

O brincar como meio de intervenção terapêutica ocupacional na preparação de crianças para a balneoterapia

Playing as a means of occupational therapy intervention in the preparation of children for balneotherapy

Anne Karoline Correia da Silva¹, Francelina Cunha de Azevedo Neta¹, Milla Soanégenes de Holanda Bessa²

RESUMO

Objetivo: O presente estudo tem como intuito mostrar os benefícios do brincar como forma de tratamento em crianças hospitalizadas vítimas de queimaduras. **Método:** O método adotado para a pesquisa é o descritivo do tipo revisão de literatura. Foram pesquisados artigos de base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos artigos disponibilizados em SciELO e LILACS, empregando os descritores: Queimadura, Terapia Ocupacional e Ludoterapia, durante o período de abril a setembro de 2010. **Resultados:** As queimaduras constituem-se em um dos tipos de trauma mais graves e uma das principais causas de morte não intencionais em crianças. A criança quando é hospitalizada é submetida a mudanças que alteram sua rotina, acarretando inúmeros problemas emocionais, ocupacionais e psicológicos. O brinquedo pode vir a auxiliar a criança em situação de queimadura a enfrentar momentos estressantes, como a hora do banho, curativo e intervenções cirúrgicas. A atuação da Terapia Ocupacional junto à criança vítima de queimadura é de suma importância, pois o terapeuta ocupacional utiliza como meio de intervenção atividades lúdicas, visando à redução do nível de angústia das crianças em relação à balneoterapia, proporcionando assim um atendimento humanizado. **Conclusão:** Conclui-se, então, que é de suma importância o uso do brincar como recurso terapêutico ocupacional na preparação de crianças para a balneoterapia, visto que o brincar torna o período de hospitalização menos doloroso, agressivo e incômodo.

UNITERMOS: Queimadura. Terapia ocupacional. Ludoterapia. Jogos e brinquedos.

ABSTRACT

Objective: The present study has the intention to show the benefits of playing as a form of treatment in children hospitalized burn victims. **Methods:** The method adopted for this research is descriptive literature review examined articles from the database of the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), in articles available on SciELO and LILACS, under the themes: burns, occupational therapy and play therapy, for the period from April to September 2010. **Results:** The burn is one of the most serious types of trauma and a leading cause of unintentional death in children. When the child is hospitalized it is subjected to changes that alter your routine, causing many emotional, occupational and psychological problems. The toy can come to help children suffering from burns to face stressful times such as bathing time, dressing and surgical interventions. The role of occupational therapy with the child burn victim is of paramount importance, because the occupational therapist uses as a means of intervention recreational activities, to reduce the anxiety level of children in relation to balneotherapy, thereby providing a humanized care. **Conclusion:** It follows, then, that is of utmost importance to use the play as a therapeutic tool in occupational preparation of children for the balneotherapy, since the play makes the hospital stay less painful, uncomfortable and aggressive.

KEY WORDS: Burns. Occupational therapy. Play therapy. Play and playthings.

-
1. Graduanda do 8º período do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil.
 2. Orientadora e Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil.

Correspondência: Milla Soanégenes de Holanda Bessa
Universidade Potiguar - Depto. de Terapia Ocupacional - Av. Salgado Filho, S/Nº - Lagoa Nova
- Natal, RN, Brasil. - CEP 59056-000
Recebido em: 11/7/2010 • Aceito em: 13/10/2010

As queimaduras são resultantes da ação direta ou indireta do calor excessivo sobre o tecido orgânico, exposição a corrosivos químicos ou radiação, contato com corrente elétrica ou frio extremo. Constituem-se em um dos tipos de trauma mais graves e uma das principais causas de morte não intencionais em crianças¹.

A criança, no seu desenvolvimento psicomotor, adquire habilidades que irão auxiliar em seu crescimento. Na faixa etária de 0 a 6 anos, as crianças buscam explorar a si mesmas e o mundo ao seu redor, tornando-se mais susceptíveis às lesões térmicas. Estima-se que 50% de todas as vítimas de queimaduras são crianças, estando a maioria entre 1 a 6 anos de idade².

As sessões de balneoterapia são uma das formas mais antigas de tratamento de queimaduras, consistindo numa terapia por meio de banhos. Tem como principal objetivo a limpeza por meio da aplicação de água corrente e/ou desbridamento mecânico do tecido desvitalizado, assim como desinfecção da área queimada (por meio da aplicação de antissépticos), contribuindo para a prevenção da infecção no doente queimado, por redução ou eliminação de agentes patogênicos na ferida³.

O terapeuta ocupacional utiliza como meio de intervenção atividades lúdicas, visando à redução do nível de angústia dessas em relação à balneoterapia, proporcionando assim um atendimento humanizado, com o propósito de tornar esse momento menos agressivo, doloroso e incômodo, tendo em vista que a hospitalização afeta diretamente a rotina da criança.

Baseado nos dados acima expostos, surgiu o seguinte questionamento: A Terapia Ocupacional tendo o brincar como meio de intervenção auxilia na preparação de crianças para a balneoterapia?

A presente pesquisa teve como intuito mostrar os benefícios do brincar frente a crianças vítimas de queimaduras submetidas à balneoterapia. O interesse pela mesma surgiu devido às experiências vivenciadas durante atendimentos do projeto de extensão Terapia Ocupacional em Queimados (TOQUE), realizados em um hospital de referência no tratamento de queimaduras, na cidade de Natal – RN, no período de março a novembro de 2009.

