

O PAPEL DA ATIVIDADE TERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO DO INDIVÍDUO QUEIMADO EM FASE AGUDA

Fernanda de Moura Berard Siqueira

Terapeuta Ocupacional, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Educação Especial da UFSCar

Érica Paula Katzulo Juliboni

Terapeuta Ocupacional

Resumo:

Com o objetivo de identificar o papel da atividade terapêutica no processo de reabilitação do indivíduo queimado em fase aguda, foi descrita a fisiopatologia da queimadura e suas implicações físicas e emocionais no paciente vítima desse tipo de trauma. Foi estudada a prática de reabilitação comumente utilizada com essa população e como a atividade terapêutica pode beneficiar a adesão ao tratamento. Com base no caso clínico apresentado e analisado segundo o referencial teórico adotado, constatou-se que a atividade terapêutica tem potencial mobilizador do paciente frente ao seu processo de reabilitação, apontando para melhor prognóstico funcional e emocional.

Palavras-chave: terapia ocupacional, atividade terapêutica, queimaduras, reabilitação física

INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto da experiência das autoras durante o aprimoramento de Terapia Ocupacional em Queimaduras na Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP) correspondente ao período de março de 1999 a março de 2000.

A partir de explicação introdutória sobre a queimadura, condições do paciente queimado e técnicas de reabilitação com essa população, busca-se analisar a possibilidade da aplicação da atividade terapêutica e seu papel dentro do contexto de internação.

A QUEIMADURA

Pode ser definida, segundo GOMES (1997, p.08) como “*uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica*”. O agente causador pode ser térmico (calor ou frio), elétrico, químico ou radioativo.

Sabendo que a pele normal é dividida em epiderme e derme, as queimaduras podem ser classificadas segundo a profundidade de destruição tissular. Desse modo as queimaduras de primeiro grau apresentam lesão apenas da epiderme; as de segundo grau, lesão parcial da derme; as de terceiro grau, lesão de toda a derme e quarto grau quando músculos, nervos e ossos são também atingidos. Apesar de haver outras nomenclaturas para a classificação segundo a profundidade, esta é a mais popular e comumente usada.

As alterações causadas pela queimadura podem ser sistêmicas e locais. Há a ocorrência de intensa perda de líquidos das células para o interstício com formação de edema maciço nos tecidos queimados e não queimados. Instabilidade hemodinâmica, choque, hipercatabolismo, alterações pulmonares e imunodepressão são outras alterações clínicas sistêmicas que a vítima da queimadura pode sofrer. A pele queimada também sofre desnaturação do colágeno com necrose dos tecidos e a perda da proteção dérmica aumenta a suscetibilidade às infecções e sépsis.

A queimadura apresenta três fases: de *alerta* que corresponde às primeiras 72 horas pós-queimadura, *aguda* que engloba fase de alerta até o momento de cobertura cutânea correspondendo, de modo geral, ao período de internação e *crônica*, período após cobertura cutânea até a maturação da cicatriz (12 a 18 meses) correspondente à fase de acompanhamento ambulatorial. Este artigo analisa apenas a fase aguda na

qual os pacientes estão internados em unidade de terapia intensiva (UTI) ou em enfermaria.

O tratamento clínico-cirúrgico da queimadura nesta fase inclui a remoção da escara (tecido necrótico desvitalizado) chamado de desbridamento, uso de medicação tópica bactericida, trocas de curativo e enxertia para cobertura cutânea. MODOLIN (apud SUCENA, 1998, p.67) define enxerto como “*o segmento de pele retirado de uma região corpórea, denominada doadora, e transferido livremente para outra, denominada receptora*”. A maioria destes procedimentos são cirúrgicos, realizados sob anestesia ou, quando realizados no leito, sob medicação para controle da dor.

O processo de cura das queimaduras se estabelece de acordo com a profundidade e tipo da lesão. Nas queimaduras de primeiro grau a pele se regenera e nas de segundo ela se restaura podendo apresentar alterações de pigmentação. Nas queimaduras de terceiro grau e mesmo nas profundas de segundo, a cura resulta em cicatriz com tecido de granulação e fibrótico substituindo a derme e recobertos por epiderme regenerada. Este processo que ocorre às custas de uma retração para aproximação das bordas da lesão é chamado de cicatrização por segunda intenção e resulta em pele de má qualidade com importantes sequelas estéticas e funcionais. Estas ocorrem principalmente quando a lesão situa-se próxima ou sobre superfícies articulares. “*A única forma de minimizar a retração neste processo de cura é a utilização precoce de enxertos de pele*”.(RUSSO, 1976, p.87).

