. Castro RJA, Leal PC, Sakata RK. Tratamento da dor em queimados. *Rev Bras Anestesiol*. 2013;63(1):154-8.
17. Arruda C. Tratamento de queimados. In: Cavalcanti A, Galvão C, eds. *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
18. Busnardo APVL, Scaravelli TMG. Terapia ocupacional com pacientes queimados. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM. *Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares*. São Paulo: Roca; 2009.
19. Siqueira FMB, Juliboni EPK. O papel da atividade terapêutica na reabilitação do indivíduo queimado em fase aguda. *Cad Ter Ocup UFSCAR*. 2000;8(2):79-91.
20. Reeves SU. Queimaduras e reabilitação de Queimaduras. In: Pedretti LW, Early MB. *Terapia ocupacional capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2008.
21. Antoneli MRMC. Queimaduras. In: Teixeira E, Sauron FN, Santos LSB, Oliveira MC. *Terapia ocupacional na reabilitação física*. São Paulo: Roca; 2010.
22. Luzo MCM, Mello MAF, Capanema VM. Recursos tecnológicos em terapia ocupacional: órteses e tecnologia assistiva. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca; 2009.
23. Pessiana MA, Orroth AC. Lesões por queimaduras. In: Trombly CA, Radomski MV. *Terapia ocupacional para as disfunções físicas*. 5ª ed. São Paulo: Santos; 2008.
24. Rivrs EA, Jordan CL. Disfunção do sistema cutâneo: queimaduras. In: Neistadt ME, Crepeau EB, Willard & Spackman - *Terapia ocupacional*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
25. Bessa JKM, Silva TEO, Rosa SM. Mulheres vítimas de queimaduras: um olhar sobre as atividades de vida diária. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2011;19(2):153-64.

Trabalho realizado na Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.