Dessa forma, observou-se a relevância de uma pesquisa bibliográfica que comprovasse a importância do brincar como meio de intervenção terapêutica ocupacional na preparação de crianças para a balneoterapia.

REVISÃO DE LITERATURA

A PELE

O maior órgão do corpo humano é a pele, ela é indispensável à vida humana, é a parte do organismo que recobre e protege a superfície do corpo, tem como função controlar a perda de água, regular a temperatura corporal e proteção contra atritos. Forma uma barreira protetora contra a ação de agentes físicos, químicos

ou bacterianos sobre os tecidos mais profundos. Contém órgãos especiais que costumam agrupar-se para detectar as diferentes sensações, como o sentido do tato, temperatura e dor. Desempenha um papel importante na manutenção da temperatura corporal, devido à ação das glândulas sudoríparas e dos capilares sanguíneos. A pele é dividida em camadas, sendo elas a epiderme, a derme e a hipoderme, existem ainda vários órgãos anexos, como glândulas sudoríparas, sebáceas e folículos pilosos⁴.

A epiderme é camada avascular da pele e mais externa do corpo. Esta é separada da derme por sua última camada, a membrana basal ou germinativa, apoiada sobre as papilas dérmicas. Suas células são do tipo estratificadas, de forma pavimentosa. Embora não apresente vasos sanguíneos, sua nutrição ocorre por meio da difusão de leitos presentes na derme. A epiderme é subdividida (da superfície para a profundidade) em 5 camadas: estrato córneo em disjunção e compacto (camada corneificada); estrato lúcido (camada clara); estrato granuloso (camada granulosa); estrato espinhoso ou malpighiano (camada espinhosa) e o estrato germinativo ou basal (camada regenerativa)⁵.

Dentre as várias funções da epiderme estão: proteção contra traumas físicos e químicos, prevenção da desidratação e perda de eletrólitos, proteção contra entrada de substâncias tóxicas; proteção contra os efeitos nocivos dos raios ultravioletas.

A derme é uma espessa camada de tecido conjuntivo sobre o qual se apóia a epiderme, comunicando esta com a hipoderme. A derme está conectada com a fáscia dos músculos subjacentes por uma camada de tecido conjuntivo frouxo, a hipoderme. Na derme, situam-se algumas fibras elásticas e reticulares, bem como muitas fibras colágenas, e ela é suprida por vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. Também contém glândulas especializadas e órgãos do sentido. A derme apresenta uma variação considerável de espessura nas diferentes partes do corpo, sendo que a sua espessura média é de aproximadamente 2 mm. Sua superfície externa é extremamente irregular, observando-se as papilas dérmicas.

Observa-se na derme a camada papilar, a mais superficial, e a camada reticular, a mais profunda⁶.

As funções da derme são: promover flexibilidade à pele; determinar proteção contra traumas mecânicos; manter a homeostase, armazenar sangue para eventuais necessidades primárias do organismo; determinar a cor da pele, por ação da melanina, hemoglobina e dos carotenos; ruborização, quando de respostas emocionais e é a segunda linha de proteção contra invasões por microorganismos, por ação dos leucócitos e macrófagos aí existentes.

A hipoderme ou panículo adiposo é a camada mais profunda da pele, de espessura variável, composta exclusivamente por tecido adiposo, isto é, células repletas de gordura formando lóbulos subdivididos por traves conjuntivo-vasculares. Relaciona-se, em sua porção superior, com a derme profunda, constituindo-se a junção dermo-hipodérmica, em geral, sede das porções secretoras das glândulas apócrinas ou écrinas e de pêlos, vasos e nervos.

Funcionalmente, a hipoderme, além de depósito nutritivo de reserva, participa no isolamento térmico e na proteção mecânica do organismo às pressões e traumatismos externos e facilita a motilidade da pele em relação às estruturas subjacentes.

QUEIMADURAS

As queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Atuam nos tecidos de revestimento do corpo humano, determinando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas, como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos⁷.

A ocorrência de uma queimadura depende de uma fonte de energia e do tempo de contato da superfície lesada com essa fonte. Quanto maior a quantidade de energia liberada pelo agente causal ou o tempo de contato com a superfície cutânea, mais extensa e profunda será a queimadura. Sua gravidade pode ser determinada por dois fatores principais: a superfície da área corpórea comprometida pela queimadura e sua espessura⁸.

Para Oliveira et al.⁹, as queimaduras podem ser classificadas quanto ao agente causal, profundidade ou grau, extensão ou gravidade.

Quanto ao agente causal, as queimaduras podem ser classificadas em:

- Térmicas – provocadas por contato com uma fonte de calor. Podem ser causadas por fogo, líquidos, vapor aquecido ou, ainda, pelo contato com objetos sólidos quentes;
- Elétricas – lesão resultante da energia liberada pela resistência dos tecidos à passagem da corrente elétrica. É frequente a lesão da mão e dos membros superiores. Pode haver grande destruição das estruturas profundas, com pouco comprometimento cutâneo.

Agentes físicos, como radiação ionizante, ou químicos, como produtos ácidos ou álcalis, também podem provocar a destruição da pele.

De acordo com a quantidade de tecido atingido e a profundidade da lesão, a queimadura pode ser:

- Primeiro grau – quando a pele atingida fica hiperemiada, dolorosa, inchada, e não ocorre formação de bolhas;
- Segundo grau – quando causam lesão profunda, formando bolhas na pele, com base vermelha ou branca, contendo um líquido claro e espesso, dolorosas ao tato;
- Terceiro grau – quando produzem lesão mais profunda, na qual a área queimada perde a sensibilidade ao tato, ocasionalmente formam-se bolhas, e, normalmente, são indolores porque as terminações nervosas da pele são destruídas.