Por fim, não se pode esquecer que pensar em assistência ao paciente queimado significa pensar, necessariamente, em uma equipe multiprofissional, “*cujo objetivo final é salvar a vida, conservar a*

função e reconduzir o paciente ao convívio social”.
(PITANGUY *apud* GOMES, 1997, prefácio)

O PACIENTE QUEIMADO

O paciente queimado em estado agudo apresenta certas características físicas e emocionais relacionadas ao trauma sofrido e ao tratamento recebido. Pode estar sofrendo dos efeitos sistêmicos da queimadura com as conseqüentes alterações em seu estado geral de saúde, bem como dos efeitos locais como o edema, perda de calor e contaminação bacteriana. A dor é um elemento constante e intenso durante a recuperação do paciente queimado, seja a da própria ferida em contato com o ar ou a provocada pelos procedimentos do tratamento como banho e limpezas, desbridamentos, trocas de curativos, medicações tópicas que provocam ardência e até mesmo a movimentação aplicada pelo terapeuta ocupacional. WEST e SHUCK comentam que

“(...) o próprio tratamento é desagradável. O corpo do paciente - escurecido, sanguinolento e geralmente quase despido para fins de tratamento - está exposto a pessoas pelas quais o paciente preferiria não ser visto no estado atual. A área queimada pode doer. Deve ser aplicada uma medicação dolorosa para evitar a infecção. O tecido queimado deve ser descolado e cortado do corpo como parte do processo de desbridamento. As extremidades queimadas devem ser exercitadas, apesar da dor, para evitar o aparecimento de contraturas. Finalmente o paciente deve submeter-se a enxertia - um processo no qual criam-se novas e dolorosas feridas para que as lesões anteriores possam ser curadas. Os pacientes reclamam do tratamento da queimadura. Dizem que parece desumano e cruel e geralmente sentem-se perseguidos.(...)”
(WEST e SHUCK, 1978, p.1212).

Com este contexto o paciente pode tornar-se ansioso ou amedrontado, manifestando irritação, tensão, fadiga, depressão, dificuldade de concentração,

diminuição de apetite e gradativa diminuição da tolerância à dor. WEST e SHUCK afirmam que

“Muitos pacientes tinham sob controle a maioria dos aspectos de suas vidas antes da queimadura. Seus organismos se controlavam com um mínimo de esforço. Com o insulto fisiológico extremo que acompanha qualquer queimadura grave, o organismo não consegue mais fazer isso. É necessária uma ajuda externa para fazer com que o organismo retorne à função normal. Parece que a percepção de anatomia e fisiologia alteradas - do corpo estar fora de controle - pode ser a base da ansiedade experimentada pelo paciente queimado”.
(*ibidem*, p.1215)

Conforme o paciente vai se conscientizando do que lhe aconteceu vão aparecendo dúvidas de como seu corpo ficará. Surge a preocupação com a possibilidade de a queimadura deixar marcas e se ele vai ficar com seqüelas estéticas e/ou deformidades. O fato de ver seu corpo exposto, coberto de tecido necrótico, sangue, secreções, provoca mudanças e desajustes no esquema e imagem corporal. Isso também porque o corpo queimado sofre alterações desde a variação do edema até a grande perda de peso e as eventuais necessidades de amputação.

O contato com a sensação da pele que retrai à medida que vai cicatrizando e que impede um movimento livre dos segmentos acometidos, inflige-lhe dor e promove um sentimento de estranheza e desconhecimento do corpo que agora possui.

Outro fator importante é a imobilização por prolongado período de tempo exigida por algumas técnicas cirúrgicas como a enxertia (cerca de cinco dias) e a ocasionada por curativos oclusivos. Desse modo, as articulações se enrijecem pela diminuição do líquido sinovial, os tendões e a musculatura podem sofrer encurtamento dependendo da posição em que estiverem os segmentos imobilizados, há perda de força muscular e, algumas vezes, de coordenação motora.

Durante este tempo, o paciente fica totalmente dependente nas atividades de vida diária (AVD's) e de auto-cuidado como banho e alimentação.

Quando ele é liberado destes curativos, entra em contato com novas dores como a do alongamento muscular, de pele e de tendões e a rigidez articular. Além dessas, existe o sentimento de insegurança com relação à volta de seus movimentos e à capacidade de conseguir fazer as coisas como antes. A pessoa, de certa forma, adquire uma nova dimensão de seu corpo com nova pele e terá de redescobri-lo quanto às suas potencialidades.

A REABILITAÇÃO DO INDIVÍDUO QUEIMADO EM FASE AGUDA

A escassa literatura sobre a atuação da Terapia Ocupacional com pacientes queimados em fase aguda versa, de modo geral, sobre os princípios básicos de prevenção de deformidades e sequelas físicas funcionais.

DE LISA (1992) descreve como cuidados de reabilitação da queimadura posicionamento, imobilização, exercícios e deambulação. Segundo o autor, o posicionamento é fundamental para o programa global no período de fase aguda. O paciente queimado busca alívio e conforto, movimentando membros para a posição relaxada de forma a aliviar o estiramento provocado pela queimadura. Assim ele geralmente os flexiona e aduz, facilitando contraturas que se desenvolvem rapidamente. Surge a necessidade de posicionamentos antideformantes que geralmente privilegiam abdução e extensão. Quanto à imobilização, as principais *"usadas na fase aguda são: splints¹ de repouso da mão, talas de dorsiflexão para os tornozelos (...), talas de extensão de joelho para prevenir posição em "perna de rã" e splints em extensão do cotovelo*

para extensão limitada do cotovelo (...)" (DE LISA, 1992, p.953).

