

Terapia Ocupacional e a criança ribeirinha amazônica vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco¹

Paula Dayse Braga Santos^a, Laiana Soeiro Ferreira^{b,c}

^aInstituto de Ensino e Pesquisa em Psicologia e Saúde – IEPS, Belém, PA, Brasil

^bCurso de Terapia Ocupacional, Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil

^cCurso de Terapia Ocupacional, Universidade da Amazônia – UNAMA, Belém, PA, Brasil

Resumo: O escalpelamento é um acidente típico da Região Norte do Brasil com demanda de estudo. O objetivo deste trabalho foi relatar a atuação terapêutica ocupacional na minimização de comprometimentos no desempenho ocupacional de duas crianças ribeirinhas vítimas de escalpelamento por eixo de motor de barco desprotegido, através da avaliação do desempenho ocupacional e exposição da intervenção realizada. Trata-se de um estudo de caso com duas crianças ribeirinhas escalpeladas do sexo feminino, com atendimentos no período de abril a junho de 2013. A partir da aplicação dos instrumentos de avaliação foram verificadas alterações nas áreas de desempenho ocupacional, onde se encontram as atividades de vida diária (AVD), como dependência para o banho e deambulação, alteração no contexto de desempenho, com ansiedade pela alta hospitalar e alteração no componente de desempenho, com diminuição da autoestima em função de mudança na autoimagem. Nas reavaliações, após as intervenções, houve melhoras quanto à realização das AVD de cada paciente e da percepção de cada uma com relação à autoimagem. Desse modo, acredita-se que a realização da pesquisa permitiu o contato com uma temática característica da região Norte do Brasil, destacando a importância da assistência terapêutica ocupacional, proporcionando maior independência na realização das AVD significativas para cada criança.

Palavras-chave: Criança, Estudos de Caso, Terapia Ocupacional.

Occupational Therapy and the amazon riverside child victim of scalping by motor boat shaft

Abstract: Although scalping is a recurrent accident in northern Brazil, there are still few studies on the subject. The aim of the present work was to report the occupational therapy procedure on the minimization of the occupational performance impairment of two riverside children that were victims of scalping by unprotected motor boat shaft, through the evaluation of occupational performance and exposure of the intervention performed. This is a case study with two scalped riverside girls hospitalized between April and June, 2013. The application of evaluation protocols verified changes in the areas of occupational performance, where activities of daily living (ADL) such as dependence for bathing and ambulation are inserted; changes in the performance context, verified in the anxiety to be discharged from hospital; and changes in the performance component, with decreased self-esteem because of the change on their self-image. Reassessment after intervention showed improvement in the performance of ADL and self-image perception of both patients. Thereby it is believed that the development of the research allowed the contact with a theme that is so typical in the Brazilian north region, stressing the importance of Occupational Therapy assistance, providing greater independence in the performance of ADL that are meaningful to each child.

Keywords: Child, Case Studies, Occupational Therapy.

1 Introdução

De acordo com Fisch, Marengo e Nobre (2009), o Brasil possui a maior bacia hidrográfica do mundo, composta pela Região Hidrográfica Amazônica. Vale e Souza (2007) consideraram que, em relação a essa bacia, o principal meio de acesso do ribeirinho à cidade é o rio e, como meio de transporte, estão as embarcações por vias aquáticas.

No entanto, segundo a Capitania dos Portos da Amazônia Oriental (2011), ainda é comum embarcações serem utilizadas sem as devidas medidas de segurança nos rios da Amazônia, mesmo após a realização de ações preventivas pela Marinha, por meio de palestras, entrega de material para a cobertura do eixo dos barcos e inspeção naval rotineira. Uma das consequências dessa falta de segurança é o escarpelamento.

O escarpelamento é um acidente grave no qual ocorre avulsão do couro cabeludo, acarretando às vítimas sequelas físicas, emocionais e sociais. Esse acidente está intimamente relacionado ao cotidiano de suas vítimas que, em grande parte das vezes, vivem às margens dos rios e necessitam de embarcações para locomoção, alimentação e desenvolvimento de suas atividades produtivas (AITA et al., 2004).

O referido acidente, quando causado por embarcações motorizadas e sem os devidos anteparos de segurança, é mais incidente na Região Amazônica por ela ser cortada por rios que são os principais meios de subsistência da população ribeirinha (VALE; SOUZA, 2007). Segundo pesquisas de Aita et al. (2004) e Sousa et al. (2011), esse acidente ocorre predominantemente com indivíduos do sexo feminino. Segundo dados estatísticos da Capitania dos Portos da Amazônia Oriental (2011), do total de vítimas escarpeladas, 80% são do sexo feminino e, quanto à idade, o escarpelamento é mais comum ocorrer com crianças (na faixa etária de 3 a 12 anos), incidindo em 65% dos casos.

Porém, mesmo com a alta taxa de incidência desse acidente, ainda há dificuldade para encontrar referencial bibliográfico específico de escarpelamento por eixo de motor de barco. Portanto, há necessidade de abordar esse tema, a fim de que sejam desenvolvidas estratégias que possam minimizar os efeitos negativos desse acidente, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida de suas vítimas.

A intervenção terapêutica ocupacional com vítimas de patologia traumatológica, como no

caso do escarpelamento, visa ao desempenho ocupacional, que é a capacidade de levar adiante tarefas e atividades de modo independente, assim como a satisfação do paciente durante a realização delas, restaurando assim sua competência, além de amenizar aspectos negativos (ansiedade, medo, nervosismo, dentre outros) relacionados ao processo de hospitalização (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007).

Portanto, este estudo teve como objetivo geral relatar a atuação terapêutica ocupacional na minimização de comprometimentos no desempenho ocupacional de duas crianças ribeirinhas vítimas de escarpelamento por eixo de motor de barco desprotegido. E os objetivos específicos foram avaliar os componentes, contextos e áreas do desempenho ocupacional das crianças escarpeladas e expor a intervenção terapêutica ocupacional voltada à minimização das alterações verificadas na avaliação.

2 Metodologia

2.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa consiste em um estudo de caso realizado com duas crianças, uma de 7 e outra de 8 anos, ribeirinhas, vítimas de escarpelamento por eixo de motor de barco desprotegido, sendo que a primeira encontrava-se internada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) para cirurgia de enxertia e a segunda havia sido encaminhada ao Espaço Acolher (casa de passagem para vítimas de escarpelamento e seus acompanhantes e que pertence à FSCMPA) para prosseguimento de seu tratamento.

2.2 Período de realização da pesquisa

Essa pesquisa foi desenvolvida no período de abril a junho de 2013.

2.3 Locais de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) e Espaço Acolher.

A FSCMPA é um hospital que atende a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência na assistência aos escarpelados, contando com uma equipe multiprofissional da qual o terapeuta ocupacional faz parte, para a realização dos devidos procedimentos pré e pós-cirúrgicos. E o Espaço

Acolher funciona como extensão da FSCMPA, constituindo uma casa de passagem para vítimas de escarpelamento continuarem seu tratamento uma vez que, em função da maioria desses pacientes residirem no interior do estado, especialmente em áreas ribeirinhas, é complicado o deslocamento diário para Belém a fim de realizarem troca de curativos e outros procedimentos desenvolvidos na instituição.