Quanto à extensão ou gravidade, as queimaduras podem ser classificadas em:

- Leves ou pequeno queimado – pacientes com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida;
- Médias ou médio queimado – pacientes com queimaduras de 1º e 2º graus com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou, ainda, queimadura de mão e/ou pé;
- Graves ou grande queimado – pacientes com queimaduras de 1º e 2º graus com área corporal atingida maior do que 26%, ou de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou, ainda, queimadura de períneo¹⁰.

A queimadura é um dos tipos de trauma com maior incidência nos dias atuais. Frequentemente resulta de pequenos acidentes domésticos ou ocupacionais e envolve pequenas áreas do corpo. Entretanto, em algumas situações há comprometimento de uma grande extensão da superfície corpórea⁸.

A queimadura no paciente pediátrico é sempre mais grave quando comparada à de um adulto com o mesmo tipo de lesão. Este fato ocorre porque a criança tem características próprias para cada faixa etária, que variam desde a superfície corporal até o próprio sistema imunológico, e estes e outros aspectos influem tanto na evolução como no prognóstico destas lesões¹¹.

As queimaduras são lesões frequentes em nosso meio. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde mostra que dos 1.040 atendimentos de emergência por queimaduras, a maioria, 285 (27,4%), foi em crianças de zero a nove anos, e, dentro dessa faixa-etária, 91,6% (261 crianças) das queimaduras ocorreram dentro da residência das vítimas. Entre as principais causas de queimaduras em crianças estão as provocadas por contato com substâncias quentes (líquidos, alimentos ou água quente), responsáveis por 168 (58,9%) ocorrências. Em seguida, as queimaduras causadas por fogo ou chama (16,8%) e objetos quentes (13,7%). Apesar de ser a quarta causa de atendimentos a crianças de zero a nove anos nas unidades de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), o dado é relevante, devido ao alto índice de crianças que se queimam, e dos cuidados que se deve ter em razão da gravidade das sequelas deixadas na vida delas¹².

TRATAMENTO CLÍNICO DA QUEIMADURA

Para Gomes & Serra¹³, o tratamento de uma lesão por queimadura é um procedimento eminentemente cirúrgico, que deve ser realizado diariamente, principalmente naqueles pacientes acomodados numa Unidade de Internação Hospitalar. Esta é uma das etapas mais importantes do tratamento, absolutamente necessária e fundamental no controle da infecção da ferida, e que tem de ser adotada por qualquer profissional ou instituição interessados no tratamento correto de uma lesão por queimadura. O trabalho deve ser realizado com planejamento, de modo coordenado e

harmônico entre os profissionais, devendo haver, por parte de todos, preocupação com o fator tempo, para que este não interfira na obtenção de um resultado final vantajoso.

BALNEOTERAPIA

A balneoterapia consiste no banho diário com duchas de água corrente e clorada, realizado em mesas apropriadas de aço inox ou fibra de vidro, dotadas de amplo sistema de escoamento, podendo também ser realizado mantendo-se o paciente sentado em cadeiras ou em ortostase embaixo de chuveiros, dependendo do grau de cooperação¹⁴.

A balneoterapia promove uma limpeza sistemática e diária da área queimada, acompanhada do desbridamento de tecidos desvitalizados e de curativos com antimicrobianos tópicos¹⁵.

Como sistematização, divide-se a balneoterapia em duas modalidades: balneoterapia com analgesia e balneoterapia com anestesia. Este conjunto de procedimentos necessita de profissionais treinados, além de materiais, aparelhagens e instalações adequadas para obtenção de resultados eficazes com custos otimizados e perdas reduzidas¹⁵.

DESRIDAMENTO

É a remoção do tecido desvitalizado (escara) até um nível de tecido viável para preparar o leito da ferida para a cobertura definitiva. A remoção da escara ajuda a cicatrização, prevenindo proliferação de bactérias. Os tipos de desbridamento são: mecânico com tesoura e fórceps e curativos molhado para seco; enzimático; e cirúrgico (excisão tangencial, fascial e de espessura completa)¹⁶.

ESCAROTOMIA

Segundo Coelho et al.⁴, a escarotomia é uma incisão através do tecido queimado para aliviar a pressão aumentada, estando indicada em lesão de espessura total que atinja algum segmento do corpo. Este tipo de lesão profunda forma uma escara inelástica, que leva à isquemia provocada pelo garroteamento, em função do edema que se mantém no local. Desta maneira, a escarotomia se baseia em uma incisão descompressiva, que visa à liberação da região circunferencial que está sendo atingida pelo garroteamento, pois este causa alteração no fluxo sanguíneo e linfático, culminando com edema intersticial. Esse edema irá ocluir os vasos arteriais por pressão, podendo comprometer tecidos viáveis, com risco de instalação de um quadro irreversível de necrose.

HISTÓRICO SOBRE TERAPIA OCUPACIONAL

A Terapia Ocupacional é a arte e a ciência de ajudar pessoas a realizarem as atividades diárias que são importantes para elas, apesar de debilidades, incapacidades ou deficiências.