Em relação aos exercícios este autor descreve que *"alongamento mantido suave é mais efetivo que múltiplos movimentos repetitivos para alongamento do tecido queimado (...)"* e que estes *"são indicados de três a quatro vezes ao dia"* (p.953) sendo que o paciente deve exercitar-se também entre as sessões de terapia. A deambulação pode ser facilitada e/ou estimulada por dispositivos de assistência.

PARENT (1989) descreve que os objetivos da Terapia Ocupacional para restauração física do paciente queimado em fase aguda *"são evitar a contratura e a deformidade, manter a variação de movimento, a função muscular e a força"*. (PARENT, 1989, p.403).

A autora cita como recursos para tais objetivos posicionamentos antideformantes, uso de aparelhos, variação de movimento para manter força e amplitude de movimento e, após enxertia completa, uso de bandagens elásticas e roupas de malha compressiva.

PARENT ainda acrescenta que esse investimento do terapeuta ocupacional para assegurar um paciente mais funcional quando a cobertura cutânea estiver completa, evidencia a recuperação prevista e *"alimenta esforços do paciente para seu próprio tratamento (...)* pois a esperança de viver é um poderoso aliado." (ibidem, p.403)

Susana SERNA divide o tratamento da Terapia Ocupacional em Controle Postural e Terapia de Apoio. Os objetivos da terapia de apoio são *"ajudar a fortalecer o eu e o desenvolvimento de defesas, aliviar sintomas da enfermidade e tomar consciência da necessidade da própria ajuda para obter um bom tratamento"* (SERNA, 1984, p.161). Os meios utilizados para estes fins são, segundo a autora, a comunicação e a atividade.

¹ Órteses

O Controle Postural abarca posições para controle de edema, tipos de bandagens e posições funcionais que promovam alinhamento dos segmentos ósseos, evitando imobilização e deformidades. Outras técnicas de Terapia Ocupacional usadas pela autora são: estimulação da sensibilidade, percepção de esquema corporal, facilitação proprioceptiva e bilateral, repetição de movimentos, resistência para fortalecimento muscular, relaxamento, controle do movimento, trabalho em grupo e atividades.

Quanto às atividades, a autora comenta que são inumeráveis, exemplificando com as do campo artístico (pintura, desenho, escultura em papel, cerâmica e outros materiais), das artes gráficas, artesanais, de recreação e socialização. SERNA pontua que estas atividades podem promover vazão à criatividade, ajuda à expressão de desejos e conflitos que o paciente não pode verbalizar, além de atender aos objetivos físicos específicos.

APLICAÇÃO DA ATIVIDADE NA FASE AGUDA DE QUEIMADURA

A Terapia Ocupacional é uma profissão de assistência à saúde e reabilitação que utiliza a atividade como recurso terapêutico. Para FERRIGNO (1990), a atividade

"(...) é considerada, nesse processo, como um instrumento que pode viabilizar a expressão, a espontaneidade, o conhecimento das potencialidades e das limitações dos clientes durante as suas ações no mundo. (...) sejam elas (atividades) lúdicas, pedagógicas, profissionalizantes ou de automanutenção, os indivíduos se percebem, percebem o outro, a natureza e as relações nesse contexto, levando a uma compreensão de si e do meio." (p.222)

Para que as atividades utilizadas sejam terapêuticas necessitam estar dentro de um plano de tratamento e serem analisadas de acordo com os

objetivos deste e com as correntes que regem o trabalho do terapeuta.

"Desenhar, pintar, modelar, dançar ou construir constituem um processo complexo em que a pessoa reúne diversos elementos de sua experiência para formar um novo e significativo todo. Neste contexto, a atividade é dinâmica e unificadora e compõe, primordialmente, um meio de expressão. Além disso, proporciona o desenvolvimento da criatividade, facilita a comunicação, o crescimento pessoal e a interação social.(...)

(...) Entretanto, a atividade em si não cura nem faz adoecer." (CASTRO, 1989, p.30) "O que cura, enriquece a personalidade ou faz adoecer são as condições humanas e inumanas em que ela é realizada, o tipo de vínculo ou relação interpessoal que se estabelece durante a ação". (AUGUSTO, 1979 apud CASTRO, 1989, p.30).

Ao longo de sua história, a Terapia Ocupacional vem apontando e se utilizando dos benefícios da atividade terapêutica para promoção da saúde. No entanto, o processo terapêutico não se dá somente no sentido atividade - paciente. Envolve o relacionamento deste com a atividade e com o terapeuta, o que BENETTON (1991) chama de *relação tríade*. A vinculação entre paciente e terapeuta é o ponto de partida para o estabelecimento do processo pelo qual se determinará como os objetivos gerais serão atingidos. Desta relação surge a oportunidade do paciente expressar outras necessidades que possui e que podem ser enfocadas durante os atendimentos de Terapia Ocupacional. Estas outras necessidades passam por aspectos afetados indiretamente pela patologia que apresenta - no caso, o trauma da queimadura - e pelos processos daí advindos: os efeitos da internação, os procedimentos cirúrgicos e médicos freqüentes, as mudanças de esquema e imagem corporal, as preocupações com auto-imagem e aceitação social, a possibilidade de retorno ao trabalho, entre muitas outras

que comprometem todo o processo de reabilitação do paciente, determinando não só suas condições na enfermaria, mas principalmente após a alta hospitalar.