2.4 Instrumentos utilizados

Os instrumentos utilizados durante a realização da pesquisa foram Anamnese e Avaliação Terapêutica Ocupacional (redigida pela pesquisadora), Questionário Psicoemocional (redigido pela pesquisadora), Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM (LAW et al., 2009) e Medida de Independência Funcional para crianças – WeeFIM para crianças ou MIF infantil (UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION, 2006). Após aplicação dos instrumentos de avaliação e da Anamnese foi traçado o Plano Terapêutico Ocupacional para nortear as intervenções a serem desenvolvidas com cada paciente e realizadas as devidas anotações em Diário de Campo.

Com relação aos protocolos empregados no estudo, a Anamnese e a Avaliação Terapêutica Ocupacional contém data e local da avaliação, identificação do paciente e do acompanhante, histórico da doença atual, histórico familiar, histórico ocupacional antes e após o acidente, queixas atuais, aspectos gerais no leito, avaliação das áreas de desempenho de atividades de vida diária (AVD) e componentes sensorio-motores, principais atividades de interesse, expectativas quanto ao tratamento e parecer conclusivo.

O Questionário Psicoemocional contém questões às quais o paciente responde com “sim” ou “não”, relacionadas à dor, medo, saudade da família, dificuldades para dormir, alimentação, tristeza e solidão. Também possui questionamentos relacionados à intensidade da dor e local onde o paciente sente dor. Portanto esse questionário configura-se como semiestruturado.

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM é uma medida centrada no paciente, aplicada de forma individual, designada para uso do terapeuta ocupacional a fim de detectar a autopercepção do paciente sobre sua *performance* ocupacional (CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE, 2005).

Como na primeira vez em que foi aplicada a COPM com uma das crianças essa apresentou dificuldades quanto à quantificação do grau de importância de cada atividade realizada, níveis de satisfação e desempenho, a pesquisadora adaptou essas escalas por meio de imagens para facilitar a compreensão. Portanto, a COPM para a análise foi considerada um instrumento qualitativo, em função de não haver contagem de escores.

Ao aplicar a COPM com crianças é eventual a necessidade de modificar a abordagem da entrevista, a linguagem da avaliação ou o sistema de pontuação para acomodar o nível de desenvolvimento da criança e sua habilidade em lidar com conceitos abstratos. Por exemplo, substituir as palavras por desenhos de faces felizes ou tristes nas extremidades das escalas de pontuação (LAW et al., 2009).

A versão brasileira da Medida de Independência Funcional (MIF) foi desenvolvida em 2000, em estudos de Riberto et al. (2004) cujos resultados permitem afirmar que a versão brasileira da MIF é um instrumento válido e sensível aos ganhos funcionais desenvolvidos durante um programa de reabilitação. A escala avalia 18 categorias, pontuadas de um a sete, e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa. As categorias são agrupadas em seis dimensões: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória).

A Medida de Independência Funcional apresenta um instrumento derivado para a utilização em crianças chamado WeeFIM (WeeFIM para crianças ou MIF infantil). Esse instrumento foi desenvolvido pelo Sistema de Dados Uniforme de Reabilitação Médica (UDS), o mesmo que desenvolveu a Medida de Independência Funcional, através de observação e questionamento aos pais e/ou à própria criança sobre os domínios que compõem o protocolo. Apresenta o mesmo questionário da MIF e a mesma medida de pontuação. É validado para ser utilizado com crianças de 6 meses até 7 anos, também podendo ser usado com crianças acima de 7 anos de idade (UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION, 2006).

O Plano Terapêutico Ocupacional foi composto a partir da literatura da American Occupational Therapy Association (2010) e contém os principais problemas identificados na avaliação e aplicação dos protocolos, objetivo geral das intervenções, objetivos a curto e longo prazos, materiais a serem utilizados, metodologia dos atendimentos e modelos teóricos empregados nas intervenções.

E o Diário de Campo, instrumento idealizado pela pesquisadora, escrito com base na literatura de Cavalcanti e Galvão (2007), constitui-se como uma ficha com data, hora e local do atendimento, nome da paciente e o número de seu prontuário, em caso de internação na FSCMPA. Especificou-se que atividade foi desenvolvida, o ambiente em que ela foi realizada, seus objetivos e as observações da pesquisadora sobre o andamento da atividade desse dia.

Todos os instrumentos de avaliação foram aplicados com as duas pacientes em determinados momentos da intervenção: (1) no primeiro contato com cada paciente, (2) após a realização das cirurgias de enxertia (quando o quadro clínico de cada uma encontrava-se estabilizado) e 3) no último dia de intervenção, a fim de verificar os ganhos obtidos após as atividades terapêuticas ocupacionais desenvolvidas.

Pelo fato de uma das meninas do estudo receber alta hospitalar para o Espaço Acolher, os instrumentos de avaliação foram reaplicados nesse novo local em função de mudança de contexto e pelo período de afastamento. Sendo reaplicados no primeiro e no último dia de atendimento.

Optou-se pela utilização tanto da COPM quanto da MIF porque a COPM utiliza a visão do paciente sobre seu desempenho ocupacional, auxiliando o terapeuta a perceber atividades significativas para determinado paciente, e a MIF, sendo mais objetiva, avalia todas as áreas de desempenho ocupacional, tornando a avaliação desse desempenho mais completa. E ambos podem ser utilizados com crianças na faixa etária das participantes do estudo.

2.5 Coleta de dados

A coleta de dados com Cornélia (8 anos) foi realizada na Santa Casa, nos meses de março e início de abril de 2013, e no Espaço Acolher, em junho de 2013. Os atendimentos foram interrompidos quando a menina recebeu alta hospitalar. As intervenções foram retomadas quando a paciente encontrava-se no Espaço Acolher, tendo que ser reiniciadas as avaliações devido ao período de afastamento e mudança no contexto. Na FSCMPA só foram possíveis dois atendimentos, porém no Espaço Acolher foram realizadas as 10 sessões previstas, totalizando 12 sessões.

A coleta de dados com Cinderela (7 anos) ocorreu durante internação hospitalar na FSCMPA, em maio de 2013, em que foi possível a realização dos 10 atendimentos previstos. Os atendimentos com as duas pacientes ocorreram de duas a três vezes na semana, durante o turno da tarde.

No primeiro atendimento com cada criança foram realizados os devidos esclarecimentos acerca do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE pelos pais das pacientes, para posterior aplicação dos instrumentos de avaliação.

Após a aplicação dos protocolos de avaliação, foi elaborado o Plano Terapêutico Ocupacional, a fim de nortear as intervenções. A organização dos dados foi realizada por categorias de análise do desempenho ocupacional, baseadas na aplicação dos protocolos e avaliações, além de observações registradas no Diário de Campo.