“Ocupação” em Terapia Ocupacional não se refere simplesmente a profissões ou a treinamentos profissionais; ocupação em Terapia Ocupacional refere-se a todas as atividades que ocupam o tempo das pessoas e dão sentido a suas vidas. Na terminologia da Terapia Ocupacional, essas atividades são denominadas áreas de performance ocupacional. Essas áreas de performance ocupacional podem ser divididas em Atividades Diárias, Atividades Laborais e Produtivas, e Atividades de Lazer e Diversão¹⁷.

A história da Terapia Ocupacional está registrada em datas remotas em que o trabalho e a diversão eram os meios pelos quais se tratavam indivíduos portadores de alguma moléstia, proporcionando benefícios aos mesmos¹⁸.

A Terapia Ocupacional como profissão da área de saúde surgiu nos Estados Unidos e sua primeira escola foi fundada em Chicago, em 1915. Neste país, com intuito de minimizar os efeitos da primeira Guerra Mundial, propunha-se o atendimento em reabilitação aos incapacitados físicos e mentais que retornavam dos campos de batalha. Este período foi chamado de “reconstrução” ou da restauração (do latim, *rehabilitare*) dos potenciais físicos e mentais dos sequelados de guerra. No Brasil, formalmente, a história da profissão remonta ao período pós II Guerra Mundial e às estratégias de implantação de programas de reabilitação na América Latina, preconizadas por organismos internacionais (ONU, OIT, Unesco). Com efeito, embora já houvesse experiências de uso das “ocupações com objetivo terapêutico” em instituições asilares psiquiátricas no Brasil, devido à influência norte-americana, os cursos de formação em Terapia Ocupacional foram implantados, preferencialmente, na área da reabilitação física. De modo gradativo, na formação dos terapeutas ocupacionais, foram incorporados estágios na atenção psiquiátrica¹⁹.

Com a introdução dos serviços de reabilitação física no Brasil, ocorreram certas mudanças na concepção de saúde vigente, seguindo modelos estrangeiros de reabilitação. Embora em nosso país já houvesse experiências de uso das ocupações com objetivo terapêutico nos manicômios psiquiátricos, houve a implantação dos cursos de formação de Terapia Ocupacional preferencialmente na área da reabilitação física, em especial por influência norte-americana²⁰.

No início da década de 1950, o campo da reabilitação, considerado parte da área médica, era avaliado como tendo um potencial elevado para transformar o inválido em mão de obra atuante. O médico era o profissional responsável pelo encaminhamento do paciente para a reabilitação, pela prescrição e também pela alta do tratamento. A Terapia Ocupacional podia, então, ser dividida em duas grandes áreas – física e psicológica – tendo como finalidade principal ensinar o paciente a viver dentro dos limites de sua incapacidade, procurando desenvolver sua capacidade de ação para atingir a recolocação profissional²¹.

No Brasil, no final da década de 70, o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, fortemente influenciado pelo movimento de

desinstitucionalização psiquiátrica italiano, representou uma crítica às instituições asilares e a busca de transformação das propostas de atendimentos em saúde mental. Neste processo, lutou-se pela implementação de novas políticas públicas, pela garantia e construção de direitos às pessoas com transtornos mentais e por uma rede de atenção pública integral em saúde mental. Representando um forte avanço neste processo, em abril de 2001, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e orienta a atenção prioritária em serviços comunitários¹⁹.

A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR COM CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

A queimadura em uma criança, em sua fase inicial de internação hospitalar, provoca comumente uma resposta de desorganização psíquica, descontrole da conduta com possível agitação psicomotora, desespero e um medo intenso da morte, normalmente compartilhado e até fomentado pelos pais. Isto se deve em parte por ser a queimadura um dos mais graves traumas a que um ser humano possa ser exposto²².

Quando a criança se queima, sofre repentinamente uma terrível e dolorosa experiência. Encontra-se separada bruscamente do seu ambiente familiar e escolar e vê-se situada em um ambiente estranho, hostil e, por que não dizer, terrível, com regras e horários diferentes daqueles a que está acostumada. A presença de estranhos com seus procedimentos dolorosos contribui para a instabilidade emocional da criança queimada, justificando sua regressão e seu comportamento arredo²³.

A tensão com a qual a criança entra em uma sala para um determinado procedimento diminui quando se estabelece com ela uma comunicação através da clara informação sobre os aparelhos que compõem o ambiente e o que lhe acontecerá durante o procedimento. Uma atitude carinhosa acalma a criança, favorecendo um tratamento adequado e sem traumas. Cabe ao terapeuta ocupacional ajudar a recuperar o equilíbrio perdido desta criança, demonstrando que ele se preocupa sinceramente com ela e com sua família²³.

Muitas crianças hospitalizadas não conseguem verbalizar seus desejos e suas necessidades, de modo que é importante assegurá-las a reconhecer sua capacidade de exprimir seu medo, angústia, dor, mediante as trocas de curativos diários e demais procedimentos dolorosos²³.

Atualmente, no campo profissional da Terapia Ocupacional no Brasil, têm-se expandido acentuadamente as possibilidades de atuação e implantação de novas práticas nas instituições hospitalares. Especialmente nesses contextos, o trabalho dos terapeutas ocupacionais foi alcançando maior reconhecimento profissional e social, à medida que foram sendo estabelecidas práticas terapêuticas

baseadas em conhecimentos técnicos-científicos mais consistentes. A nova perspectiva de assistência da Terapia Ocupacional no contexto hospitalar, que se volta para importância de sua atuação como promotora da saúde e da qualidade de vida ocupacional, mesmo durante o período de internação hospitalar, é bastante recente. Essa tendência norteia-se pelo princípio da necessidade da manutenção não só da capacidade funcional, mas principalmente de um nível mais elevado de qualidade de vida, que implica maior autoestima e melhores estados de humor e de motivação para a recuperação da saúde o mais rapidamente possível²¹.