A prática nos tem mostrado que a atuação do terapeuta ocupacional na prevenção de sequelas físicas, decorrentes da queimadura, por meio de posicionamentos antideformantes, movimentação articular, bandagens e outras técnicas tradicionalmente indicadas pela literatura são essenciais para a boa recuperação do paciente vítima de queimadura no que tange à qualidade de vida.

Porém, deve-se salientar que a estruturação psíquica de cada paciente influencia a condução da reabilitação. Esta afirmação parece óbvia demais para merecer destaque, mas a frequência com a qual os pacientes colocam obstáculos para aceitar o programa de reabilitação é alta, o que inspira um cuidado maior com esse dado. É comum ouvir dos pacientes no período agudo da queimadura:

“Já passo por tanta dor e quando me acalmo, você (terapeuta) ainda me vem com isso!”

“Você não vê que estou sofrendo e ainda quer mexer em mim?”

“Quando eu melhorar da queimadura, eu faço os exercícios. Agora não dá porque estou todo na carne viva.”

“Não quero fazer nada porque dói quando eu mexo.”

Os motivos, além da dor, muitas vezes estão relacionados com a história da queimadura. Por exemplo, ouviu-se de uma paciente que havia tentado suicídio ateando fogo em seu corpo que não queria fazer nada, pois não queria sequer estar viva!

Várias vezes a resistência ao tratamento não é verbalizada e justificada conscientemente, mas mostra-se por meio de atitudes, como a de uma paciente que não quer que os familiares a vejam melhorando, pois de certa forma pode usar sua condição para conquistar um novo espaço, receber atenção ou os mais variados motivos.

O terapeuta ocupacional ao intervir junto ao paciente para cumprir com seus objetivos de reabilitação, mobiliza geralmente rejeição por provocar, a curto prazo, dor e sofrimento.

Pode-se dizer que a queimadura está curada, assim que o processo de cobertura cutânea se encerra, porém o mesmo não pode ser dito com relação às possíveis sequelas estéticas e funcionais decorrentes da lesão. Se não há mais a presença da dor “que arde” (sic, paciente), pois a queimadura já está cicatrizada, a dor de não poder fazer as coisas ou de não reconhecer o próprio corpo continua presente. É essa dor da “inutilidade” e da não aceitação (própria ou social) que deve ser sanada, a fim de que todos os objetivos propostos possam ser de fato considerados alcançados.

Diante do exposto, acreditamos que o indivíduo vítima de queimadura necessita de um acompanhamento que ultrapasse a prevenção somente de seqüelas físicas. Pensamos que o terapeuta ocupacional, com sua formação basicamente centrada no estudo da atividade terapêutica, pode empregar este recurso para ampliar as perspectivas da reabilitação utilizada até então. Ou seja, promover maior mobilização interna do paciente frente ao seu programa/processo de reabilitação, tornando-o mais participativo deste.

O uso do recurso da atividade pode ser baseado na concepção de “criatividade e viver criativo” proposta por WINNICOTT (1975). Tal autor sugere que “é através da apercepção criativa, mais do que qualquer

outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida.” (p.95)

O conceito de criatividade mencionado não diz respeito ao que se encontra no senso comum: de que criatividade está diretamente ligada à produção artística, mas sim, como coloca o autor, com *“um colorido de toda a atitude com relação à realidade externa.(...) Relaciona-se ao estar vivo.” (ibidem, p.95)*

A preocupação com a retomada do viver criativo caminha de encontro com a necessidade de mobilizar um indivíduo que se encontra em sofrimento - no caso, provocada pela queimadura - pois a ausência de estímulos à criatividade decorrente de fatores ambientais ou externos pode levar a casos extremos de indiferença entre viver ou morrer.

“Em casos graves, tudo o que importa e é real, pessoal, original e criativo, permanece oculto e não manifesta qualquer sinal de existência. Nesse caso extremo, o indivíduo não se importaria, de fato, de viver ou morrer.”(WINNICOTT, 1975, p.99)

Dessa forma, o fazer proposto pelas atividades terapêuticas busca esse impulso criativo como aliado na reabilitação do paciente queimado.

“O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando qualquer pessoa (...) se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa...(...). Está presente tanto no viver momento a momento de uma criança retardada que frui o respirar, como na inspiração de um arquiteto ao descobrir subitamente o que deseja construir, e pensa em termos do material a ser utilizado, de modo que seu impulso criativo possa tomar forma e o mundo seja testemunha dele.” (ibidem, p.100)

O estímulo que a atividade proporciona à criatividade inicia-se desde o momento da proposta

feita pelo terapeuta, pois vislumbra um novo cenário - talvez uns dos poucos momentos de prazer - dentro do contexto de internação.