2.6 Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido respeitando as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS n. 466/2012, BRASIL, 2013), após autorização da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA e aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – UEPA e da FSCMPA.

Ainda segundo a Resolução, são garantidas as exigências éticas e científicas que envolvem pesquisas com seres humanos, que são: contar com o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo (e seus responsáveis legais, quando crianças), ponderação entre riscos e benefícios por parte da pesquisadora, a qual se compromete com o máximo de benefícios e mínimo de riscos, e é garantida a não utilização das informações em prejuízo dos participantes, através do sigilo de seus dados pessoais.

3 Resultados

Para apresentação dos resultados obtidos durante a pesquisa serão descritos os dois casos de escarpelamento e os resultados das intervenções realizadas com as pacientes. Foram criados pseudônimos para preservar a identidade das pacientes. Os pseudônimos são referentes a um personagem de desenho que cada uma relatou gostar. Portanto, a primeira paciente foi nomeada Cornélia, do desenho *Witches*, e a segunda recebeu o nome de Cinderela.

3.1 Caso Cornélia

Cornélia, sexo feminino, 8 anos de idade, é evangélica e proveniente do município de São Sebastião da Boa Vista (Ilha do Marajó, Região Amazônica), onde sofreu escarpelamento total (da

região frontal à occipital) no dia 17/1/2013, em uma viagem de barco com a família. A cliente foi levada ao Posto de Saúde mais próximo a fim de se estancar a hemorragia e depois encaminhada ao Pronto Socorro de São Sebastião, no qual foi realizado um curativo oclusivo e onde ela permaneceu por dois dias até ser encaminhada à Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA, em Belém.

Ao chegar à FSCMPA, no dia 19/1/2013, foi realizado curativo cirúrgico e, em fevereiro, duas cirurgias de enxertia. Uma semana após a segunda enxertia, a paciente recebeu alta e sua família preferiu levá-la para a casa de uma tia paterna ao invés do Espaço Acolher.

Uma semana após a alta foi verificada infecção na região receptora (cabeça) durante troca de curativo realizada na FSCMPA, em função disto Cornélia retornou à Santa Casa para conter a infecção, com tratamento medicamentoso, e para verificar-se a necessidade de remoção do enxerto infeccionado. Em função de tratamento medicamentoso não houve necessidade de remoção do tecido enxertado e amenina permaneceu na FSCMPA até a realização de uma nova cirurgia de enxertia. No dia 26/3/2013 foi realizada a última cirurgia de enxertia. No início de abril, a cliente foi encaminhada ao Espaço Acolher para evitar reincidência de infecção. Portanto, a coleta dos dados de Cornélia foi iniciada na Santa Casa, com dois atendimentos, e depois retomada no Espaço Acolher, onde foram feitas as 10 sessões previstas para o estudo.

3.2 Apresentação das intervenções desenvolvidas com Cornélia

A paciente foi avaliada duas vezes durante a internação hospitalar, uma antes e outra após a cirurgia de enxertia. Ao traçar o Plano Terapêutico foram utilizados dados coletados nas duas avaliações desenvolvidas. Os principais problemas identificados foram: alteração nas áreas de desempenho ocupacional, com dependência para a realização de AVD (banho e mobilidade), afastamento da escola e prejuízo no lazer; alteração nos componentes de desempenho psicoemocionais como ansiedade, tristeza e diminuição da autoestima em função de mudança na autoimagem; alteração no componente sensorial, com sensibilidade superficial alterada na região doadora de enxerto (coxa esquerda); alteração no contexto de desempenho em função de hospitalização prolongada, que gerou mudança na rotina ocupacional, além de afastamento da família e escola.

Como objetivo geral foi definido minimizar as alterações no desempenho ocupacional da paciente, identificadas no Plano Terapêutico Ocupacional. Como modelo teórico metodológico das intervenções foi utilizado o modelo lúdico.

O modelo lúdico na prática terapêutica ocupacional oferece à criança a possibilidade de resgatar papéis ocupacionais que ficaram esquecidos ou reprimidos durante a hospitalização (CARVALHO; PFEIFFER, 2009). O terapeuta ocupacional, utilizando-se da ludicidade, torna-se um facilitador da ação da criança no ambiente que a cerca, através da utilização de recursos e atividades de seu interesse, a fim de esses auxiliem-na em sua recuperação ou na melhora de suas limitações (MOTTA; TAKATORI, 2001).

No Espaço Acolher, após reavaliar a paciente, foram identificados como principais problemas: alteração na área de desempenho, com prejuízo da AIVD (atividade instrumental de vida diária), em função de recusa em fazer medicação para minimizar infecção no enxerto, e alteração do lazer; alteração nos componentes psicoemocionais, com diminuição da autoestima (evidenciado pela alteração da autoimagem), solidão, ansiedade e agitação psicomotora; alteração no contexto de desempenho, com mudança na rotina ocupacional em função do afastamento da família e por a paciente não poder brincar ao ar livre como fazia em São Sebastião, pois sair ao Sol poderia infeccionar mais o enxerto.

O objetivo geral de minimizar as alterações no desempenho ocupacional da paciente identificadas no Plano Terapêutico Ocupacional foi mantido, assim como o modelo lúdico como modelo teórico metodológico norteador das intervenções. Os resultados das intervenções foram descritos em um Diário de Campo após cada atendimento realizado com Cornélia.

No Espaço Acolher foram desenvolvidas com a paciente atividades de desenho, pintura, confecções, recortes, montagem de histórias e jogos, objetivando trabalhar outras formas de lazer que pudessem ser desenvolvidas em espaços fechados, uma vez que ela não podia brincar ao ar livre durante a cicatrização do enxerto, em função de infecção.

Foi verificado que o afastamento da escola foi minimizado no Espaço Acolher em função da “Escolinha” que funciona no local.

A ansiedade e a agitação psicomotora foram trabalhadas oferecendo-se à menina atividades subdivididas em etapas, para que ela mantivesse a atenção e concentração em cada uma dessas etapas

para concluir a atividade proposta. Foi verificado que no início era difícil para Cornélia respeitar o tempo de cada etapa das atividades, porém com o passar dos atendimentos ela conseguiu desenvolver uma boa tolerância durante as atividades, o que também foi notado durante as atividades pedagógicas e relatado pelas professoras da “Escolinha”.

Foi possível perceber, durante os atendimentos, que a genitora não estava presente no Espaço Acolher e, segundo Cornélia, essas ausências da mãe eram frequentes, a ponto de fazê-la sentir-se muito solitária. Portanto, foi solicitado à mãe o comparecimento em pelo menos um atendimento terapêutico ocupacional, mesmo se ela não quisesse participar ativamente. Nesse dia, ela presenciou o relato da filha sobre a solidão por suas ausências frequentes, algo sobre o que elas ainda não haviam conversado. Então, ao final do atendimento, a mãe perguntou o que ela poderia fazer para minimizar esse sentimento da filha, uma vez que ela se ausenta para resolver problemas de família. Foi sugerido que a irmã mais velha de Cornélia fizesse companhia a ela quando a mãe precisasse sair.