Para De Carlo et al.²¹, o terapeuta ocupacional tem como objetivo primordial a qualidade de vida do indivíduo hospitalizado, em torno de dimensionamento das condições e necessidades com o ambiente e da relação com família e equipe, considerando sua globalidade e integridade. Torna-se fundamental o desenvolvimento de programas de intervenção que possam abranger a complexidade dos aspectos referidos, buscando investir na ambientação, na humanização e no cotidiano da clientela internada no hospital, e de suas interfaces com a família e equipe.

O tratamento do terapeuta ocupacional em um hospital deve compreender a situação desses pacientes e de seus familiares, passando assim a conhecer suas condições anteriores ou concomitantes à doença, como estresse, os traumas, entre outros, além de entender os processos de negação pelos quais esta criança passa, evitando até mesmo prejudicar o andamento do tratamento. Além de todos esses aspectos, o terapeuta ocupacional também não pode desprezar que é preciso cuidar de todas as partes sadias do corpo desse paciente e não apenas a parte comprometida, tornando-o mais independente possível da enfermagem e dos familiares, elevando assim a sua autoestima e autoconfiança. Outro fator que tem que ser observado pelo terapeuta ocupacional é o excesso de cuidados e atenção dirigida a esse paciente pelos seus familiares, pois estes acabam por impedi-lo de realizar suas tarefas por si só e levam-o a sentir-se mais incapaz. O terapeuta ocupacional não pode permitir que o paciente se sinta mais inválido do que esta, deve sim estimular os seus potenciais e movimentos que ainda lhe restam²⁴.

Segundo Pedretti & Early²⁵, os cuidados e a reabilitação bem sucedidas de vítimas de queimaduras requerem uma abordagem multidisciplinar em equipe que começa logo que o paciente é admitido no hospital e continua ao longo e depois da hospitalização.

O terapeuta ocupacional atua na mediação de abordagens, atividades e orientações, objetivando a reestruturação emocional, para, gradativamente, reabilitar física e funcionalmente o paciente queimado. O objetivo é torná-lo independente nas suas Atividades de Vida Diária (AVD), favorecendo assim a alta precoce. Tem como objetivo inicial adaptar o paciente e o acompanhante à rotina hospitalar. Em consequência disso, ambos passam a processar melhor os tipos de procedimentos e os motivos, para realizá-los, e a ter mais condições de se submeter a eles²⁶.

Para De Carlo²¹, diferentemente do adulto, a criança, por estar em processo de maturação, possui poucos recursos internos para enfrentar o estresse que é uma intimação; por depender do adulto, necessita do apoio de pessoas em que confie, especialmente a mãe, pois a mesma pode dar explicações simples de coisas complexas que estão acontecendo, dando espaço para serem desenvolvidas atividades exploradoras e expressar sem dúvidas sentimentos e fantasias. Durante o período em que a criança está na fase de intimação, o diálogo com a mesma é muito importante, devendo existir uma conversa, independente da idade, relatando sobre os procedimentos aos quais vai se submeter, para que a criança possa preparar o seu psicológico para as intervenções que irá passar.

A queimadura em crianças é uma enfermidade que necessita de um enfoque diferenciado, pelas características anatômicas e fisiológicas próprias do pequeno paciente, que a tornam mais graves que as dos adultos. Além disso, a experiência de medo, dor e incertezas que ocorrem após uma injúria térmica fazem desse acidente um dos traumas de maior seqüela psicológica e social²⁷.

Para Lima²³, a preservação do prazer na atividade através da qual a criança deve também aprender e desenvolver-se pode depender da habilidade da pessoa que com ela interagir. Portanto, em algumas situações, a presença do terapeuta ocupacional já é o suficiente para que a criança sintam-se acolhida. Este, lançando mão das atividades, corresponde perfeitamente à ação terapêutica, dando o direito à criança da presença de uma pessoa capaz de ser ao mesmo tempo seu intérprete e defensor.

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR COMO RECURSO TERAPÊUTICO

Ao consultar um dicionário, deparamo-nos com diversos significados para a palavra brincar, e todos eles nos passam a ideia de diversão, distração, agitação, faz de conta. A brincadeira é o lúdico em ação. Brincar é importante em todas as fases da vida, mas na infância ele é ainda mais essencial: não é apenas um entretenimento, mas, também, aprendizagem. A criança, ao brincar, expressa sua linguagem por meio de gestos e atitudes, as quais estão repletas de significados, visto que ela investe sua afetividade nessa atividade. Por isso, a brincadeira deve ser encarada como algo sério e que é fundamental para o desenvolvimento infantil²⁸.

De acordo com Yerxa et al.²⁹, na Terapia Ocupacional, o brincar é percebido como a modalidade privilegiada de intervenção. A filosofia da Terapia Ocupacional baseia-se em alguns conceitos-chaves, como a natureza ocupacional do ser humano, sua capacidade de adaptação, bem como sua capacidade de influir sobre a própria saúde. O brincar pode ser visto como a atividade mais significativa da criança e como uma modalidade terapêutica de primeiro plano, durante um atendimento no qual a criança brinca livremente, o terapeuta ocupacional observa a relação que ela tem com os outros, suas habilidades e também certos traços de sua personalidade. Em seguida, recorre ao brincar para ocupar o tempo da criança de

forma saudável construtiva e convidá-la a expressar seus sentimentos verbalmente e por intermédio do brinquedo.