Esta determina ao paciente um comportamento passivo em que não lhe cabe tomar decisões ou atitudes. Suas cirurgias são marcadas pela equipe médica, bem como os tipos de curativos e medicações determinados por ela. Seu corpo é lavado por mãos de enfermeiros e auxiliares, é transferido de leito; a comida é recebida na boca e o cardápio é programado, a fim de que o paciente receba as quantidades exatas de nutrientes que permitam e acelerem sua recuperação.

Que cabe à pessoa queimada fazer? A equipe deseja que o paciente colabore com o tratamento, assim como a Terapia Ocupacional e, para isso, quer que ele se movimente em posições antideformantes como ditam os princípios da reabilitação. Porém, que estímulo ele tem para fazê-lo, ainda sendo mais um procedimento doloroso?

A atividade surge como uma alavanca, um agente motivador, que mobiliza vontade e desejos. O “fazer” traz a possibilidade do indivíduo sair da estagnação, tomar decisões, criando coisas novas e transformando-se novamente em um ser ativo. Isto acontece desde o planejamento do que vai ser feito e de qual material será utilizado até a decisão dos objetivos da atividade específica e de como ela será realizada.

A atividade proporciona intencionalidade para o movimento. Quando se realiza somente os exercícios, a finalidade deles encontra resposta apenas na fisiopatologia da queimadura e processo de retração. O paciente deve fazer, por exemplo, abdução de ombro quando sua axila é queimada para que não haja retração nesta região e seu braço não fique aderido junto ao corpo. Porém, na maioria das vezes, ele não se interessa

por isso, pois o que mais o assusta é se ver sem pele. Em geral, costumam acreditar que depois que as feridas estiverem cicatrizadas não terão mais problemas ou - se os tiverem - “uma cirurgia plástica resolve”. (sic, paciente)

Neste momento é que a atividade vem dar sentido ao gesto de mover-se, fazendo um elo entre o corpo presente e o que ele poderá ser no futuro, entre o sofrimento e a esperança de maior qualidade de vida após a alta hospitalar.

Quando a pessoa queimada se percebe novamente produtiva, aí parece visualizar com mais clareza também suas evoluções. A possibilidade - que a atividade representa - de retomar a vida normal fica mais concreta; portanto, nota-se maior participação ativa do indivíduo em seu próprio tratamento. Ele passa da situação de passivo ou até mesmo de “perseguido” (como muitos se sentem) para a de sujeito ativo de seu processo de cura.

Este processo pode ser observado no relato de caso clínico que segue.

CASO CLÍNICO

Paciente: V.O.C.S., 18 anos, sexo feminino, casada, dona de casa, com uma filha de 2 anos.

Histórico da Queimadura: Paciente com queimadura predominantemente de 2º e 3º graus, provocada por fogo em vestes, ocorrido em 25/04/99.

Internada em 26/04/99 na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Enfermaria de Queimados do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 35% de superfície corpórea acometida, correspondente às regiões mentoniana, cervical, de tronco e membros superiores (MMSS). Apresentava edema maciço em áreas queimadas - principalmente em membros

superiores - e não queimadas, sendo necessária a realização de fasciotomias em antebraço bilateral para descompressão carpiana. Referia parestesia de mão esquerda mesmo após a intervenção.

Passou por algumas complicações em seu estado geral, como insuficiência respiratória, necessitando de intubação traqueal e infecção local por microrganismos multiresistentes, que acarretavam insucessos nas cirurgias de enxerto. Neste ínterim sofreu de grave depressão e foi intensificado o acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Recebeu alta em 01/09/99, com úlceras em algumas áreas enxertadas. Esperava-se que estas áreas cicatrizassem por segunda intenção. Como este fato não se concretizou, V. foi reinternada em 24/09/99 para enxertia da superfície que restava sem cobertura cutânea. Recebeu nova alta em 14/10/99, dando prosseguimento aos cuidados no Ambulatório de Cirurgia Plástica e Queimaduras.

Intervenção de Terapia Ocupacional

Junto aos cuidados médicos, a Terapia Ocupacional utilizava seus recursos básicos para controle de edema, posicionamentos antideformantes e mobilização passiva e ativa dos membros.

Devido ao seu quadro infeccioso, os curativos eram oclusivos em membros superiores e inferiores (MMII), o que restringia o estímulo à movimentação ativa e passiva aos períodos de trocas de curativos e banhos. Esses eram momentos de intensa dor, pelas próprias características do procedimento, comprometendo o vínculo da terapeuta ocupacional com a paciente e sua colaboração nos exercícios.

Aparentemente, V. demonstrava compreender e aceitar a importância da movimentação e dos

posicionamentos; entretanto, no momento de executá-los, chorava muito e enrijecia o corpo, opondo-se ao movimento. Nestas horas, a manipulação tornava-se impraticável.