A autoimagem foi trabalhada por meio de histórias e desenhos através dos quais Cornélia demonstrava que não se conformava com a perda dos cabelos, recusando-se a tirar fotos com a família, e para ela isso era algo definitivo. Durante as atividades, ela pôde perceber que não necessariamente seria algo definitivo. Os cabelos naturais dela realmente não iriam nascer, porém ela poderia usar um meio alternativo, que são as perucas. No começo, Cornélia pareceu não gostar muito da ideia, mas quando ela se familiarizou com os tipos de perucas levados pela pesquisadora, começou a se interessar mais pelo assunto. Ela também foi orientada quanto à utilização dessas perucas, uma vez que em função da pele enxertada ser sensível não poderia usá-las ininterruptamente, alternando-as com lenços ou chapéus.

Com relação à medicação, foi comunicada à genitora a importância dos remédios para conter a infecção, porém a mãe deixava a decisão final sobre tomar ou não o remédio para a filha. Foi utilizado o lúdico para ajudar a menina a compreender a necessidade dessa medicação, através de histórias e desenhos para ilustrar os efeitos positivos advindos desse tratamento, como diminuição da dor na troca de curativo e cicatrização mais rápida do enxerto, o que tornaria possível a utilização de perucas.

No último atendimento, a paciente foi reavaliada e, dessa vez, foi identificada diminuição da ansiedade e agitação psicomotora, uma vez que

Cornélia encontrava-se atenta às instruções durante o desenvolvimento das atividades, mudança na autoestima e autoimagem, que ocorreu após a regressão da infecção da cabeça (em função de a paciente fazer a medicação de forma correta), tornando possível o uso de perucas, de modo que Cornélia relatou não se sentir mais envergonhada por não ter cabelos, já que agora podia usar perucas. A menina não relatou mais sentimentos de solidão, referindo que quando sua mãe precisava se ausentar do Espaço Acolher sua irmã mais velha lhe fazia companhia.

Foi possível perceber, através das avaliações e intervenções realizadas, que a mudança no contexto da paciente influenciou no cotidiano de Cornélia, uma vez que ela precisou se readaptar a uma nova rotina ocupacional (do Espaço Acolher), participando de atividades educativas às quais ela não tinha acesso durante o período de hospitalização. E o Espaço Acolher, por ter a configuração de uma casa, ofereceu à paciente maior liberdade de interação, o que ela também não tinha no hospital.

3.3 Caso Cinderela

Cinderela, sexo feminino, 7 anos de idade, é católica e proveniente do município de Breves (localizado ao sudoeste da Ilha do Marajó, Região Amazônica), onde sofreu escarpelamento parcial no dia 17/4/2013, em uma viagem de barco ao colégio. Após o acidente, a paciente permaneceu dois dias no Hospital de Breves para realizar os primeiros socorros e esperar encaminhamento ao Pronto Socorro Municipal de Belém, onde aguardou por mais três dias, à espera de leito para a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA. Segundo dados do prontuário, ela foi admitida na FSCMPA no dia 22/4/2013, para a realização dos devidos procedimentos cirúrgicos. A paciente realizou a cirurgia de enxertia no dia 6/6/2013. As intervenções com Cinderela referentes a esta pesquisa foram realizadas apenas na FSCMPA, totalizando 10 sessões.

3.4 Apresentação das intervenções desenvolvidas com Cinderela

A paciente foi avaliada duas vezes durante a internação hospitalar, uma antes e outra após a cirurgia de enxertia. Ao se traçar o Plano Terapêutico foram utilizados dados coletados nas duas avaliações desenvolvidas. Os principais problemas identificados foram: alteração nas áreas

de desempenho ocupacional, com dependência para a realização de AVD (banho, mobilidade, transferências, vestimenta, utilização do vaso sanitário e higiene pessoal), afastamento da escola e prejuízo no lazer; alteração nos componentes de desempenho psicoemocionais, com diminuição da autoestima em função de mudança na autoimagem; alteração no contexto de desempenho, em função de hospitalização prolongada, gerando mudanças na rotina ocupacional, além de afastamento da família e da escola.

Como objetivo geral foi definido minimizar as alterações no desempenho ocupacional da Cinderela, identificadas no Plano Terapêutico Ocupacional. Como modelo teórico metodológico das intervenções foi utilizado o modelo lúdico. Os resultados das intervenções foram descritos em um Diário de Campo após cada atendimento realizado com a paciente.

A fim de trabalhar o lazer dentro do hospital foram realizados atendimentos envolvendo jogos e pintura que despertassem o interesse da paciente e a deixassem à vontade para realizar a principal ocupação da infância, que é o brincar. Porém esse brincar sofreu adaptações para o seu contexto atual, o hospitalar, respeitando horários de visita médica e medicações da equipe de enfermagem.

Com relação à alteração da autoimagem, utilizou-se o desenho para verificar os sentimentos de Cinderela referentes ao curativo no local dos cabelos. Até aquele momento, ela tinha uma ideia errônea do que havia acontecido, acreditando que não houvesse mais cabelo em sua cabeça, uma vez que o curativo oclusivo não deixava o que restou de seus cabelos à mostra e durante a troca de curativo ela era sedada, em função da recente cirurgia de enxertia. Porém, em um dos atendimentos foi explicado que o escalpelamento dela era chamado de parcial, porque a avulsão ocorreu em apenas uma parte de seu couro cabeludo, sendo que grande parte dele havia permanecido intacta, o que foi primeiramente demonstrado através de desenhos e, depois que o enxerto começou a cicatrizar, Cinderela presenciou as trocas de curativo e notou que grande parte de seus cabelos estava intacta, sendo essa porção capaz de cobrir a área escalpelada. A partir desse momento foi verificado que ela não se incomodava mais com a presença do curativo na cabeça, uma vez que sabia que, quando a região de colocação de enxerto cicatrizasse, podia voltar a usar seus cabelos soltos.

Também foram realizados atendimentos envolvendo sessão de fotos com perucas e diferentes figurinos, objetivando favorecer a melhora

da autoestima da paciente com relação a sua autoimagem.

Referente à dependência para a realização de AVD, foi verificado que isso ocorria em função do genitor desconhecer maneiras alternativas que pudessem auxiliar a filha a desenvolver suas atividades de forma mais autônoma. Foram realizadas orientações a ele sobre maneiras alternativas de Cinderela realizar suas atividades do modo mais independente possível, além de treino de AVD com a própria paciente. Dentre as medidas tomadas encontram-se colocação de uma cadeira plástica no banheiro durante o banho, aproximação de uma escada pequena do leito para auxiliá-la no deslocamento da cama para o chão, utilização das barras laterais ao vaso sanitário para aumentar o equilíbrio da menina ao sentar no vaso, dentre outras, até o momento de sua completa recuperação, quando ela não precisasse mais usar esses recursos para realizar suas AVD independentemente.

No último atendimento a paciente foi reavaliada e foi verificada necessidade de ajuda mínima para a realização da higiene pessoal (necessitando de ajuda para manter-se na posição ortostática) e banho (necessitando de ajuda para o enxágue), com consequente melhora dessas AVD identificadas como problemáticas pela menina na COPM e no MIF. Com relação ao uso do vaso sanitário, transferências (do leito para o chão, principalmente) e deambulação, na reaplicação dos protocolos Cinderela relatou ser independente nessas atividades.

A partir das orientações a Cinderela e a seu acompanhante foi possível encontrar modos alternativos de realização de forma mais independente das atividades identificadas como problemáticas em seu desempenho ocupacional. As atividades relacionadas à sessão de fotos ajudaram a paciente a encontrar maneiras de não se sentir angustiada em função da perda dos cabelos. Com o passar do tempo, a área doadora do enxerto (principal motivo causador de dificuldade na realização das atividades relacionadas à deambulação, transferência, banho e utilização do vaso sanitário) cicatrizou, resultando na realização dessas atividades de modo independente.

4 Discussão

A análise de dados foi realizada a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação e anotações no Diário de Campo e permitiu à

autora a organização das informações obtidas em três categorias de análise: comprometimentos no desempenho ocupacional das pacientes; comprometimentos no desempenho ocupacional e o tratamento do escarpelamento; melhora no desempenho ocupacional ao final das intervenções.

4.1 Comprometimentos no desempenho ocupacional das pacientes

A partir da exposição dos resultados obtidos com cada paciente foi possível identificar similaridades entre as duas, no que diz respeito ao período de internação hospitalar, relacionadas à alteração em áreas de desempenho, com prejuízo na realização das AVD de forma independente, principalmente o banho, mudança no contexto cultural delas, com afastamento de casa e da escola, resultando em ansiedade pela alta hospitalar, evidente em Cornélia, mas subentendida na fala de Cinderela (quando referia estar com saudade da família em função de encontrar-se internada por um longo período). Também foi verificada nas duas pacientes diminuição da autoestima por alteração na autoimagem, referida por Cornélia através da recusa de tirar fotos, atitude que segundo familiares ela não apresentava antes do acidente e, por Cinderela, através da afirmação de que achava “feio” aparecer sem cabelos nas fotos.

As dificuldades encontradas para a realização do banho estavam relacionadas às regiões que se apresentavam com curativo, uma vez que essas não poderiam ser expostas à água ante a possibilidade de infeccionarem, retardando a cicatrização. Porém a dependência e mesmo a semidependência consistiam um incômodo para as meninas, uma vez que antes do acidente elas não precisavam da ajuda de ninguém para desenvolverem suas AVD satisfatoriamente e que naquele momento passaram a necessitar. Para Cinderela, o incômodo era mais evidente em função de ser o pai o principal acompanhante durante seu tratamento, sendo ele que a auxiliava na realização do banho.

Os resultados aqui apresentados corroboram as ideias de Sena e Bastos (2013), que defendem que a perda de autonomia em relação às AVD interfere significativamente na autoestima do indivíduo, uma vez que os cuidados pessoais são transferidos, mesmo que temporariamente, a terceiros, representando uma confusão para o paciente. Para tanto, o treino dessas AVD pode ser realizado de maneira lúdica ou contextualizada, dentro de uma outra atividade, sempre garantindo

a privacidade e a proteção do paciente diante de situações constrangedoras.

Com relação às mudanças na rotina ocupacional das meninas, tem-se o afastamento de casa e da escola em função de o tratamento não ocorrer na localidade de origem delas e sim na capital, o que ocasionou alteração no contexto cultural de ambas. Como o escarpelamento é um acidente grave, o seu tratamento é longo, principalmente se o tipo de escarpelamento for o total, uma vez que essa demanda mais tempo para a realização de várias cirurgias e a cicatrização é mais demorada. Com isso, muitas perdem um ano da escola, como foi o caso das pacientes do estudo, além de ficarem muito tempo afastadas de seus familiares, pois nem todos podem visitá-las no hospital ou Espaço Acolher.

É possível perceber isso nos apontamentos de Vale e Souza (2007), que relatam que, por causa do acidente e em função da internação hospitalar, as crianças têm sua vida modificada, tendo de parar de estudar e se afastar das localidades onde moram, ficando alijadas da convivência com familiares e amigos, além de sofrerem interrupção da vida escolar. Assim, o tratamento do escarpelamento altera o contexto cultural da paciente, uma vez que com o acidente a rotina ocupacional das vítimas é modificada, pois elas são obrigadas a se afastar de sua localidade, da escola e da convivência com os familiares, pois o tratamento é realizado apenas na capital do estado do Pará.

Em função desse afastamento, as meninas apresentavam uma expectativa muito grande com relação a alta hospitalar, referindo saudades da família, além do fato de que, no hospital, elas eram privadas de desempenhar funções que antes faziam normalmente, como correr no quintal, nadar no igarapé, brincar com amigos e primos, com conseqüente mudança de suas rotinas ocupacionais.

É possível perceber esse rompimento na rotina ocupacional da criança escarpelada na descrição de Takatori et al. (2004), quando dizem que a criança se afasta de entes queridos, de sua casa, seus pertences e tem de se acostumar a uma nova rotina: hospitalar. “No hospital, um ritmo lento lhes é imposto e o tempo passa em função da hora da pesagem, do banho, da medicação, da visita médica e das terapias da criança” (TAKATORI et al., 2004, p. 259).

A criança permanece hospitalizada por um longo período, submetida a uma rotina diferente da sua, habitando um local desconhecido, geralmente desfavorável ao seu desenvolvimento normal, o que proporciona inúmeras perdas. Esse processo

gera no sujeito inúmeras mudanças e rupturas de suas relações e de seu cotidiano. Experimenta-se o sofrimento em toda a sua amplitude, a solidão, a dependência dos outros, o medo, o encontro com as limitações e as incapacidades, com as regras, os horários, os outros pacientes, profissionais da saúde, além da sensação de abandono, do estar no mundo sem poder expor seu modo de ser, sendo submetido a esse momento de hospitalização, dentre tantas outras situações (LOPES; CORRÊA, 2013).

A hospitalização na infância pode configurar-se como uma experiência traumática, uma vez que ela afasta a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar, promovendo um confronto com a dor, a limitação física e a passividade; o cotidiano passa a ser organizado em função do tratamento. A identidade de ser criança é muitas vezes diluída numa situação de internação em que ela se vê em uma realidade diferente da sua vida cotidiana. O papel de ser criança é sufocado pelas rotinas e práticas hospitalares, que a tratam como paciente, como aquele que inspira e necessita de cuidados médicos, que precisa ficar imobilizado e que parece alheio aos acontecimentos ao seu redor (LOPES; CORRÊA, 2013).

Nesse contexto, as perdas significativas, como a dos cabelos, o afastamento do cotidiano e da família, em decorrência do acidente e da necessidade de hospitalização, requerem da criança um reajustamento social, uma mudança da rotina de vida à qual a pessoa está acostumada, a partir de um evento, não importando o quanto foi desejado ou não (LOPES; CORRÊA, 2013).

Em função do tratamento do escalpelamento, com os curativos oclusivos no lugar dos cabelos, foi verificada também a alteração da autoimagem, e essa alteração refletiu de modo negativo no desempenho ocupacional de Cornélia, uma vez que, segundo relatos da genitora, antes do acidente sua filha sempre participava de festas organizadas pela escola e adorava tirar fotos; porém, desde o escalpelamento ela passou a não permitir mais que tirassem fotos dela, em função de encontrar-se com curativo na cabeça. Com relação à Cinderela, segundo seu pai, a menina nunca apresentou problemas ou vergonha de tirar fotos; porém, durante os atendimentos, ao se ver nas fotos costumava dizer “ah mas eu tô feia assim, cadê meu cabelo?” ou dizia que não gostava de determinada foto em função do curativo.

As ideias abordadas no parágrafo anterior também podem ser encontradas nos escritos de Muylaert (2000) e Beckman e Santos (2004), nos quais é possível observar uma composição do benefício do curativo, pois, ao mesmo tempo

que curava, também causava dor às vítimas de escalpelamento. Dor no sentido de provocar sentimento de vergonha e, muitas vezes, de inferioridade, por encontrar-se com um curativo no lugar dos cabelos.

Verifica-se, dentre as vítimas de escalpelamento, baixa autoestima, a pessoa apresenta dificuldade em falar de seu corpo, apontando uma condição de fragilidade e sofrimento devido à perda dos cabelos, que afeta assim sua autoimagem (BECKMAN; SANTOS, 2004). Segundo Vale e Souza (2007), tão sofrido quanto a perda dos cabelos é ter que cobrir com lenços as chagas de uma dor que corrói a autoestima e compromete esse direito tão feminino: a vaidade.

E o que dizer de crianças escalpeladas que receiam ver seu reflexo no espelho ou em fotografias? Isso pode indicar um trauma diante da realidade da perda dos cabelos, em que elas se mostram obrigadas a renunciar a seu projeto imaginário de beleza diante do que lhes foi imposto, da perda sofrida e da dor real de seu corpo (VALE; SOUZA, 2007).

A identidade de meninas vítimas de escalpelamento passa por um processo de ressignificação, uma vez que elas passam a se perguntar “Quem é essa pessoa diante do espelho?”, sendo que, assim como o espelho, as fotografias obrigam-nas a aceitar essa transformação física, a qual elas não desejaram, carregando o estigma de ser escalpelada. Para algumas dessas meninas, a perda do cabelo provoca uma ferida narcísica insuportável, o principal motivo do uso constante de perucas; essa prática é avaliada como uma tentativa de sair desse lugar estigmatizado e inferiorizado de escalpelada, como um ser “faltante” (LIMA, 2008).

Verifica-se a manifestação de baixa autoestima nas vítimas de escalpelamento no decorrer do tratamento, representada pela dificuldade em falar do próprio corpo, pois a recusa de sua condição atual é muito grande, o que aponta para uma condição de fragilidade e sofrimento devido à perda de cabelo. O acidente provoca uma ruptura no esquema corporal, afetando a autoimagem e, como consequência, uma diminuição da autoestima (BECKMAN; SANTOS, 2004).

“Que lugar a peruca ocupa na subjetividade dessas meninas escalpeladas?” A resposta é que o desejo compulsivo de usar perucas está diretamente relacionado ao desejo de tamponar a ferida narcísica que se instalou, uma vez que é difícil lidar com o fato de se perceber como um ser faltante. Portanto, as perucas vêm como uma busca, um retorno ao momento anterior ao acidente, que

constituía o momento de completude. Através das perucas, as meninas escarpeladas podem livrar-se, temporariamente, do estigma, da dor e da angústia por serem escarpeladas (LIMA, 2008).

4.2 Comprometimentos no desempenho ocupacional e o tratamento do escarpelamento

Essa sessão refere-se à relação existente entre os problemas no desempenho ocupacional identificados pelas pacientes e o tratamento do escarpelamento, constituído pelas cirurgias de enxertia e retirada de enxerto às quais as participantes do estudo foram submetidas durante a internação hospitalar.

Foi possível notar que, antes da cirurgia de enxertia, as alterações verificadas estavam relacionadas ao curativo na região da cabeça e à internação hospitalar (sentimentos de tristeza, ansiedade pela alta, por exemplo); porém, após as cirurgias, as duas meninas passaram por mudanças em sua rotina no hospital, apresentando dificuldades em AVD que não foram referidas na primeira avaliação, em função de mudança significativa na marcha pelo fato de o enxerto ser retirado de uma das pernas das pacientes, com isso a deambulação no pós-operatório imediato sofreu alterações, modificando assim a independência na realização das AVD.

O fato citado no parágrafo anterior tem relação com as ideias de França e Zavarize (2010), que descreverem que, em função do enxerto cutâneo ser retirado da parte posterior da coxa do paciente, muitos referem dor nesse membro durante o pós-operatório imediato. Essa cirurgia também representa um fator agravante para a redução de força nos músculos do quadril (flexores). Apenas com o passar do tempo e cicatrização dessa região a movimentação tende a retornar e o andar torna-se outra vez mais desenvolto, como era antes da cirurgia.

Na compreensão de Beckman e Santos (2004), a cirurgia de enxertia traz diversas consequências ao cotidiano da criança escarpelada, dentre elas é evidente a marcha alterada, em função de dermectomia da coxa, postura de flexão excessiva do joelho ipsolateral à cirurgia, que não se estende ao contato do pé no chão, sobrecarregando assim o joelho contralateral ao membro afetado. Essas consequências evidenciam-se no pós-operatório imediato e, muitas vezes, após um tempo da cirurgia essas posturas não permanecem.

Após a cicatrização do local de retirada de tecido epitelial (membro inferior), a marcha voltou ao normal e não houve mais comprometimentos para a realização das AVDs, a não ser o banho, que em função do curativo na cabeça continuava requerendo cuidados específicos, como a utilização de touca plástica.

4.3 Melhora no desempenho ocupacional ao final das intervenções

Com Cornélia foram verificadas, ao final dos atendimentos, melhoras na área de desempenho de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) devido ao uso correto da medicação contra a infecção do enxerto; nos componentes sensorio-motores e psicoemocionais, uma vez que ela não referia mais tristeza ou sentimentos de solidão, demonstrou alteração na autoimagem e consequente melhora em sua autoestima com a possibilidade da utilização de perucas no lugar do curativo; e ingressou na “Escolinha” do Espaço Acolher, para compensar o ano letivo que não cursado na escola regular.

Através das orientações feitas com relação ao uso da medicação para infecção no enxerto, a paciente compreendeu sua importância e, ao final dos atendimentos, referiu que durante a troca de curativo a dor diminuiu de intensidade, evidenciando o uso correto da medicação; segundo o médico, a infecção estava regredindo.

A solidão no Espaço Acolher ocorria porque a genitora se ausentava muitas vezes do local, deixando Cornélia sozinha. Porém, durante as intervenções essa questão da ausência da mãe foi comunicada à própria genitora e foram encontrados meios alternativos para ela sair e resolver seus problemas pessoais sem precisar deixar a filha sozinha no Acolher: durante esses momentos ela passou a contar com a companhia da irmã mais velha. Ao final dos atendimentos, a paciente não identificou mais tristeza ou solidão em função de que não permanecia mais sozinha no Acolher, ora estava na companhia da mãe, ora na da irmã mais velha.

Com relação à alteração da autoimagem, constatada tanto durante a internação hospitalar quanto durante a estadia no Espaço Acolher, foi verificado que, ao final dos atendimentos, a paciente continuava com sua autoimagem alterada, negando-se a aparecer em fotos enquanto não pudesse usar perucas, porém algo havia mudado.

Enquanto na FSCMPA ela referia apenas que não iria mais sair em fotos, no Espaço Acolher, ao final das intervenções, a partir da regressão da infecção na cabeça, ela relatou que “daqui a pouco já vou poder usar minhas perucas e voltar a tirar fotos”, sendo verificada uma solução para o fato de ela não gostar de se ver sem seus cabelos.

Com Cinderela foram verificados, ao final dos atendimentos, mudanças nas áreas (em que as AVD se encontram) e componentes (sensório-motores e psicoemocionais) do desempenho. Houve alteração da autoimagem e de sua autoestima, a menina referiu melhoras no desempenho e na satisfação durante a realização de AVD consideradas como problemas de desempenho ocupacional (banho, higiene pessoal, uso do vaso sanitário, transferências e marcha) em razão da independência com relação a essas atividades.

Com relação à marcha, foi verificada alteração no pós-operatório, em que primeiramente a paciente não conseguia andar e durante o qual, depois, passou a apresentar marcha antálgica, até a cicatrização da região de retirada do enxerto (coxa esquerda). Ao final das intervenções, a marcha encontrava-se normal, uma vez que a região cicatrizou. No entanto, durante o período de cicatrização foi preciso encontrar maneiras alternativas para a menina vítima de escarpelamento continuar realizando suas AVD do modo mais independente possível, por meio de treinos e orientações.

Durante as atividades realizadas com Cinderela foi verificada alteração de sua autoimagem, uma vez que ela referia incômodo com relação ao curativo no lugar dos seus cabelos. Ao final dos atendimentos, a paciente continuou mencionando esse incômodo com relação ao curativo, porém já tinha consciência de que embaixo do curativo apenas uma pequena área encontrava-se sem cabelo, sendo que grande parte do couro cabeludo da cliente estava intacta.

Foi verificada dependência para a realização do banho, uso do vaso sanitário, realização de transferências, deambulação e higiene pessoal. Porém, com as orientações e treinos de AVD, a paciente tornou-se mais autônoma e independente na sua realização.

5 Conclusões

A partir das observações e intervenções do estudo, depreende-se que Cornélia e Cinderela tiveram sua rotina ocupacional modificada pelo escarpelamento, bem como pelo processo de hospitalização e pela

estadia na Casa de Passagem – Espaço Acolher, mesmo que esse se configure como um espaço que garante maior liberdade às pacientes, também apresenta regras a serem seguidas, como horários para as refeições, horários de saída e chegada e dias específicos para as visitas familiares.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, adaptando-os quando necessário, foi possível a coleta de informações referentes às áreas, contextos e componentes de desempenho ocupacional para, a partir dela, verificar como seria realizada a intervenção terapêutica ocupacional nas alterações que as pacientes apresentavam em seu desempenho ocupacional, o que constitui os objetivos desta pesquisa.

É perceptível a importância da utilização dos protocolos supracitados como norteadores da intervenção do terapeuta ocupacional junto à criança escarpelada, uma vez que eles corroboram o que foi discutido nesse estudo no que diz respeito aos comprometimentos no desempenho ocupacional de crianças escarpeladas.

Foram identificadas, de modo geral nas duas pacientes, alterações, sobretudo em uma área de desempenho ocupacional que é a AVD, na qual a principal atividade comprometida foi o banho, em função do curativo oclusivo na cabeça. Quanto aos componentes de desempenho, no que tange aos componentes sensório-motores, foi verificada parestesia na região receptora de enxerto (cabeça) e alteração na marcha no pós-operatório imediato que, em função da retirada de tecido epitelial da coxa das meninas, para enxertia, influenciava no desempenho de algumas AVD como banho, higiene e uso do vaso sanitário. Em relação aos componentes psicoemocionais, foram verificadas queixas de dores, referentes à troca de curativo, muitas vezes associadas à labilidade emocional das pacientes, manifestada por meio de choro durante a realização desse procedimento, ou em função de a retirada de tecido epitelial da coxa alterar a sensibilidade nessa região.

Quanto aos contextos de desempenho, houve mudança no contexto cultural das pacientes, pois foi verificada alteração em uma atividade produtiva e de participação social que é a escola: as duas crianças perderam o ano escolar em função do tratamento. Também houve afastamento de casa, da família e dos amigos, com as pacientes tendo de se acostumar a duas novas rotinas ocupacionais: a hospitalar e a do Espaço Acolher. Também foi verificada alteração da autoimagem, em função do curativo ocupar o lugar dos cabelos delas.

Os atendimentos foram pautados no modelo lúdico, a fim de que fosse alcançado o objetivo geral traçado para as pacientes, com base nas problemáticas apresentadas durante a aplicação dos instrumentos de avaliação. Esses consistiram em minimizar as alterações no desempenho ocupacional das meninas, uma vez que ambas apresentaram comprometimentos em seu desempenho ocupacional após o acidente. As intervenções, quando realizadas na FSCMPA, foram ora desenvolvidas no leito, ora no refeitório, dependendo da disposição da criança e do seu estado físico no momento do atendimento. No Espaço Acolher, as sessões foram realizadas no refeitório, em horários oportunos, quando não havia muito fluxo de pessoas no local. Dentre as atividades utilizadas estiveram jogos, pintura, desenho, confecções e orientações gerais, realizadas tanto com as crianças quanto com seus acompanhantes.

Ao final das intervenções com Cornélia foi identificada melhora em seu quadro psicoemocional e motor, com independência em relação ao desempenho das AVD, adesão ao tratamento medicamentoso, a fim de controlar infecção das regiões com curativo, e diminuição da algia referida durante troca de curativo. Com a regressão da infecção, a paciente encontrava-se mais feliz por em breve poder usar suas perucas e voltar a tirar fotos com os cabelos soltos ao invés do curativo, sendo verificada alteração de sua autoestima, relacionada à mudança em sua autoimagem.

Com relação à Cinderela, em um primeiro momento ela apresentou-se tímida e pouco comunicativa, porém, com o passar dos dias e fortalecimento do vínculo mostrou-se mais comunicativa durante as sessões. Ao final das intervenções foi possível notar melhora do quadro psicoemocional e motor e independência no desempenho de suas AVD. Também foi possível notar alteração com relação à sua autoestima, após esclarecimento à paciente sobre o tipo de acidente que ela havia sofrido, verificando-se por meio de relatos da própria menina que não havia mais motivo para tristeza por conta de sua autoimagem, pois após os devidos esclarecimentos ela soube que não havia perdido todo o couro cabeludo no acidente.

Com o estudo foi possível identificar comprometimentos nas áreas, contextos e componentes do desempenho das crianças escalpeladas que participaram da pesquisa e intervir nessas questões por meio de orientações e atividades que favoreceram a expressão de sentimentos relacionados ao que elas estavam vivenciando no

momento, ajudando-as a compreender e superar o momento difícil pelo qual estavam passando: o processo de recuperação de um acidente grave como o escalpelamento.

Foi possível perceber que mesmo sendo o escalpelamento por eixo de motor de barco um acidente com alta taxa de mortalidade associada ainda há escassez de literatura sobre o tema. É preciso compreender que esse acidente acarreta inúmeras consequências ao desempenho ocupacional de suas vítimas, algumas momentâneas, em função do pós-operatório das cirurgias de enxertia, outras não, como é o caso dos cabelos que não voltam a nascer, tendo a escalpelada que encontrar meios de suprir essa perda. Para tanto são necessárias pesquisas que trabalhem a atuação do terapeuta ocupacional com essa clientela no que diz respeito ao desempenho ocupacional e à autoimagem das meninas escalpeladas.

Co relação às crianças que participaram do estudo, a pesquisa buscou compreendê-las em sua totalidade, utilizando o lúdico para alcançar os objetivos traçados para cada uma após as avaliações realizadas. As sessões favoreceram o engajamento das pacientes em atividades significativas que elas delimitaram como problemas de desempenho ocupacional e que a pesquisadora observava e relatava no Diário de Campo.

Para a pesquisadora, o estudo contribuiu para o crescimento pessoal através da troca de experiências com as crianças e seus familiares. Para a comunidade científica, em especial para os terapeutas ocupacionais, o trabalho poderá acrescentar na construção de seu campo profissional no que diz respeito à atuação profissional em relação a crianças ribeirinhas vítimas de escalpelamento por eixo de motor de barco desprotegido. Mesmo esse acidente sendo comum em comunidades ribeirinhas da Região Amazônica, ainda há escassez de literatura científica sobre o assunto, em função disso a realização desta pesquisa poderá estimular estudos científicos relacionados ao tema.

Este estudo vem a contribuir no sentido de fornecer subsídios teóricos e práticos para outros, futuros, auxiliando no exercício profissional, pois os resultados apresentados podem permear a atuação do terapeuta ocupacional na assistência a crianças escalpeladas.

As intervenções com as pacientes pautaram-se no modelo lúdico e objetivaram promover melhora da qualidade de vida durante internação hospitalar e estadia no Espaço Acolher, trabalhar os componentes psicossociais envolvidos e facilitar

a realização das atividades de vida diária de forma independente, sempre de acordo com as devidas orientações médicas e, dentro do possível, tornando as meninas mais autônomas.

Referências

- AITA, V. et al. Escalpelamento na População Amazônica. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v. 18, n. 1, p. 30-35, 2004.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: domain & process. *The American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 62, n. 6, p. 625-683, 2010.
- BECKMAN, K.; SANTOS, N. Terapia Ocupacional: relato de caso com vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 12, n. 1, p. 20-40, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 jun. 2013.
- CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE – COPM. *Description*. 2005. Disponível em: <<http://www.caot.ca/copm/index.htm>>. Acesso em: 24 ago. 2012.
- CAPITANIA DOS PORTOS DA AMAZÔNIA ORIENTAL. *Prevenção ao Escalpelamento*. Belém: Marinha do Brasil, 2011. Disponível em: <<https://www.mar.mil.br/cpaor/arquivos/escalpelamento.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2012.
- CARVALHO, T.; PFEIFER, L. Enfermaria de Pediatria Unidade Campus. In: FIGUEIREDO, L.; NEGRINI, S. *Terapia Ocupacional: diferentes práticas em hospital geral*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. cap. 4. p. 63-72.
- CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- FISCH, G.; MARENGO, J. A.; NOBRE, C. A. *Clima da Amazônia*. 2009. Disponível em: <climanalise.cptec.inpe.br/~rclimanl/boletim/cliesp10a/fish.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.
- FRANÇA, T.; ZAVARIZE, L. Escalpelamento: relato de caso e avaliação fisioterapêutica. *Revista Lato & Sensu (UNAMA)*, Belém, v. 11, n. 2, p.119-124, 2010.
- LAW, M. et al. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- LIMA, S. M. Mulheres Ribeirinhas e a Realidade do Escalpelamento: a construção de uma trajetória. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3., CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 9., 2008, Niterói. *Anais...* Niterói: UFF, 2008. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/TR_4157.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2012.
- LOPES, A. M.; CORRÊA, V. A. C. Processos de Perda, Luto e a Assistência da Terapia Ocupacional nas situações de Escalpelamento. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 313-324, 2013.
- MOTTA, M.; TAKATORI, M. A Assistência em Terapia Ocupacional sob a Perspectiva do Desenvolvimento da Criança. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. cap. 6. p. 117-135.
- MUYLAERT, M. A. *Corpoafecto: o Psicólogo no Hospital Geral*. São Paulo: Editora Escuta, 2000.
- RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.
- SENA, C.; BASTOS, P. *Terapia Ocupacional – Metodologia e Prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2013.
- SOUSA, M. et al. Escalpelamento: um estudo sobre o conhecimento dos ribeirinhos atendidos pelo Projeto Saúde e Alegria acerca do acidente. In: CONGRESSO AMAZÔNICO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA, A HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE, 2., 2011, Santarém. *Anais...* Santarém: EDUEPA, 2011, p. 119-121.
- TAKATORI, M. et al. O Hospital e a Assistência em Terapia Ocupacional com a População Infantil. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: ROCA, 2004. cap. 11. p. 256-275.
- UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION – UDS. *The WeeFIM Clinical Guide*. Buffalo: UDSMR, 2006.
- VALE, J.; SOUZA, A. Escalpelamento: sofrimento que agrava a crise existencial do adolescente. In: PIMENTEL, A. et al. *Universo Adolescente: escalpelamento, drogadição, violência, agressividade, subjetividade*. 1. ed. Belém: Centro de Desenvolvimento da Adolescência, 2007. cap. 5. p. 90-106.

Contribuição dos Autores

Paula Dayse Braga Santos: responsável pela concepção do texto, organização das fontes, coleta e análise dos dados, redação do texto e revisão. Laiana Soeiro Ferreira: responsável pela orientação quanto ao desenvolvimento do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Notas

¹ O material deste artigo constitui pesquisa realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – Protocolos CAAE 10752512.0.0000.5174 e CAAE 15059313.9.0000.5171.