Brincar é uma atividade inerente ao comportamento infantil e essencial ao bem-estar da criança, pois colabora efetivamente para o seu desenvolvimento físico/motor, emocional, mental e social, além de ajudá-la a lidar com a experiência e dominar a realidade. Pode ser considerada como fonte de adaptação, e instrumento de formação, manutenção e recuperação da saúde³⁰.

Fica fácil perceber que uma criança doente tem uma visível mudança de comportamento, já não tem o ânimo para brincar, tornando-se mais quieta e carente que o comum. Neste momento, não é apenas o cuidado clínico que se faz necessário para o processo de cura. Carinho e atenção são fatores relevantes para a recuperação do paciente³¹.

Entre as possíveis estratégias utilizadas por crianças para enfrentar condições estressantes encontra-se o brincar, recurso utilizado tanto pela criança como pelos profissionais do hospital para lidarem com as adversidades da hospitalização³².

A necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas, uma vez que a brincadeira desempenha papéis importantes, como a capacidade de sentir-se mais segura em um ambiente estranho com pessoas desconhecidas³³.

A criança brinca por motivação intrínseca, porém aquela que sofre queimadura muitas vezes rejeita o brinquedo e a atividade de brincar, e sendo o brinquedo fundamental para o desenvolvimento humano, faz-se importante reaver esta relação criança-brinquedo dentro da reabilitação da vítima de queimadura, não apenas como recurso terapêutico, mas também com elo de interação da criança consigo, com o outro e com o meio. Ao falar deste desenvolvimento integral da criança, o terapeuta ocupacional deve incluir, portanto, atividades que proporcionem experiências socioafetivas, intelectuais, sensoriais e motoras, porque considerar apenas o tratamento médico em detrimento do aspecto emocional da criança é o mesmo que retardar a sua cura²³.

As crianças dispõem de recursos limitados para enfrentar situações desconhecidas. É necessário, então, prepará-las para experiências dolorosas, como a cirurgia. O processo doloroso experimentado pelas crianças durante a hospitalização torna-se menos sofrível quando elas brincam e dramatizam a situação. Ao brincar, a criança terá um meio seguro de expressar verbal e não verbalmente suas emoções, preocupações e percepções em relação à experiência de hospitalização, e não irá se sentir impotente diante desta realidade³⁰.

Para Fontes³⁰, ao brincar de faz-de-conta a criança utiliza sua imaginação, memória, percepção e criatividade, para representar a realidade a seu modo, permitindo a sua manifestação no campo da consciência, de forma menos sofrida e melhor elaborada. Quando a criança representa o que está acontecendo consigo por meio

do brincar, ela projeta algo palpável e visível, e quando projeta ela tem condições de sentir, ver e tocar em algo concreto como nas bonecas. A utilização desses recursos cria condições para a criança poder entender e aceitar melhor o que está se passando com ela. O lúdico contribui para um melhor, mais tranquilo e seguro esclarecimento do processo de hospitalização.

Segundo Fontes³⁰, uma das estratégias que ajudam a criança a compreender e assimilar o procedimento cirúrgico é o uso do brinquedo terapêutico. Entre as diversas formas de comunicação com a criança, o brinquedo mostra-se como uma das mais eficientes, pois proporciona: diversão, relaxamento, diminuição da ansiedade da separação, alívio das tensões, meio de expressar os sentimentos, recuperação mais efetiva, além de uma melhor aceitação ao tratamento e redução dos efeitos traumáticos da hospitalização.

MÉTODO

A presente pesquisa é de caráter qualitativo, descritivo do tipo revisão de literatura que, segundo Tobase et al.³⁴, “consiste num resumo crítico de pesquisa sobre tópico de interesse, geralmente preparado para colocar um problema de pesquisa num contexto, ou para identificar as falhas em estudos anteriores, de modo a justificar uma nova investigação”.

Foram pesquisados artigos de base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos artigos disponibilizados na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), empregando os descritores: Queimadura, Terapia Ocupacional e Ludoterapia, durante o período de abril a setembro de 2010. Foram consultados também livros e publicações em artigos sobre temas da saúde publicados no período de 2001 a 2010, disponíveis na Internet e em outras fontes, como o site oficial do Ministério da Saúde. Os textos obtidos foram lidos, avaliados e organizados por assuntos e utilizados na elaboração de uma análise crítica dos respectivos resultados, ressaltando como o brincar é indispensável como meio de intervenção terapêutica ocupacional na preparação de crianças para a balneoterapia.

Utilizaram-se como critério de inclusão fontes de trabalhos científicos que se relacionassem à temática publicada entre os anos de 2001 a 2010 e como critério de exclusão os artigos que não atendiam aos objetivos de estudo.

Procurou-se buscar informações acerca das possíveis interpretações dadas pelos diferentes autores sobre o tema proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as publicações pesquisadas, foram selecionadas somente as de língua portuguesa, artigos que incluíssem revisões bibliográficas, tratamentos ou pesquisas experimentais. Foram encontrados na base de dados LILACS 16 artigos e na SciELO, 25,

perfazendo um total de 41 artigos selecionados, sendo utilizados para pesquisa 14, os quais foram lidos e analisados criteriosamente de acordo com os seguintes descritores: queimadura – 8 artigos, terapia ocupacional – 1 artigo e ludoterapia – 5 artigos.