Referia:

"Dói muito! Parem com isso! Não quero fazer nada. Quando minhas feridas sararem, vocês mexem comigo!"

Outras vezes:

"Não quero saber se meu braço vai mexer ou não. Só não quero mais sentir dor. Se continuar assim, vou morrer!"

Com relação ao seu plano de tratamento cirúrgico, vários enxertos foram realizados e, na medida que havia integração da nova pele, a área era liberada dos curativos. Houve algumas regiões com perdas de enxerto em membros superiores que ainda necessitavam de oclusão; porém, estas áreas não acometiam articulações, possibilitando a movimentação.

As articulações de cotovelos, punhos e dedos apresentavam rigidez devido ao longo período de imobilização. Iniciou-se, então, a movimentação passiva.

Nesta fase, V. continuava poliqueixosa e com dor, recusando o movimento, apesar de não haver mais áreas cruentas nas regiões que eram tocadas pela terapeuta.

As Atividades

Neste período foram propostas atividades no leito, uma vez que V. ainda não estava autorizada a deambular.

V. indicava interesse em desenhar. Para isso foram preparados material e ambiente a fim de evitar

contaminação das lesões expostas.

Ela pareceu receosa em começar a atividade com lápis de cor e aparentou querer desistir da tentativa. Disse temer não conseguir segurar o lápis e descobrir já não ser capaz de realizar tarefas triviais. Neste momento, chorou ao dizer que lembrava de sua filha e que temia não mais conseguir tê-la em seus braços. Demonstrava medo de se movimentar, de entrar em contato com seu novo corpo e de se reconhecer diferente e, até talvez, deficiente de função.

SIVADON e FERNANDEZ - ZOÏLA (1988, p. 16) neste caso, consideram que antes do trauma, a pessoa tem uma forma em que "*pensa de seu próprio corpo, seu conhecimento empírico, as representações e imagens aprendidas na lenda que ele se conta a respeito de seu corpo.*" Quando se dá a queimadura

"A primeira surpresa reside no grau muito frágil e parcelar deste conhecimento empírico, e também no papel maior que pode desempenhar a doença (ataques à integridade do corpo) para conduzir a um outro conhecimento, melhor, mais fino, da corporeidade e de seus atributos (...) A doença é fonte de ensinamento, experiência e prova ao mesmo tempo; ela coloca em evidência os limites e as potências não aparentes do corpo humano." (SIVADON e FERNANDEZ - ZOÏLA, 1988, p. 16)

A terapeuta propôs uma tentativa a fim de averiguar sua capacidade motora e incentivá-la a aprimorar o movimento.

V. tentou segurar o lápis e começou a desenhar. Reclamou da falta de coordenação, mas continuou executando a atividade. Demonstrou estar motivada com o projeto e satisfeita com seu desempenho.

Fez vários desenhos e em cada folha melhorava gradativamente. No decorrer do processo a terapeuta direcionou desenhos de maior amplitude para obtenção

de variados graus de movimento. Apesar das dores nas articulações de cotovelos, punhos e dedos, V. tentava realizá-los.

No atendimento seguinte, V. recebeu autorização para sentar na poltrona com os membros inferiores elevados e ocluídos com curativo compressivo, para evitar ulcerações nas áreas doadoras.

Esta medida teve boa repercussão quanto à motivação para a realização de outras atividades. A paciente propôs continuar a pintura com outros materiais. Foi sugerido o uso de tintas, porém V. questionava se conseguiria fazer alguma “coisa bonita” (sic, paciente). Foi respondido que a atividade poderia ter como objetivo explorar cores e movimentos, sem obrigação de conceitualizar beleza.

V. fez riscos com lápis de cor, usando espátulas de madeira² como régua. Desenhou várias figuras geométricas e as coloriu. Foi proposto testar anteriormente as cores em outra folha, para verificar consistência, misturas e as possibilidades de movimentação dos membros superiores; contudo a proposta foi recusada.

V. não obteve o resultado esperado por ela, pois o movimento de seus braços estavam limitados, fazendo-a derramar tinta sobre a pintura. Começou a chorar e disse:

“Sou uma burra e aleijada mesmo! Não vou conseguir fazer mais nada na vida! Se não consigo nem pintar um quadrinho, como vou fazer quando chegar em casa e ter de fazer comida e cuidar da minha filha?”

A terapeuta disse que era sua primeira tentativa com a atividade e que não deveria pensar em certo ou

errado. Lembrou-lhe o que havia sido proposto quando começou a pintar: experimentar cores e movimentos. V. respondeu: *“Mas o que estou vendo é que não consigo fazer nada. Fiquei uma porcaria!”*, enquanto borrava o que já havia sido feito.

A terapeuta ofereceu-lhe nova folha propondo que misturasse as tintas sem desenhar nada. Após resistir à nova tentativa, V. aceitou a proposta. Ao observar o movimento de seu braço, comentou:

“Nossa! Meu cotovelo direito está dobrando mais. O esquerdo é que está pior, não estou alcançando na mesa muito bem...”

“Olha como a minha mão está mais firme! O pincel parou de cair... Só que o meu dedo tem de dobrar mais.”

Criou desenhos com a tinta e comparou com o trabalho feito anteriormente. Disse que o último havia ficado “mais bonito e alegre” (sic, paciente). A terapeuta atribuiu esta conclusão ao fato de V. estar menos temerosa do movimento e mais disponível para o reconhecimento dos limites de seu corpo.

V. concordou e falou que necessitava de mais exercícios para axilas e cotovelos, pois sentia-se “deformada” (sic, paciente). A terapeuta ressaltou o tempo hábil que ainda havia para diminuição das retrações e da rigidez articular, sendo os principais meios para isso: movimentação e posicionamento antideformante. V. pareceu reflexiva e, olhando para os desenhos, disse que o primeiro era como ela se sentia e o segundo era como poderia ficar com o tratamento. Concluiu dizendo:

“Até que não estou tão deformada assim, né? Olha só o que eu consegui fazer!”.

A seu pedido, o trabalho ficou preso na parede ao

² usado como abaixadores de língua na enfermaria

lado de sua cama e toda a equipe comentou com ela a respeito.

Depois dessa sessão, V. pareceu diminuir um pouco a labilidade de humor e a colaborar mais na manutenção dos posicionamentos.

V. confeccionou também um porta-retrato com espátulas de madeira, decorou-o com tinta relevo e nele colocou a foto da filha.

Mais tarde, iniciou treino de alimentação, auxiliada com adaptação nos talheres para alongar e engrossar o cabo. Essa atividade, além de estimular independência e auto-estima, exercitava flexo-extensão de cotovelo e preensão.

Ao longo destes dias, V. apresentou-se mais colaborativa com os diversos aspectos do tratamento, inclusive com os exercícios e posicionamentos, e com outros profissionais da equipe. Certa vez, disse para uma auxiliar de enfermagem que estava lhe prestando cuidados:

“Agora que estou melhorando mesmo, vou fazer tudo para ir embora logo. Não vejo a hora de pegar minha filha no colo!”

Alguns dias depois, recebeu autorização médica para iniciar deambulação com os devidos cuidados de oclusão compressiva nos membros inferiores. Junto com a terapeuta ocupacional começou a treinar manutenção de equilíbrio em posição ortostática e em movimento e correção postural.

Foi realizado jogo com bolas de bexiga com os objetivos de estimular os itens acima descritos, além da movimentação global de membros superiores, conscientização corporal e melhora da auto-estima e auto-confiança. V. envolveu-se com a atividade e realizou movimentos que minutos antes dizia não conseguir fazer. A terapeuta apontou essas evoluções no

momento em que ocorreram e V. pareceu mover-se com mais naturalidade e confiança.

Ao longo do processo pôde-se observar que o envolvimento com os objetivos das atividades proporcionaram num primeiro instante a motivação para conhecer e enfrentar os limites que os efeitos da queimadura haviam imposto ao seu corpo. Mais tarde, ocorreu uma real evolução dos movimentos corporais quando V. durante o jogo com bolas conseguia realizar coisas que pensava não ser capaz.

BERTAZZO (1998) aponta que, além da motivação da atividade, a razão para isso é que ao *“conseguir dar um outro trajeto - no locomotor - a seus impulsos emocionais”* o indivíduo

“dá uma trégua às suas elaborações psíquicas. E nesse curto espaço de tempo todo o seu sistema pôde se refazer. Ele se percebeu e se equilibrou primordialmente dentro de sua mecânica, acionando a autonomia de seu corpo (...)” (BERTAZZO, 1998, p.27)

Este autor aponta, ainda, para a importância de se evitar *“associações psicologizantes”* (ibidem) durante a movimentação, uma vez que a dificuldade da realização de um movimento pode conduzir facilmente a um sentimento angustiante, inibindo, assim, a psicomotricidade. BERTAZZO coloca que os sentimentos que afloram durante a exercitação devem ser trabalhados no âmbito motor:

“O movimento pode provocar alegria, raiva, vontade de chorar, etc. Isso é natural: o gesto nos afeta, coloca-nos em contato com nossa emotividade e com nossas pulsões básicas. Porém, todas essas sensações podem circular perfeitamente por nossos tecidos e ser elaboradas a contento no próprio âmbito corporal, durante o exercício. Não há porquê interromper a fluência do movimento, e mesmo o brotar dessas sensações, para analisar suas causas remotas, emocionais ou intelectuais. Tais sensações podem ser trabalhadas e evoluir

exclusivamente através do gesto e do movimento.” (BERTAZZO, 1998, p.27)

Alguns dias depois, V. começou a cuidar - por iniciativa própria - da organização de seu quarto, ajudando a auxiliar de enfermagem na troca de lençóis de seu leito e em outros procedimentos possíveis de serem realizados por ela. Aos que comentavam sobre sua mudança de atitude, respondia-lhes:

“Estou treinando os serviços que farei em casa quando sair daqui. Não posso mais ficar só chorando, tenho de cuidar agora de mim e pensar que tenho uma filha e uma casa me esperando.”

Nota-se no relato, que a partir da tomada de consciência dos limites e potencialidades que V. ainda podia desenvolver, começaram a surgir as preocupações com a retomada das atividades fora do contexto hospitalar e com a independência nelas. O desejo de morrer é claramente transformado no de estar viva, participando das atividades que compõem a sua história. Pode-se dizer que o impulso criativo que WINNICOTT descreve foi sendo resgatado na medida em que a vontade de agir buscava a superação dos obstáculos impostos pela queimadura. Também a isto, somaram-se os sentimentos de existência e unidade que o movimento pôde produzir.

“Ninguém existe sem antes perceber o corpo. Se nosso corpo constitui-se de vários “pedaços”, o movimento é o fator que nos possibilita juntar essas peças e criar unidade (...) É essa síntese motora que nos fornece a confortável sensação de unidade, de identidade.” (BERTAZZO, 1998, p.34)

“As estruturas do organismo não podem ser isoladas; são partes ligadas com aquilo que as ultrapassa e as circunda. O desejo influi sobre o fisiológico. O corpo poderá tanto mais, verá sua potência tanto mais forte, quanto mais forte for o seu desejo, quanto mais longe for em si mesmo, quanto melhor puder se investir (...). As forças são tanto mais ativas quanto mais vão até

o fim de si mesmas. O padecer indica uma parada de forças, uma falha, um término abortado. O desejo requer o jogo e a criação para se transcender no ativo.” (SIVADON e FERNANDEZ - ZOÏLA, 1988, p. 222)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o caso citado, podemos perceber de maneira concreta o papel que a atividade terapêutica pode ter na reabilitação do paciente queimado em fase hospitalar de tratamento.

V. inicialmente apresentava-se muito deprimida e em seus discursos e atitudes só exprimia o desejo de morrer. Não colaborava com o tratamento clínico da queimadura, tampouco com os procedimentos que visavam prevenção das sequelas aplicados pela Terapia Ocupacional.

Entretanto, ao longo de seu período de internação, pôde ser observada significativa transformação comportamental tendo como suporte, além de outros fatores, a aplicação das atividades terapêuticas.

Vale ressaltar que quando consideramos e valorizamos a atividade terapêutica como recurso na reabilitação do paciente queimado em fase aguda, não desconsideramos ou desmerecemos a importância de outros utilizados. Pelo contrário, acreditamos serem também fundamentais para a garantia de que uma pessoa que sofreu queimaduras seja curada sem sequelas funcionais.

Todos os nossos pacientes, quer tenham se envolvido ou não em projetos de atividades, receberam atendimentos que incluíam movimentação passiva, ativa e ressitida com exercitadores de funções, bem como posicionamentos antideformantes, órteses, trações e outros, dependendo de suas necessidades.

Caso não fosse assim, o fato, por exemplo, de um paciente passar uma tarde fazendo uma caixa com palitos de madeira e tomando consciência das capacidades e limitações de seu corpo, não apresentaria resultados, se depois não ficasse devidamente posicionado ou realizasse os exercícios de alongamento. A força de retração cicatricial é contínua, portanto cada vez que ele fosse realizar nova atividade iria se ver caminhando em sentido inverso de evolução, onde a cada dia teria menos função até que ficasse totalmente incapacitado.

No entanto, partimos do princípio de que manter uma articulação sem rigidez, não significa necessariamente manter a função (que muitas vezes relaciona-se ao papel social) e a independência do indivíduo. Acreditamos que conjuntamente à amplitude de movimento (ADM) normal e força muscular restituída, é necessário querer fazer; ou seja, atribuir significado à ação.

“(…) criar e viver se interligam.” (OSTROWER, 1987, p. 05). De acordo com esse pensamento, tentamos identificar o papel das atividades terapêuticas na reabilitação do paciente queimado. Papel esse que se mostra ora como exercitador de funções, ora como suporte para angústias ou, opostamente, estopim de satisfações e esperanças; mas que nunca se apresenta indiferente, pois:

“as coisas que os seres humanos fazem (...) fornecem uma ponte entre sua realidade interna e seu mundo externo.(...) mostram seu cuidado como sobreviver, estar confortável, ter prazer, solucionar problemas (...). Eles experienciam a si próprios e vêm a saber suas forças e fraquezas ou limites através das coisas que fazem.” (HOPKINS, 1978)³

Enfim, a atividade tem papel de criar uma mesma linguagem na comunicação entre terapeuta e paciente e proporcionar o envolvimento deste com o tratamento ao estabelecer a ponte do corpo sofrido com o corpo ATIVO, e por isso, VIVO!

³ HOPKINS, H., SMITH, H. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 5 ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1978. P.100-105. Cap 5: O Processo da Atividade (texto traduzido e revisado pelos docentes da área Adulto-Velhice do curso de Terapia Ocupacional da UFSCar).