Foram encontrados 12 livros, sendo todos foram usados na pesquisa, 5 com a temática de queimadura, 5 sobre Terapia Ocupacional e 2 sobre ludoterapia.

Foi realizada, também, consulta ao site do Ministério da Saúde, a fim de obter dados atuais referentes à incidência de queimaduras em crianças.

As lesões por queimaduras constituem importante causa acidental de morbi-mortalidade em todo o mundo e são apontadas em vários estudos como o acidente mais frequente entre crianças.

A literatura pesquisada aponta que, na maioria dos casos, as queimaduras em crianças acontecem em ambiente doméstico e são provocadas pelo derramamento de líquidos quentes sobre o corpo.

Estudos indicam que a hospitalização pode afetar o desenvolvimento da criança, interferindo na qualidade de vida. Para lidar com essa situação, o terapeuta ocupacional deve utilizar o lúdico como um aliado no seu fazer diário, entendendo que tal ferramenta se apresenta como um recurso relevante no desenvolvimento de uma assistência terapêutica ocupacional de qualidade junto ao cliente pediátrico.

A importância do brincar como recurso terapêutico, vem sendo discutida por vários autores, como Azevedo³³ e Fontes³⁰, neste trabalho, todos eles citam de forma bastante clara os resultados positivos do brincar ao longo da história. “A brincadeira proporciona à criança um contato com sentimentos de alegria, sucesso, realizações de seus desejos, bem como o sentimento de frustração. Esse jogo de emoções a ajuda a estruturar sua personalidade e a lidar com angústias”²⁸.

Segundo Pellegrini³⁵, a Terapia Ocupacional proporciona a realização de atividades a partir dos interesses e possibilidades de cada criança, favorecendo assim experiências que despertem o interesse para que esta possa experimentar o prazer de fazer, brincar e interagir com seu meio e com o outro.

Toda criança tem necessidade de se expressar, de criar, de interagir, em particular as crianças hospitalizadas que formam ideias aterrorizantes quanto ao tratamento e aos procedimentos aos quais serão submetidas. Dessa forma, o brincar irá favorecer a liberação de sentimentos e sensações que podem estar interferindo negativamente na recuperação ou manutenção do quadro clínico.

Nesta pesquisa, o brincar foi interrompido em consequência da queimadura, que deixa marcas profundas no corpo e na mente destas crianças. Desta forma, a terapia ocupacional poderá contribuir, diminuindo o estresse hospitalar e oportunizando a essas

crianças, por meio do lúdico, fantasiar e criar suas próprias soluções para tantos problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poucas são as doenças que trazem sequelas tão importantes como a queimadura, a criança acometida por uma queimadura sofre várias alterações na sua vida, abrangendo os aspectos físicos, psicológicos, culturais e sociais. Em decorrência do enfrentamento de um tratamento invasivo e doloroso como a balneoterapia, a criança passa a se diferenciar das demais, pois a queimadura gera alterações na imagem corporal, autoestima e autoconceito.

O brinquedo traduz o real para o mundo infantil; suaviza o impacto provocado pelo tamanho e pela força dos adultos, diminuindo os sentimentos de impotência da criança²¹.

Partindo desse pressuposto, pode-se perceber a importância de um terapeuta ocupacional inserido em um Centro de Terapia em Queimados (CTQ), sendo parte efetiva de uma equipe multidisciplinar, pois este faz uso do lúdico nas suas atividades e interfere na vida de crianças hospitalizadas vítimas de queimaduras, mostrando a necessidade de intervenção, principalmente com brinquedos e brincadeiras.

Devido a este processo, a terapia ocupacional vem contribuir através de atividades lúdicas para uma nova postura, pois o brincar não favorece apenas o desenvolvimento, mas também promove o afastamento de sentimentos negativos, angústia, medo, dor e estresse causados pela balneoterapia.

Sendo assim, a terapia ocupacional utilizará o brincar como recurso terapêutico com o objetivo de minimizar os problemas ocasionados pela queimadura nas crianças. O que justifica o uso e a eficácia deste recurso como forma de intervenção terapêutica.

Desta forma, o presente estudo se constituiu a partir de várias pesquisas, com o objetivo de integrar todos os artigos que abordavam a queimadura, terapia ocupacional e ludoterapia. Comprovando, assim, em um só trabalho a importância do brincar como meio de intervenção terapêutica ocupacional na preparação de crianças para a balneoterapia.

REFERÊNCIAS

- Bernz LM, Mignoni ISP, Pereira 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.
- Oliveira KC, Oliveira KC, Penha CM, Macedo JM. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras. *Arq Med ABC* 2007;32(Supl. 2):S55-8.
- Martinho AMPR. Balneoterapia: um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra [dissertação] Coimbra: Universidade de Coimbra;2008. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/dspace/bitstream/10316/9613/4/Dissertacao%20AM-Sum%C3%A1rio%20e%20Introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf> . Acesso em: 22.04.2010.
- Coelho M, Moura F, Karilma J. A atuação fisioterapêutica na reabilitação de paciente queimado: estudo de caso. 2008. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesade/fisioterapia/variedades/queimado_bianca/queimado_bianca.html. Acesso em: 22.04.2010.
- Rusenhack C. Microdermoabrasão. In: Borges FS, ed. *Dermato-funcional: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas*. 1ª ed. São Paulo:Phorte;2006. p.101-2.
- Guirro ECO, Guirro RRR. *Fisioterapia Dermato-funcional: fundamentos, recursos e patologias*. 3ª ed. São Paulo: Manole;2004. p.18.
- Serra MCVF, Gomes DR, Crisóstomo MR. Fisiologia e fisiopatologia. In: Maciel E, Serra MC, eds. *Tratado de queimaduras*. 1ª ed. São Paulo:Atheneu;2004. p.37.
- Busnard APVS, Scaravelli TMG. Terapia ocupacional com pacientes queimados. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM, eds. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. 1ª ed. São Paulo:Roca;2005. p.183-4.
- Oliveira FPS, Ferreira EAP, Carmona SS. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2009;19(1):19-34.
- Conceição MGI, Oliveira ARA, Rodrigues FA. Trauma pediátrico: assistência de enfermagem a crianças vítimas de queimaduras. 2007. Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/xi_enid/monitoriaped/ANALIS/Area6/6CCSDEMCAMT10.pdf Acesso em: 22.04.2010.
- Silva EPFS, Oliveira RAP, Costa FAC, Serra MCVF. Peculiaridades da criança queimada. In: Maciel E, Serra MC, eds. *Tratado de queimaduras*. 1ª ed. São Paulo:Atheneu;2004. p.201-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF), 2009.
- Gomes DR, Serra MC. Grau de Hidratação. In: Gomes DR, Serra MC, Macieira Junior L, eds. *Condutas atuais em queimaduras*. Rio de Janeiro: Revinter;2001. cap.1.
- Lima Junior EM, Barbosa RC, Teixeira PRO, Melo FRF. Balneoterapia. In: Maciel E, Serra MC, eds. *Tratado de queimaduras*. 1ª ed. São Paulo:Atheneu;2004. p.421-30.
- Lima Junior EM, Oliveira PRT. Cirurgia plástica. In: Lima Junior EM, Barreto MGP, eds. *Rotina de atendimento ao queimado*. 2ª ed. Fortaleza: Intergráfica;2006. p.33.
- Ribeiro FZ, Ferranti J. Intervenção fisioterapêutica na mão queimada por choque elétrico. 2005. Disponível em: <http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20001451.pdf>. Acesso em: 22.04.2010.
- Neistadt ME, Crepeau EB. Introdução à terapia ocupacional. In: Willard & Spackman. *Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;2002. p.3.
- Servantes LF. *Terapia ocupacional: pesquisa e atuação em oncologia*. Campo Grande:UCDB;2002.
- Moreira AB. *Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias*. Vita et Sanitas. 2008;2(2):79-91. Disponível em: http://www.fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_to.pdf. Acesso em: 22.04.2010.
- Carlo MRP, Bartalotti CC. *Terapia ocupacional: fundamentos e perspectivas*. São Paulo:Plexus;2001.
- De Carlo MMRP, Bartalotti CCP, Rosibeth CM. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM, eds. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. 1ª ed. São Paulo:Roca;2004. p.5-6.
- Borges ES, Carvalho TC. Abordagem psicológica à criança queimada. In: Maciel E, Serra MC, eds. *Tratado de queimaduras*. 1ª ed. São Paulo:Atheneu;2004. p.247.
- Lima CA. *Terapia ocupacional*. In: Maciel E, Serra MC, eds. *Tratado de queimaduras*. 1ª ed. São Paulo:Atheneu;2004. p.369-71.
- Takatori M. O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: reflexões sobre a clínica da terapia ocupacional. São Paulo:Atheneu;2003.

25. Pedretti LW, Early MB. Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas. São Paulo:Roca;2004.
26. Bezerra TCR, Coutinho VS, Mugunba MC. Terapia ocupacional. In: Lima Junior EM, Barreto MGP, eds. Rotina de atendimento ao queimado. 2ª ed. Fortaleza: Intergráfica;2006. p.68.
27. Oliveira ABS, Serra MCVF. Atendimento inicial. In: Maciel E, Serra MC, eds. Tratado de queimaduras. 1ª ed. São Paulo:Atheneu;2004. p.207.
28. Rolim AAM, Guerra SSF, Tassigny MM. Uma leitura de Vygotsky sobre o brincar na aprendizagem e no desenvolvimento infantil. Rev Humanidades. 2008;23(2):176-80.
29. Yerxa. O brincar e a terapia ocupacional. In: Ferland F, ed. O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional. São Paulo:Roca;2006. p.38.
30. Fontes CMB, Mondini CCSD, Moraes MCAF, Bachega MI, Maximino NP. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. Rev Bras Educ Espec. 2010;16(1):95-106.
31. Leite JA, Sandoval JMH. O brincar como estratégia comunicativa de promoção da saúde em crianças hospitalizadas. 2003. Disponível em: http://www.projedoradix.com.br/arq_artigo/VI_08.pdf. Acesso em: 22.04.2010.
32. Motta AB, Enumo SRF. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. Psicologia em Estudo. 2004;9(1):19-28.
33. Azevedo DM, Santos JJS, Justino MAR, Miranda FAN, Simpson CA. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. Rev Eletr Enf. 2008;10(1):137-44.
34. Tobase L, Gesteira ECR, Takahashi RT. Revisão de literatura: a utilização da dramatização no ensino de enfermagem. Rev Eletr Enf. 2007;9(1):214-28.
35. Pellegrini AC. As relações entre o brincar no Método Terapia Ocupacional Dinâmica e no Modelo Lúdico: subsídios para a Saúde Mental Infantil. Rev CETO. 2007;10(1):40-7.

Trabalho realizado na Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil.