

Terapia Ocupacional: relato de caso com vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco

Occupational therapy intervention on case in scalpel victims of motor boat axis

Karla A. F. BECKMAN

Terapeuta Ocupacional

Neylla C. M. SANTOS

Terapeuta Ocupacional, pós-graduanda em Saúde Mental na Universidade Federal da Bahia

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo descrever a intervenção do terapeuta ocupacional junto a vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco, acidente típico da região amazônica, em âmbito hospitalar, através de atividades visando a minimização das seqüelas físicas e emocionais advindas com o trauma e com o processo de hospitalização; possibilitando assim, a melhoria da qualidade de vida da vítima. Participou da pesquisa uma adolescente, internada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, entre os meses de maio a julho de 2004. A intervenção consistiu na realização de avaliações, anamnese, atendimentos terapêuticos ocupacionais individuais e reavaliações, fundamentadas nos modelos de ocupação humana, lúdico e cinesioatividade. Verificou-se a importância da intervenção do terapeuta ocupacional junto à vítima de escalpelamento como forma de evitar prejuízos a saúde (deformidades e contraturas), garantindo-lhes funcionalidade, resgate do papel ocupacional e melhoria da qualidade de vida pós-alta hospitalar.

Palavras-chave: escalpelamento, terapia ocupacional, hospitalização.

ABSTRACT

This research aims to describe an intervention of one occupational therapy undergraduate student in scalp victims of motor boat axis, a typical accident in Amazon River, in a general hospital. Using activities to minimize both physical and emotional sequels, that bring up the patients after trauma and hospitalization process, the intervention become possible through the improvement of the quality of life of scalp victims. At the present study case participated a teenage girl, inpatient at Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, between May to July,

2004. The intervention consisted on evaluation, anamnesis, occupational therapy attendance individually and with peer and re-evaluations, based on model of human occupation, play activities and kinesiioactivity. The importance of the occupational therapist intervention on the scalp victim as form to present damages for health (deformities and contractures) as well as helping her, because of gain of functionality, ranson occupational role and improving quality of her life out hospital is showed.

Key-word: scalpeling, occupational therapy, hospitalization.

1 Introdução

Com base nos estudos da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP-SARAPÓ (2003)³³ e no elevado índice de vítimas de escarpelamento por eixo de motor de barco, despertou-se interesse em propor estratégias de ação do terapeuta ocupacional junto a essa clientela, em âmbito hospitalar, visto que a mesma vive distante dos grandes centros sem assistência e atendimentos de saúde especializados.

Outro fator que justifica a escolha do tema, é o fato do curso de terapia ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA), o único da região Norte do país, não possui pesquisas sobre o tema em estudo que possibilitem a atuação do profissional junto a essa clientela, visto que se trata de uma realidade regional. Por isso, acredita-se que a pesquisa desenvolvida possibilitará a divulgação do acidente e da prática terapêutica ocupacional no ambiente hospitalar para profissionais e estudantes do curso de terapia ocupacional, profissionais da saúde e interessados pelo tema.

Diante disto, optou-se pelo atendimento hospitalar devido à vítima permanecer durante um longo período internada no hospital para tratamento clínico e por compreender que o atendimento terapêutico ocupacional deve iniciar no hospital para prevenir seqüelas advindas do trauma.

Devido à especificidade do tratamento, a vítima é obrigada a permanecer muito tempo afastada de casa, dos familiares e de seu cotidiano, tendo que se adaptar

à rotina institucional marcada pelas mudanças bruscas e dolorosas. Além disso, poderá sofrer com o isolamento social, com a perda de seu papel ocupacional e com sua nova imagem corporal, principal alvo de suas preocupações durante a hospitalização.

Neste sentido, é necessário realizar um trabalho que possibilite a melhor adequação ao processo de hospitalização. Além disso, devem-se desenvolver estratégias que minimizem os traumas e as seqüelas provocadas pelo acidente, destacando-se o papel do terapeuta ocupacional, que nesse contexto, segundo Lima, proporciona à vítima:

o resgate de sua dimensão ocupacional pela manutenção da ação, da criação, da expressão e da transformação, a partir de seus hábitos cotidianos, de suas condições físicas, afetivas e sociais, tornando-a assim, não só o alvo, mas também sujeito da ação terapêutica. (LIMA, 2004, p.2) ²⁵

Portanto, o escarpelamento e o processo de hospitalização provocam mudanças no cotidiano e na imagem corporal da vítima, causando alterações a nível físico, emocional e social que serão apresentadas durante a pesquisa, sendo identificadas a partir de anamneses e avaliações da vítima, para em seguida abordar a intervenção do terapeuta ocupacional junto à essa clientela, minimizando as seqüelas advindas do trauma e das cirurgias de enxertias, evidenciando os benefícios do tratamento terapêutico ocupacional.

2 O Acidente por Escalpelamento: Uma Realidade Amazônica

2.1 Histórico

Segundo FONSECA; SENA; OLIVEIRA (2003, p. 13)¹⁵, na região amazônica, o escalpelamento de mulheres e crianças começou a ocorrer por “volta da década de 70, quando os barcos à vela passaram a ser substituídos por motores estacionários”. Fonte de sobrevivência e importante meio de transporte para a população ribeirinha da Amazônia, as pequenas embarcações são construídas sem apresentarem dispositivos de segurança que impeçam o contato do eixo do motor com os usuários.

Essas embarcações são equipadas com motores estacionários colocados no centro para não prejudicarem a estabilidade do barco. Assim, o eixo de rotação do motor fica exposto do centro até a hélice provocando a avulsão¹ total ou parcial do couro cabeludo. Este acidente ocorre devido a uma somatória de fatores, tais como: a falta de dispositivo de segurança, uso de cabelos longos devido a questão religiosa, problemas sócio-econômicos (por ser o meio de transporte da região com baixo custo), dentre outros.

Dos elementos que colaboram para a ocorrência do acidente, evidencia-se a relação cultural e religiosa que a mulher ribeirinha estabelece com os cabelos, que devem ser longos, pois, segundo a Bíblia (1ª carta aos Coríntios) o cabelo foi dado à mulher em lugar de véu e esta deve usá-lo. De acordo com essa afirmativa, compreende-se que a mulher deve ter o seu cabelo longo porque isto lhe é honroso. A Bíblia manda a mulher usar um véu só, o véu natural que Deus lhe deu, justificando o longo comprimento dos cabelos das evangélicas (BÍBLIA, 1969)⁴.

De acordo com a OSCIP-SARAPÓ (2003)³³, o acidente tem grande incidência no sexo feminino provocando

danos às vítimas nos aspectos físicos, psicológicos, e sociais.

2.2 Definição e Classificação do escalpe

FERREIRA (1980)¹³ define escalpe como avulsão total ou parcial do couro cabeludo que acarreta distúrbios funcionais, psicológicos e sociais ao paciente.

O escalpe ocorre quando o couro cabeludo é tracionado bruscamente pelo eixo do motor, arrancando-o ao nível do tecido areolar frouxo. As linhas de arrancamento do couro cabeludo mais comuns são da junção deste com a pele da face e do pescoço, onde a pele é mais fina e mais firmemente aderida.

O escalpe pode ser do tipo parcial ou total. O escalpe parcial seria a avulsão parcial do couro cabeludo que pode afetar somente os tecidos moles ou, em casos mais graves, chegar a expor os ossos do crânio (FERREIRA, 1980)¹³.

De acordo com o mesmo autor, o escalpe total trata-se de uma lesão com efeitos a longo prazo e, na maioria dos casos, gera distúrbios funcionais de pequenas a grandes proporções. A lesão acarreta graves conseqüências na esfera biopsicossocial e econômica e é, do ponto de vista psicológico, devastador para o paciente e família.

2.3 Etiologia

De acordo com FONSECA; SENA; OLIVEIRA (2003, p. 18)¹⁵, vários traumas podem causar lesões no couro cabeludo, tais como: “acidentes automobilísticos, industriais, queimaduras, mordedura de cão, retirada de tumor, objetos cortantes, armas brancas e embarcações com motor rotativo”.

Na região amazônica, onde os rios equivalem a ruas e estradas, o cotidiano dos ribeirinhos é evidenciado pela utilização do barco como o principal meio de transporte

¹ Avulsão: “extração de parte de um órgão por arrancamento” (FERREIRA, 1999, p. 242).

para frequentar a escola, ir ao culto (igreja), trabalhar (pescar) e visitar parentes. A maior parte dessas embarcações são construídas de forma artesanal, com o motor fixado no centro do barco para manter o equilíbrio. O eixo que gira a hélice, que normalmente varia de 50cm a 210 cm de diâmetro, fica totalmente descoberto, sem proteção, podendo ocasionar acidentes. Aliado ao fator da falta de segurança existem ainda: a carência de informações acerca do perigo de viajar neste tipo de embarcação com os cabelos longos soltos e os problemas sócio-econômicos que levam a utilização destes motores.

O trauma ocorre quando as vítimas, por algum motivo, se aproximam do eixo do motor descoberto sem um dispositivo de segurança como: tampa, carenagem ou capa. De acordo com ATHIAS (2001)¹, na maioria das vezes as vítimas aproximam-se do eixo do motor para apanhar algum objeto no fundo do barco, ou para retirar o excesso da água no assoalho ou quando escorregam no mesmo. Então, os cabelos são tracionados e a força do motor arranca o couro cabeludo (figura 1).

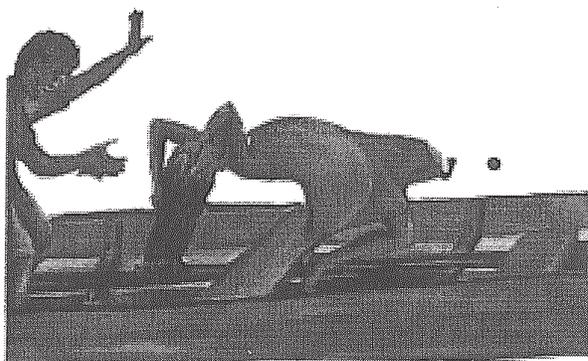


Fig. 1: Simulação do acidente (RIBEIRO, 2002, p. 16)³⁷

2.4 Tratamento Clínico

Após o acidente deve-se realizar a hemostasia por compressão, ou seja, conter o sangramento.

Posteriormente, a vítima deve ser encaminhada ao serviço de urgência e emergência; de preferência para locais que possuem profissionais já qualificados para este tipo de atendimento.

No hospital, a conduta inicial para o tratamento do escalpelamento deve ser sob condições assépticas, investigando-se principalmente se há fraturas ou afundamento da caixa craniana ou perdas de massa encefálica.

A limpeza deve ser feita com soro fisiológico e povidine degermante, sempre que necessário. Para o fechamento da lesão, poderão ser necessários deslocamentos, incisões de relaxamento, rotação de retalhos e, quando não houverem tecidos locais suficientes, os enxertos de pele² serão empregados (ZERBINI, 1994)⁴³.

O tratamento do escalpelamento será dividido em tratamento do escalpe parcial e total. O tratamento do escalpe parcial obedece a característica primordial do tratamento do escalpe, o fechamento adequado das avulsões. Neste sentido, ZERBINI (1994)⁴³ destaca, sempre que possível, recorrer ao emprego de retalhos³ da vizinhança, desde que exista tecido sadio e suficiente nas proximidades da lesão. Somente as perdas pequenas podem ser tratadas pela aproximação das bordas, devido a pouca elasticidade do couro cabeludo.

Quando a perda for extensa e existir periósteeo, porém os retalhos não forem suficientes para a cobertura, podem-se empregar enxertos de pele diretamente sobre o periósteeo.

O tratamento em vítimas com escalpe total deve ser semelhante ao de qualquer paciente que tenha sofrido trauma grave, isto é, deve-se fazer a manutenção das condições gerais, antibioticoterapia e transfusão de sangue (FERREIRA, 1980, p.72)¹³.

Posteriormente, o tratamento se inicia por lavagem do

² Enxerto de pele: "é um fragmento de pele retirado de uma área (doadora) e transferida para outra área (receptora), separado completamente de seu leito original, tornando-se totalmente dependente de um novo suprimento sanguíneo" (GOFFI, 1996, p.272).

³ Retalhos: "é uma porção de tecido transferida de uma região anatômica para outra" (SCHWARTZ, 1996, p.1844).

local e desbridamento⁴. A conduta cirúrgica será traçada se a última camada (periósteo) tiver sido ou não arrancada juntamente com o couro cabeludo. Quando o periósteo está intacto, ele terá a capacidade de suportar e nutrir um enxerto de pele que é o tratamento mais indicado (ZERBINI, 1994)⁴³.

Segundo este mesmo autor, quando o periósteo for arrancado juntamente com o couro cabeludo, não há possibilidade de realizar enxertia, pois o osso exposto não conseguirá manter o enxerto. Nesses casos o tratamento consiste em perfurar a tábua externa da díploe, esperando o crescimento de tecido de granulação, que cresce entre sete e quinze dias, permitindo, então, a cirurgia de enxertia.

Para realizar a enxertia, ZERBINI (1994)⁴³ relata que os enxertos de pele espessos oferecem melhores resultados que os delgados, pois são mais estáveis e resistentes a traumatismos.

Essa cirurgia de enxertia de pele caracteriza-se pela transferência de um segmento de derme e epiderme de uma determinada região (área doadora-geralmente 1/3 médio da coxa) para outra (área receptora); na maioria das vezes, a cirurgia é caracterizada como autogênica, pois as áreas doadoras e receptoras são do próprio indivíduo (FERREIRA, 1995)¹².

Para obtenção desse enxerto, a pele da área doadora deve ser lubrificada com óleo mineral para facilitar o corte. Essa retirada de pele é feita através do aparelho dermatomo elétrico como o de *padgett*. Após esta etapa, o enxerto é colocado diretamente sobre a área receptora, já higienizada e preparada. Os enxertos devem ser mantidos por compressão firme, de modo que não permita o acúmulo de sangue embaixo evitando separação da área receptora. Por isso, é importante que o curativo seja oclusivo e contensivo para promover maior aderência e imobilidade do enxerto (MOTA, 2000)²⁹.

Por fim, vale ressaltar as conseqüências da cirurgia de enxertia que são: marcha disbásica, no pós-operatório de dermectomia do 1/3 médio da coxa para auto-enxertia; postura antálgica de flexão excessiva de joelho ipsolateral a cirurgia, que não se estende ao contato do pé com o chão, sobrecarregando o joelho contralateral ao membro afetado; e as posturas adotadas após o trauma: (1) postura de flexão de pescoço; (2) elevação e abdução das cinturas escapulares; (3) alteração dos movimentos da face (MOTA, 2000)²⁹.

2.5 Conseqüências do Escalpelamento

O escalpelamento é uma lesão que causa problemas nos aspectos físicos, emocionais e sociais conforme descrição a seguir:

- Físicos: alopecia, perda da visão, pálpebras e pavilhão auricular;
- Emocionais: a baixa auto-estima, medo da morte, saudade da família;
- Sociais: o afastamento da escola e do convívio familiar devido ao longo período de internação.

Além disso, a situação agrava-se, pois, a vítima passa pelo processo de hospitalização e pelos procedimentos cirúrgicos que são, na maioria das vezes, traumatizantes::

(...) a vítima internada tem em sua rotina hospitalar as terapêuticas dolorosas e agressivas, que torna mais vulnerável a estados depressivos (...), além de todo o estresse que a internação acarreta. (Benedito (2000, p. 93)³.

Por outro lado, associado às conseqüências do acidente e ao processo de hospitalização, existe a separação da família devido ao longo período de tratamento do escalpelamento, como também o surgimento das dificuldades financeiras, pois o pai e/ou a mãe ficam por muito tempo afastado do ambiente de trabalho

⁴Desbridamento: "ato de cortar a dobra de membrana que fixa ou retém órgão. Dilatação cruenta de orifício ou ferida, com fins terapêuticos" (POLISUK; GOLDFELD. 1998, p. 109).

ocasionando, portanto, uma desestruturação financeira. Para ilustrar as conseqüências do escalpelamento, BARBOSA; GONÇALVES; HOLANDA (2004)² dividiram sua pesquisa em sete categorias: (1) brutalidade do acidente; (2) desestruturação familiar e financeira; (3) tempo de internação no hospital; (4) saudades da família e dos irmãos (5) baixa auto-estima; (6) curativo na cabeça; (7) morte.

Com relação à brutalidade do acidente, as autoras identificaram que o escalpelamento é um acidente violento, brutal, cuja dor é indescritível, pois isso se traduziu nas falas da tia de J. (6 anos): “foi horrível, traumatizante para toda família”, e do pai de R. (10 anos): “a cabeça de R. ficou embaixo do eixo do motor (...), ela chegou (lá no hospital) desmaiada” (BARBOSA; GONÇALVES; HOLANDA, 2004, p.16)².

Observou-se nas falas desses acompanhantes que, além do arrancamento do cabelo, o trauma corporal, a dor física e emocional traumatiza não só aqueles que estavam no barco mas toda a família da vítima:

Quando o indivíduo adoce, a família também se sente assim, quase sempre culpando-se dos fatos. A família representa um grupo organizado, uma estrutura. Quando ocorre o aparecimento de uma doença, notamos a desestruturação familiar. (TEIXEIRA; SEGADILHA, 2000, p.3)⁴¹

Com relação a desestruturação familiar e financeira, observa-se que o pai ou a mãe ficam por um longo tempo no hospital e deixam seus afazeres em casa, assim como o trabalho, tendo, portanto, ajuda financeira de parentes e/ou amigos como relatou o pai: “aqui a gente não tem emprego, no interior eu sempre tenho aquele ‘dinheirinho’ (...) se não fosse eles (os outros parentes) eu não sei o que seria de mim” (BARBOSA; GONÇALVES; HOLANDA, 2004, p.9)².

Diante desse relato, observa-se que o pai e/ou a mãe ajudam no sustento da casa, e quando acontece o acidente ocorre uma instabilidade financeira por conta

do longo período de internação no hospital (GUZMAN; CANO, 2000)².

Associado a esses fatores existe o tempo de internação que, segundo FONSECA; SENA; OLIVEIRA (2003, p.20)¹⁵, o tratamento inicialmente dura de seis a um ano dependendo de cada caso. Em média os pacientes ficam internados de 11 a 30 dias.

A partir desse longo período de internação, verifica-se que o mesmo faz surgir o sentimento de saudades pela família, assim como poderá ocasionar estresse, medo, insegurança como afirma DOMINGUES; MARTINEZ (2001)⁹.

A hospitalização traz consigo muitos benéficos para o estado de saúde do paciente, por outro lado poderá acarretar estresse, trauma medo, (insegurança) que terá como conseqüências seqüelas posteriores (comprometimento no processo de desenvolvimento). (p. 17)

Outro item estudado pelas autoras foi a baixa auto-estima demonstrada pelas pacientes vítimas de escalpelamento no decorrer do tratamento, na dificuldade de falar sobre seu corpo, pois a recusa é imensa o que aponta para uma condição de fragilidade e sofrimento devido a perda do cabelo. O acidente provoca uma ruptura no esquema corporal, afetando a auto-imagem e, conseqüentemente, a diminuição dessa auto-estima. Essa ‘nova imagem’ pode ser definida como a imagem mental que cada indivíduo tem de seu corpo, pois essa ruptura causa temor, angústia nos novos relacionamentos sociais. (MOURA; BEZERRA, 2003, p. 56)³⁰.

Além de todo o sofrimento do escalpelamento e as complicações como hospitalização, angústias, baixa auto-estima, ansiedade, morte, entre outras, verifica-se que há prejuízos na imagem do corpo em determinados casos, mas também pode-se não ter prejuízos; portanto, a imagem corporal é algo individual e peculiar a cada vítima, como diz DOLTO:

A síntese de nossas vivências emocionais inter-humanas; é peculiar a cada um, está ligada ao sujeito e sua história. Ela pode ser considerada a encarnação simbólica do sujeito desejante. A imagem do corpo é, a cada momento, memória inconsciente de todo o vivido relacional e, ao mesmo tempo, ela é atual, viva, em situação dinâmica. (apud BARBOSA; GONÇALVES; HOLANDA, 2004, p.11)²

Com relação ao incômodo que o curativo na cabeça provocava, as autoras constataram a ansiedade da vítima para sua retirada conforme o relato de J. (11 anos): eu tô assim com esse negócio na cabeça, queria que tirasse logo porque agonia minha cabeça (BARBOSA; GONÇALVES; HOLANDA, 2004, p.11)².

Com esse relato observa-se uma estranha composição do benefício do curativo, pois, ao mesmo tempo que lhe curava, lhe causava dor (MUYLAERT, 2000)³¹.

Por fim, verifica-se que quando o diagnóstico é favorável, os pais têm mais condições de ajudar o filho, mas, quando é desfavorável, instala-se o sentimento de impotência e, ao lado disso, surgem muitas ansiedades relacionadas ao futuro da vítima. De modo geral, estas questões estão ligadas ao instinto de morte, que existe a todo momento durante o tratamento (BENEDITO, 2000)³. Com relação a esse item, observou-se que a preocupação não é somente com o risco da morte, mas também com a integridade física, isto é, com as seqüelas como relata J. (11 anos): “Não fiquei com medo de morrer, não lembrava de nada, estou só preocupada com o meu cabelo” (BARBOSA; GONÇALVES; HOLANDA, 2004, p.11)².

Após evidenciarmos os aspectos clínicos do escalpe e suas conseqüências, detalharemos, posteriormente as abordagens adotadas nos atendimentos com as vítimas de escalpelamento por eixo de motor de barco, no decorrer do processo de hospitalização.

3 As Abordagens utilizadas em terapia ocupacional no hospital

3.1 O Processo de Hospitalização

Nas últimas décadas têm ocorrido grandes avanços na assistência à saúde da população. Tecnologias sofisticadas e altamente intervencionistas têm surgido, em sua maioria voltadas para a assistência hospitalar, em que predomina o atendimento clínico, individual e curativo do paciente. Mas este modelo tem se mostrado insuficiente e vem sofrendo alterações (FURTADO, 1999)¹⁸.

Numa perspectiva mais atual, o novo tipo de assistência à saúde visa à integralidade do indivíduo, atendendo às necessidades clínicas e psicoemocionais advindas da doença e do processo de hospitalização.

Para Camon (apud PSICOLOGIA, 2002, p.1)³⁶ o processo de hospitalização deve ser entendido “não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar mas, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e suas implicações na vida do paciente”.

Nesse sentido, no processo de hospitalização, as atividades cotidianas do paciente de escalpelamento como estudar, brincar, alimentar-se, vestir-se, dormir, etc, ficam prejudicadas, pois o acidente acarreta à vítima limitações e/ou restrições. A hospitalização provoca mudanças nos seus hábitos diários e o surgimento de ansiedade e angústia, levando, portanto, a uma ruptura no seu desenvolvimento e alteração de sua identidade. Neste sentido, observa-se que a hospitalização é uma experiência estressante e traumatizante que envolve profunda adaptação da vítima. São várias mudanças que acontecem no seu dia-dia, como afirma JORGE:

Os pacientes são submetidos aos mais variados procedimentos técnicos, exames invasivos, medicações “agressivas”, curativos, cirurgias(.....). Ficam, temporária ou

permanentemente, dependentes dos cuidados e decisões de pessoas estranhas, o que faz com que sua privacidade seja rompida. O ambiente não lhes é familiar, sujeitam-se a uma série de normas e rotinas pré-estabelecidas, quase não podendo influenciar o mesmo e tomar suas próprias decisões. (JORGE 1998, p.60)²³

Dessa forma, o terapeuta ocupacional, inserido numa equipe multiprofissional, poderá intervir no tratamento dos pacientes de escalpelamento nos aspectos motor, emocional, social e nas atividades de vida diária e prática, pois a atuação realizada com essa clientela visa reabilitar o indivíduo de maneira global. Utiliza, como recurso terapêutico, a atividade humana considerada no processo terapêutico, como um instrumento que pode viabilizar a expressão, espontaneidade, o conhecimento das potencialidades e das limitações dos clientes durante todo o processo, ou seja, a atividade favorece o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e de novas habilidades (KUDO; PIERRI, 1994, p. 187)²⁴. A seguir, descreveremos as abordagens em terapia ocupacional que foram utilizadas na intervenção terapêutica.

3.2 Abordagens em Terapia Ocupacional

A atividade humana utilizada como recurso terapêutico deve ser planejada e bem conduzida para alcançar um objetivo específico, além de exigir um conhecimento do processo saúde-doença e do contexto social que o paciente escalpelado está inserido, pois a atividade deve respeitar as capacidades, limitações e habilidades do paciente (NEISTADT; CREPEAU, 2002)³².

O terapeuta ocupacional pode atuar em diversas áreas por meio de uma avaliação contextualizada da realidade do sujeito, organizando e elaborando atividades que busquem proporcionar um melhor desenvolvimento como um todo. Assim, SANTOS (2001, p.13)³⁸ refere que este profissional deve tratar o indivíduo em todos

os seus aspectos e nas diversas fases do desenvolvimento, objetivando proporcionar uma melhor qualidade de vida de forma integradora.

Assim, objetiva-se, com a intervenção do terapeuta ocupacional, atingir o potencial funcional e ocupacional máximo dos indivíduos afetados, a fim de garantir-lhes autonomia e independência na sua vida cotidiana, respeitando suas limitações e colaborando para efetiva inclusão social (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001)⁷.

Desse modo, é através das atividades cotidianas (lazer, atividades de vida diária - AVD e brincadeiras) que o terapeuta ocupacional analisa o comportamento ocupacional, a relação do paciente consigo mesmo e com o ambiente (hospital) e observa, conseqüentemente, as reações motoras, sensoriais, cognitivas e emocionais que a atividade provoca em seu cotidiano.

Portanto, na atuação terapêutica ocupacional, em âmbito hospitalar com as vítimas por escalpelamento, utilizaram-se das seguintes abordagens: Lúdico, Ocupação Humana e Terapia Ocupacional Reeducativa (Cinesioatividade). Essas abordagens objetivaram tratar os aspectos motores, sensoriais, cognitivos, perceptivos e sociais, pois segundo FERRIOTTI (2003, p. 90)¹⁴, a atividade carrega consigo a potencialidade de transformação e poderá ser desenvolvida de acordo com os objetivos, isto é, a partir da necessidade do paciente escalpelado.

a) Terapia Ocupacional Reeducativa (Cinesioatividade)

Segundo VASCONCELOS (1991)⁴², a terapia ocupacional reeducativa é uma abordagem que se utiliza de princípios e técnicas cinesioterápicas associadas a atividades, com o objetivo de estimular a função, reeducar, preparar e treinar o segmento do corpo para a realização de ações intencionais, ou seja, que proporcionem a funcionalidade. Tais ações são de

caráter intencional, porque a aplicação do movimento é de ordem funcional, para poder desenvolver gestos e atitudes necessárias à recuperação da ação humana.

Assim, VASCONCELOS (1991)⁴² afirma que, nesta abordagem, são utilizados:

Os modelos biomecânico e metodológico que fundamentam-se no desencadear de atividades do sistema motor, visando a melhoria da amplitude de movimento, potência muscular e coordenação motora. Atividades essas que se desenvolvem através de recursos variados associados às técnicas específicas de reeducação motora. (p.39)

De acordo com a referida autora, essa abordagem foi chamada de Cinesioatividade pelo fato de utilizar as atividades associadas às técnicas de mobilização do sistema motor (métodos cinesioterápicos). Podem possuir caráter lúdico, laborativo ou reeducativos, conforme as necessidades expostas pelo paciente e os objetivos do tratamento.

A abordagem denomina-se também de reeducativa devido ao terapeuta ocupacional lançar mão de recursos manipuláveis⁵ que, associados a métodos de reeducação motora, estimulam a movimentação semelhante à vivenciada no decorrer do cotidiano do indivíduo, promovendo, portanto, o exercício de suas funções.

Nesse sentido, entende-se por função a realização dos movimentos coordenados e dirigidos necessários para executar parte de uma atividade, entendida como AVD e AVP, de acordo com VASCONCELOS (1991)⁴².

Segundo TEIXEIRA (2003)⁴¹:

Atividades de vida diária são atividades relacionadas aos cuidados pessoais e à mobilidade; e as atividades de vida prática ou atividade de vida diária instrumental são caracterizadas por atividades relacionadas às

habilidades para solucionar problemas e habilidades sociais e de interação com o meio ambiente. (p.194)

Dessa forma, verifica-se que o acidente de escarpelamento, devido ao trauma físico, provoca no paciente, limitações para a realização dessas atividades de vida diária e prática, como por exemplo, a limitação articular dos movimentos de pescoço e cabeça que dificultam a atividade como vestir uma blusa. Em virtude disso, a utilização da terapia ocupacional reeducativa objetiva, com esses pacientes escarpelados, a reeducação dos movimentos funcionais, promovendo a máxima independência possível para a realização de suas atividades cotidianas, bem como auxiliar no desenvolvimento de aspectos cognitivos, perceptivos, psíquicos e sociais do indivíduo.

Portanto, verifica-se que a intervenção terapêutica ocupacional, fundamentada nesta abordagem, é facilitadora na recuperação e na reeducação de pessoas com disfunções motoras que prejudiquem a funcionalidade e conseqüentemente a autonomia para a realização das atividades de vida diária e prática, problema este observado nas vítimas de escarpelamento devido ao trauma e/ou as conseqüências do tratamento clínico (enxertia).

b) Modelo Lúdico

De acordo com MARTINS (2000), lúdico deriva da palavra latina *ludus* que, do ponto de vista etimológico, quer dizer “jogo”, “brincar”, porém se restringisse somente à sua origem, o termo lúdico estaria se referindo apenas ao jogar. O lúdico extrapola esse conceito e é definido como um comportamento de prazer e satisfação necessário, saudável e persistente nas diversas fases da vida. E a ludicidade refere-se ao envolvimento

⁵ Recursos Manipuláveis: são recursos do processo de reeducação que induzem ao movimento intencional, que se associam a métodos cinesioterápicos originando o exercício-atividade. São eles: bolas, apito, jogos de memória, mesa, cadeira, esponja de várias texturas etc (VASCONCELOS, 1991, p.31).

da criança, adolescente ou adulto durante o brincar, ou seja, são comportamentos visualizados durante a brincadeira.

Para compreender o modelo lúdico, CANIGLIA (1993)⁵ cita quatro representantes deste modelo na terapia ocupacional, sendo que foram utilizados na prática hospitalar somente as autoras Mary Reilly e Nancy Takata, cujas contribuições descreveremos a seguir.

Mary Reilly, com a Teoria do Comportamento Ocupacional no jogo, defendeu a idéia de que o brincar na infância fornece as potencialidades para o trabalho na vida adulta. Ela descreveu as três fases do jogar, através das quais as pessoas aprendem. A primeira fase é a de exploração que se caracteriza por curiosidade e interesse por objetos e pessoas novas; a segunda fase é de desenvolvimento do indivíduo, através das habilidades e experiências novas; a terceira é a de realização, ou seja, a concretização dos desejos e interesses.

Nancy Takata com a Taxionomia do Jogo propõe para o terapeuta ocupacional a observação da forma (como a criança brinca) e do conteúdo (de que a criança brinca). Ela defende a idéia de que o jogo é a base para o desenvolvimento, a partir de quatro afirmativas: (1) as ações de jogar seguem uma progressão seqüencial de desenvolvimento; (2) o jogo favorece a aquisição dos aspectos biopsicossociais; (3) o jogo favorece a expressão da emoção, exploração, experimentação, repetição de experiência e imitação do ambiente; (4) o jogo é uma preparação para as habilidades da vida.

Se compararmos as idéias dessas autoras, verificamos que apresentam um fator comum: o brincar é entendido como um estímulo para o desenvolvimento humano (NEISTADT; CREPEAU, 2002)³². Por isso se faz tão necessário esclarecer a importância do brincar e da atividade lúdica e sua relação, não só para a criança, mas para todo o ser humano, principalmente para a vítima de escarpelamento, que perde completamente seu papel ocupacional.

Nesse sentido, a atividade lúdica é definida, segundo SANTOS (2001)³⁸, como:

(...) um meio especial através do qual o ser humano desde bebê interage com o mundo humano e não-humano. Ela representa um momento de divertimento onde o indivíduo se comunica e expressa suas emoções constituindo, portanto, seu psiquismo e/ou personalidade. (p.111)

Percebe-se que, através do brincar, pode-se coletar dados elementares da vítima de escarpelamento, tais como: emoções, interação com as outras pessoas, agressividade, desempenho físico-motor, nível lingüístico, formação moral e estágio de desenvolvimento. O ato de brincar não desempenha um fim em si mesmo, mas um meio de estimulação para o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo (SANTOS, 2001)³⁸.

Portanto, é através do brincar que o paciente escarpelado se encontra com o mundo de corpo e alma. Percebe como ele é e dele recebe elementos importantes para a sua vida, desde os mais significativos hábitos até os fatores determinantes da cultura de seu tempo. Também é a partir do brincar que vê e constrói o mundo, expressa o que tem dificuldade de colocar em palavras e aprende a lidar com os problemas e a ansiedade (FRIEDMAN, 1996)¹⁷.

Por isso, na prática de atendimento terapêutico ocupacional com as vítimas de escarpelamento utilizou-se o modelo lúdico, pois ele proporciona o autoconhecimento, a superação de limitações e o despertar de suas potencialidades, como afirmam Neistadt; Crepeau (2002)³²:

A brincadeira oferece um veículo prático para chamar a atenção de uma pessoa, para praticar as habilidades motoras e funcionais e para promover o processo sensorial, capacidade de percepção e desenvolvimento cognitivo. Ela

também serve para apoiar o desenvolvimento social, emocional e da linguagem. No ambiente terapêutico, a brincadeira torna-se, com frequência, um instrumento utilizado para trabalhar um objetivo, apesar do fato de que os aspectos da situação de terapia orientados para o objetivo e controlados em nível externo conflitam com a essência da própria brincadeira. (p.359)

Assim, pode-se concluir que as atividades lúdicas desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais com os pacientes escalpelados contribuem para a modificação ambiental do hospital de forma agradável, fazendo com que o sofrimento da paciente seja diminuído, pois o processo de hospitalização afasta o indivíduo doente do ambiente familiar, escolar e social (FURTADO, 1999) ⁸.

c) Modelo de Ocupação Humana

O modelo de ocupação humana foi teorizado por Gary Kielhofner na década de 70 e apresentado oficialmente em 1985. Neste modelo, o ser humano é representado como um sistema aberto interagindo com o ambiente, modificando-o e sendo modificado por ele continuamente (HAGEDORN, 1999) ²¹.

Neste modelo, o homem, enquanto sistema aberto, tem seu comportamento influenciado pelas interações entre o sistema humano, tarefa e ambiente, e pela informação com que o ambiente e a tarefa contribuem para a situação (HAGEDORN, 1999, p.153) ²¹.

Mediante isto, Kielhofner (apud HAGEDORN, 2003) ²¹, evidencia que o sistema humano apresenta uma organização interna constituída de resultado, estímulo, ação e feedback, que age em ciclos, através e fora do sistema, possuindo elementos que explicam as ações do homem. Estes elementos que constituem o sistema são explicados como:

Resultado ou o produto do sistema é um comportamento ocupacional classificado como trabalho, tarefas de vida diária, lazer ou jogo. O

resultado pode ser adaptativo ou mal adaptativo (funcional ou disfuncional);

Estímulo (ingestão) ao sistema surge do ambiente, inclui informações das pessoas, eventos e objetos que a circundam;

Ação processa o estímulo, organiza a informação, faz predições de acordo com as ações e decisões sobre a ação ou resultado futuros;

Feedback retorna a informação ao sistema sobre a performance e conseqüências da ação tanto do estímulo como da monitoração dos processos internos, por exemplo, como indivíduo se sente em relação ao que foi feito (2003, p.233).

O modelo de ocupação humana apresenta o ser humano composto por três subsistemas que possuem estrutura própria e funções definidas destacadas por Kielhofner (apud FERRARI, 1991) ¹⁰ como os subsistemas da vontade, do hábito e do desempenho. O da vontade refere-se às escolhas de ação a partir dos motivos pessoais, objetivos e interesses. O subsistema do hábito compõe-se de hábitos e papéis internalizados que mantêm a ação. E o subsistema do desempenho funciona para produzir ações através de atividades físicas, sociais e cognitivas.

Assim, para melhor compreensão dos três subsistemas, a seguir descreveremos cada um deles. Segundo NEISTADT; CREPEAU (2002) ³², a estrutura volitiva, ou subsistema da vontade, é constituído de dotes pessoais (habilidades), valores (cultura e crença) e interesses cuja inter-relação:

Fornece um arcabouço para que a experiência tenha sentido para antecipar possibilidades de ação (...). Pessoas escolhem tanto as ocupações como as atividades. As últimas referem-se as escolhas diárias de ação e as primeiras são as escolhidas relacionada como ocupações que vão se tornar uma extensão ou uma parte permanente de suas vidas (p. 491).

Diante desse contexto, na prática profissional junto à clientela vítima de escarpelamento, proveniente, em grande maioria, de áreas ribeirinhas, faz-se necessário a investigação quanto às preferências de atividades e ocupações dos indivíduos, bem como o respeito às suas crenças e limitações, a fim de estabelecer um plano de tratamento que possibilite a realização de atividades que atendam suas expectativas.

O segundo subsistema é o do hábito (habituação) que, para NEISTADT; CREPEAU (2002)³², é responsável em organizar o comportamento ocupacional em padrões aceitos socialmente, sendo que os hábitos regem o comportamento rotineiro do indivíduo, constituindo seu estilo de vida. Já os papéis internalizados fornecem às pessoas uma identidade social, influenciando nas tarefas que realizam e na interação com as outras pessoas.

Este subsistema, durante a hospitalização, fica bastante prejudicado, pois o paciente é obrigado a modificar seus hábitos, obedecendo a horários determinados por terceiros e perdendo seus papéis perante a sociedade, ausentando-se do trabalho e do estudo, longe dos pais (perda do papel de filha e irmã), entre outros.

O terceiro e último subsistema é o do desempenho que, segundo HAGEDORN (1999)²¹, está ligado diretamente com o resultado do sistema. Ele é estruturalmente composto de habilidades e funciona para produzir ações habilidosas. Essas ações habilidosas exigem das funções fisiológicas (sistema neurológico, músculo esquelético e cardiopulmonar) e mentais necessários ao desempenho ocupacional. Para ser efetivo, deve ser o resultado de uma ação unificada de todos os constituintes do desempenho do subsistema mente-cérebro-corpo, já que eles trabalham em colaboração com circunstâncias não desdobráveis e com as condições do ambiente (NEISTADT; CREPEAU, 2002, p. 491-492)³².

Outro componente do sistema destacado por Kielhofner (apud HAGERDORN, 2003)²² é o ambiente, o qual impõe ao indivíduo comportamentos ocupacionais

apropriados, por meio de “pressão”. Ele pode constituir um fator motivador capaz de estimular ou promover a ação, pois contém objetos, grupos sociais e tarefas que podem gerar prazer e promover a exploração, havendo um bom desempenho de caráter funcional. O aumento da pressão pelo excesso de novidades ou acúmulo de tarefas pode resultar em estresse, ansiedade, incerteza comprometendo o indivíduo de produzir; porém, a pouca pressão resulta em atitudes apáticas que não propiciam um bom desempenho ocupacional de caráter funcional que, segundo o autor, é adquirido:

Através da exploração (investigação curiosa em um ambiente seguro para descobrir os potenciais para ação e as propriedades do ambiente) que leva à competência (o esforço para se adequar as demandas de uma situação) e à realização (o esforço para manter e intensificar os padrões de desempenho) (HAGEDORN, 1999, p.157)²¹. Segundo a autora supracitada, a disfunção do comportamento ocupacional pode levar à ineficiência, redução e incompetência de desempenho, até o desamparo, que constitui a ruptura do mesmo. Para NEISTADT; CREPEAU (2002)³², a disfunção do comportamento ocupacional pode ser influenciada pelos subsistemas e pelo ambiente, como por exemplo, na medida que seus padrões de hábitos e papéis são modificados, ocorre a perda da motivação pessoal.

Diante do exposto, evidencia-se a importância da terapia ocupacional para a adequação e a reabilitação dos indivíduos hospitalizados, que se encontram em ambientes desfavoráveis para a manutenção adequada do desempenho ocupacional efetivo.

Posteriormente, apresentaremos a metodologia da pesquisa.

4 Intervenção

4.1 Local

O estudo foi realizado na enfermaria feminina “Santa Maria” da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

(FSCMPA), localizada na Rua Oliveira Belo, nº 395, bairro do Umarizal. A FSCMPA foi selecionada para a realização da pesquisa pelo fato de oferecer assistência clínica por meio de realização de cirurgia plástica e de enxertia para as vítimas de escalpelamento.

4.2 Participante

A participante da pesquisa foi 1 (uma) vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco, do sexo feminino, internada na FSCMPA, no período de maio a julho de 2004 e seus respectivos responsáveis. Foram excluídas da seleção as vítimas de escalpelamento não causados por eixo de motor de barco e aquelas que estavam em atendimento ambulatorial.

4.3 Contextualização Teórica - bases para intervenção

Com o propósito de fundamentar a intervenção do terapeuta ocupacional junto às vítimas de escalpelamento e devido a escassez de literatura, o presente estudo baseou-se em uma pesquisa bibliográfica que foi realizada na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Universidade da Amazônia (UNAMA), Universidade Federal do Pará (UFPA), Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) e Associação Juracy Britto (OSCIP SARAPÓ). Como fonte de dados foram utilizados livros, artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso, jornais, periódicos, dados da Internet e, por último, prontuários hospitalares.

Ressalta-se que o registro fotográfico das sessões ocorreu após autorização dos participantes e seus responsáveis.

A intervenção realizou-se em 03 (três) etapas:

1-Anamnese realizada com o responsável e/ou paciente, a fim de levantar informações a respeito da identificação, história da doença, aspectos clínicos e sócio-econômicos, história ocupacional, aspecto geral

no leito, alimentação, sono e relação entre o paciente e a família e as outras pessoas, antes e durante a hospitalização.

2-Avaliação Terapêutica Ocupacional: realizada com a paciente escalpelada para coletar dados sobre exame físico, aspectos psicomotores, cognitivos, psicoemocionais, senso-percepção, AVD e AVP, levando em consideração a faixa etária e o processo de hospitalização.

3-Intervenção Terapêutica Ocupacional: realizada com a paciente buscando atender suas necessidades físicas, emocionais e sociais, baseadas nas abordagens de terapia ocupacional reeducativa, modelo lúdico e de ocupação humana, através de cinesioatividades, atividades lúdicas, de colagem, pintura dirigidas e livres, atividades psicomotoras, manuais, artesanais e atividades de vida diária.

Os recursos materiais utilizados durante os atendimentos, foram: espelho, papel A4, lápis de cor, giz de cera, tinta guache, cartolina, jogo de dama, revistas, pincel, cola branca, fio de silicone, miçangas, tesoura, E.V.A., bola, fita crepe, esmalte de unha, algodão, espátula de unha, papel micro-ondulado, cola quente, estilete, livro com gravuras de animais, copo descartável e máquina fotográfica para registro das sessões.

Deu-se preferência aos materiais de baixo custo e/ou fácil esterilização, a fim de evitar infecções e preservar a saúde da paciente. Além disso, levou-se em consideração a escolha de materiais e atividades que correspondessem à faixa etária, à realidade sócio-cultural e ao interesse das vítimas de escalpelamento.

4.4 Considerações sobre o processo interventivo

Desse modo, optou-se pela análise qualitativa devido à inviabilidade de se analisar quantitativamente os dados coletados anteriormente, de caráter, em sua maioria, subjetivo, pois segundo MINAYO (2001)³¹:

Trata-se de uma pesquisa que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. O que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reproduzidos à operacionalização de variáveis. Esta abordagem aprofunda-se no mundo de significados das ações e relações humanas. (p.21-22)

A análise de dados de cunho qualitativo consistiu na associação teoria e prática através da descrição, compreensão e interpretação da anamnese, da avaliação terapêutica e das observações dos atendimentos realizados junto à paciente.

Apresentaremos a seguir, a anamnese, avaliação terapêutica ocupacional e a evolução da paciente durante os atendimentos.

5 Apresentação do Caso

Apresentação da anamnese

Realizou-se no dia 27 de maio de 2004 a anamnese com o pai da paciente, na qual foram colhidas as seguintes informações:

M.R.B., filha de uma prole de sete filhos, sexo feminino, 16 anos, nasceu de parto normal, cianótica, a termo, peso normal. Aos cinco meses de gestação, a genitora caiu da ponte de sua casa machucando a barriga; procurou auxílio médico, o qual diagnosticou anemia, receitando, portanto, uso de medicação. Aos três anos, o pai procurou novamente auxílio médico, pois observou falta de comunicação verbal da criança, mas o médico nada diagnosticou.

Durante a anamnese, o pai referiu que a paciente sente dor na ferida operatória (couro cabeludo), na região posterior da perna esquerda devido à retirada de lâmina de pele para realizar a cirurgia de enxertia e dificuldade para deambular.

O acidente aconteceu no dia trinta de março de 2004,

quando o responsável, a paciente e mais dois filhos retornavam da cidade de Portel para Melgaço num barco de um desconhecido, quando a paciente deixou cair o prendedor de cabelo próximo ao eixo do motor e abaixou-se para pegar. Nesse momento, seu cabelo enrolou no eixo arrancando completamente o couro cabeludo e a orelha direita. A paciente desmaiou e foi levada para a Unidade Básica de Saúde de Melgaço, sendo depois encaminhada para o município de Breves e conseqüentemente para o Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém (HPSM), onde permaneceu aproximadamente um mês. M.R.B. foi internada na FSCMPA no dia 23 de maio de 2004, apresentando como diagnóstico escalpelamento total e perda total da orelha direita. Segundo informações do prontuário, a paciente é portadora de deficiência auditiva.

Em seu ambiente doméstico, a paciente reside com nove pessoas, em casa própria de madeira com um cômodo; não possui banheiro interno, isto é, utilizam o rio para realizar suas necessidades fisiológicas. A menor utiliza rede para dormir.

Quanto ao aspecto ocupacional, a paciente tem interesse por bolas, gostando de tomar banho no rio com os irmãos e de correr. Estudava no período da manhã e, ao retornar da escola, ajudava nos afazeres da casa. Aos sábados à noite freqüentava a igreja Assembléia de Deus. O responsável relatou ainda que a paciente relaciona-se bem com os irmãos e com as outras pessoas.

Com relação ao aspecto sócio-econômico, o genitor relatou possuírem renda inferior a um salário mínimo, pois em sua cidade a fonte de sobrevivência é a pesca e a produção de farinha.

Vale ressaltar que o acompanhante só esteve presente no dia da anamnese e em um atendimento ocorrido, pois não podia permanecer na enfermaria feminina por ser do sexo masculino.

Apresentação da avaliação terapêutica ocupacional

No dia 28 de maio de 2004 realizou-se a avaliação da paciente M.R.B, colhendo-se as seguintes informações: No exame físico, verificou-se que o escalpelamento total provocou alterações nos movimentos da face tais como: elevação do ângulo da boca súpero-lateral e fechamento do olho direito. Sendo que os outros movimentos (elevação das sobrancelhas, abrir e fechar a boca e sorrir) foram limitados devido ao curativo contensivo que enfaixava completamente a cabeça, orelhas, sobrancelhas e região da mandíbula.

No leito, a paciente mantinha postura em decúbito dorsal, com inclinação de tronco para lado esquerdo e flexão de membro inferior esquerdo.

Observou-se, na avaliação funcional, a diminuição da amplitude de movimento (ADM) de pescoço para a realização de flexão, extensão, rotação lateral direita e esquerda, e inclinação. Nos membros inferiores, observou-se limitação da ADM para extensão de joelho esquerdo. Posteriormente, após alguns atendimentos, verificou-se limitação no membro inferior direito em decorrência da cirurgia de enxertia (dermectomia de 1/3 médio da coxa).

Durante a avaliação de força muscular de pescoço e membro inferior, observou-se déficit de força para o movimento de flexão de pescoço e extensão de joelho, estando a paciente com grau de força dois, pois consegue realizar o movimento apenas com ajuda da ação da gravidade.

Quanto à marcha e equilíbrio dinâmico, verificou-se que a paciente está deambulando com auxílio de acompanhante, adotando uma postura fletida de tronco, flexão de membro inferior esquerdo e flexão plantar de pé esquerdo.

Em relação aos aspectos da senso-percepção, a audição apresentou-se alterada, pois não respondia a comandos verbais e aos sons. Nos aspectos cognitivos, a paciente somente apresentou baixa concentração. Quanto à

linguagem, comunica-se através da linguagem gestual. Quanto aos aspectos psicoemocionais, apresentou-se ansiosa pela falta da família e pela alta hospitalar.

Durante a avaliação, a menor solicitou papel e caneta. No decorrer da atividade de desenho, observou-se preservação dos aspectos da coordenação motora, visomotora, dominância lateral, preensão, orientação espacial e interesse por atividades auto-expressivas. Em relação às atividades de vida diária, a paciente apresentou-se dependente em atividades como higiene (tomar banho), vestuário (parte inferior do corpo) e transferência da cama para cadeira e independente para alimentação (comer e beber) e mobilidade.

6 Associação da Teoria com a Prática

Este trabalho analisou a associação da teoria e prática levantadas ao longo da pesquisa bem como a interpretação dos dados obtidos durante os atendimentos com a paciente vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco internada no hospital.

Inicialmente, realizou-se um roteiro de anamnese e avaliação terapêutica ocupacional objetivando coleta de dados em curto prazo, a fim de identificar os principais problemas apresentados, para posterior planejamento do tratamento terapêutico ocupacional. Para FRANCISCO (2001)¹⁶, este planejamento deve acontecer após uma estrutura rígida de procedimentos organizados em etapas distintas e ordenadas tais como: anamnese, avaliação, planejamento e intervenção e reavaliação.

Nesse contexto, entende-se que o processo de avaliação em terapia ocupacional é uma forma organizada e sistemática de determinar as necessidades do paciente e conhecê-lo a partir da sua história de vida (valores culturais, interesses, rotina diária entre outros) que de acordo com De Carlo; Bartalotti (apud DE CARLO; LUZO, 2004, p.18)⁸ é (...) reconstruir a história daquele que se apresenta como cliente, a qual não se resume à

possível patologia, mas reflete um processo de vida. Associado a isso realizaram-se reavaliações durante os atendimentos com o intuito de verificar as evoluções e melhora do comportamento ocupacional, pois compreende-se que:

É possível verificar o progresso e a eficácia da intervenção terapêutica por meio de procedimentos de reavaliação específicos e periódicos (a intervalos de tempo predeterminados) ou de avaliações processuais contínuas, que podem ser realizadas informalmente no decorrer do tratamento De Mello (apud DE CARLO; LUZO, 2004, p. 81)⁸.

Portanto, a atuação – neste primeiro momento - baseou-se em uma visão positivista pelo fato de considerá-la objetiva e utilitária no que se refere às obtenções de informações pertinentes para o planejamento de tratamento.

Diante das informações coletadas, verificou-se que os aspectos motores estavam alterados. Então, utilizou-se durante o tratamento uma abordagem reeducativa em terapia ocupacional, qual associa atividades aos movimentos cinesioterápicos com a finalidade de aumentar ou restaurar a amplitude de movimento e recuperar a força muscular da paciente a fim de que esta possa atingir um padrão funcional que possibilite a realização das atividades de vida diária e prática.

Segundo De Carlo; Bartalotti (apud DE CARLO; LUZO, 2004)⁸, a intervenção dos terapeutas ocupacionais na prática hospitalar :

Estão baseados em métodos de avaliação e estratégias de intervenções mais técnicas, cujos objetivos voltam-se para a busca de resultados que demonstrem maior eficácia técnica e levem os pacientes a alcançar níveis elevados de competência e independência funcional em sua vida cotidiana e melhor qualidade no seu desempenho ocupacional. (p. 6)⁸

Entretanto, percebeu-se a necessidade de se trabalhar os aspectos emocionais e sociais no hospital, visto que o acidente de escarpelamento provoca agravos além dos aspectos motores. Assim, a intervenção da terapia ocupacional assumiu uma visão humanista considerando-se os aspectos biopsicossociais do paciente, considerando que ninguém melhor do que o cliente para determinar os caminhos a percorrer para retornar uma vida saudável, o estado de saúde (FRANCISCO, 2001, p 53)¹⁶.

Além disso, a abordagem humanista pressupõe que o processo é centrado na relação terapêutica, sendo o terapeuta ocupacional facilitador para a aprendizagem de novas habilidades. Neste modelo de relação é possível aprender, ensinar e errar, pois o processo permite ao paciente descobrir-se e encontrar-se com o outro (terapeuta, atividade, ambiente e outras pessoas). Nesta concepção as atividades terapêuticas são empregadas para ampliar as perspectivas da reabilitação (não somente das seqüelas físicas), ou seja, promover maior mobilização interna do paciente frente ao programa/processo de reabilitação, tornando-o mais participativo deste.

Desta forma, baseada nesta nova concepção de homem, onde “as partes não são vistas de forma isoladas, mas inter-relacionadas (...)”, optou-se por utilizar a abordagem reeducativa em terapia ocupacional e modelos lúdico e de ocupação humana (MACHADO, 2001, p.30)²⁶.

As atividades realizadas no decorrer do tratamento foram: lúdicas, artesanais, manuais, produtivas, auto-expressivas dirigidas e livres associadas aos movimentos cinesioterápicos, circuitos psicomotores e atividades de vida diária. Com o objetivo de alcançar maior grau de independência funcional, trabalhar os aspectos psicoemocionais e sociais para proporcionar melhor desempenho ocupacional, nas atividades de vida diária, trabalho e lazer.

Contudo, verificou-se que a intervenção do terapeuta ocupacional no âmbito hospitalar não resume-se a uma única abordagem, isto é, ela deve estar ligado às diferentes formas de pensar a ação humana, por isso houve a necessidade de compreender o fazer em diferentes fundamentações, conforme afirma De Carlo; Bartalotti, (apud DE CARLO; LUZO, 2004)⁸:

Um dos princípios fundamentais do processo terapêutico-ocupacional é de que ele está intrinsecamente ligado às diferentes formas de pensar a ação humana, por sua vez, baseadas em diferentes matrizes, fundamentações ou princípios filosóficos sobre como são entendidos o homem e suas ações (...)(p. 13).

De modo geral, o modelo lúdico buscou proporcionar, através do jogo, momento de recreação; já o modelo de ocupação humana através da interação do paciente, do ambiente e da ocupação, proporcionou ao cliente a busca do equilíbrio dos subsistemas da vontade (escolhas e ações), hábito (relacionado aos papéis internalizados que mantém a ação) e o desempenho (capacidade de produzir ações) e, por fim, a cinesioatividade, que teve como finalidade trabalhar os aspectos motores associados a atividades de caráter manual, lúdica e auto-expressiva. Assim, objetivou-se criar um ambiente acolhedor que possibilitasse à paciente reestruturar suas condições psicológicas, afetivas, sociais e não, apenas físicas. Dessa forma, a concepção humanista possibilitou compreender o homem, como um ser prático, evolutivo, lúdico, expressivo e criativo, portador de um processo de transformação na relação homem x homem x meio ambiente como também ser crítico laborativo (MARGALHO; DA COSTA, 2003, p. 73)²⁷.

A seguir, apresentaremos a evolução do caso.

Evolução do Caso

No primeiro atendimento, observou-se que a atividade

de confecção de bijuterias, que havia sido planejada, não foi realizada devido a menor apresentar-se com dor na ferida operatória. A atividade foi adaptada pela estagiária, conforme sugere NEISTADT; CREPEAU (2002)³², a adaptação da atividade é necessária em alguns momentos para torná-la executável ao paciente que não consegue desempenhar a atividade na sua íntegra como havia sido planejada.

Posteriormente, ao iniciar a atividade, observou-se dificuldade na realização por causa do local inapropriado, sendo então a paciente instalada em outro local (cadeira e mesa). Assim, ao visualizar suas dificuldades, a paciente aceitou a troca para outro local, pois percebeu que no leito não executaria a atividade satisfatoriamente. A partir dessa atitude verificou-se que a atividade promoveu mudança de atitude, pensamentos e sentimentos da paciente conforme relata DE CARLO; LUZO (2004)⁸.

Durante esta transferência de posição, a menor necessitou de auxílio, porque a cirurgia de dermectomia (enxertia) provocou dificuldade para a locomoção devido a postura antálgica (postura para evitar dor). Além disso, observou-se que no decorrer do processo a menor continuou com a postura flexora de joelho esquerdo, porém, a atividade favoreceu a realização dos movimentos de flexão, rotação lateral direita e esquerda de pescoço, mesmo sendo este último associado a rotação de tronco.

Percebeu-se que a associação da confecção de bijuterias aos movimentos de pescoço (cinesioatividade), favoreceu a realização voluntária destes movimentos, pois, segundo VASCONCELOS (1991)⁴², este tipo de atividade estimula a funcionalidade promovendo a recuperação da ação humana, ou seja, a execução dos movimentos.

Após esse momento, a menor iniciou a confecção de “nova pulseira”, observou-se que esta não domina a contagem numérica, porém conseguiu associar as

miçangas por semelhança de cores, desenvolvendo a atividade com autonomia e criatividade, pois criou modelo próprio de pulseira, finalizando a atividade e todas as etapas do processo sem auxílio de outras pessoas. Verificou-se que esta atividade proporcionou uma nova experiência na rotina hospitalar, oportunizando liberdade para expressão de sua criatividade, porque no processo de hospitalização esta encontra-se reprimida. Verificou-se ainda, a satisfação da paciente ao visualizar o produto final.

No decorrer da confecção desta nova pulseira, estimulou-se a menor a realizar novamente os movimentos de pescoço, porém observou-se dificuldade confirmando o que diz FERREIRA (1980)¹³.

Analisando-se a dificuldade de realização dos movimentos de pescoço, supõe-se que os músculos esternocleidomastóideo, longo da cabeça, esplênio da cabeça, e os escalenos anterior, médio e posterior, não se encontram preservados o que justifica a dificuldade para a realização dos movimentos voluntários.

Em seguida, a menor finalizou um cordão, verificou-se pelo comportamento adotado pela paciente, que a mesma percebeu-se através do toque, a imagem que o seu corpo está apresentando, e diante deste fato MOURA; BEZERRA (2003)³⁰, afirmam que a partir das seqüelas da doença e / ou do curativo, a nova imagem corporal torna-se centro de renovadas experiências, experimentações e visualizações do próprio corpo o que determina a construção de uma nova identidade, reformulação de papéis sociais e a consciência corporal.

Observou-se ainda, que a atividade foi prazerosa despertando na paciente vontade de realizá-la pois, mesmo com dor aceitou transferência com o intuito de realizá-la. A atividade possibilitou a aquisição de nova habilidade, a paciente conseguiu desenvolvê-la de forma independente, exercendo seu potencial criador, transformando o material e a si mesma. Ao visualizar o

produto de seu trabalho, demonstrou satisfação, resgatou-se o seu papel ocupacional criativo e de funcionalidade, como ser que está e age no mundo, contribuindo para o aumento de sua auto-estima que, segundo CERQUEIRA FILHO (2000, p. 1)⁶, é a confiança em nossa capacidade para pensar e enfrentar os desafios da vida, é a auto-confiança cognitiva; é também a certeza de nossos valores, das nossas necessidades (auto-respeito).

Constata-se que a atividade provocou mudança de atitude na paciente, que pôde, no ambiente 'opressor do hospital', realizar sua liberdade através do ato criador e vivenciar novos papéis.

A partir do segundo atendimento, as atividades visavam desenvolver a ADM de face, pescoço e membros inferiores, até então limitados devido ao curativo, ao trauma e a cirurgia de enxertia.

No décimo atendimento, realizou-se atendimento individual; através de atividade de desenho e pintura dirigida, encontrou-se a paciente sentada na cadeira ao lado de seu leito interagindo com outras pessoas da enfermaria, comportamento que pressupõe melhora de seu quadro motor e social, pois o curativo e a dor não impossibilitaram a mesma de intervir satisfatoriamente no ambiente, interagindo com este e com as pessoas.

Diante dos materiais da atividade (cartolina, tinta guache, pinças e lápis de cor), a menor levantou-se sem necessitar de auxílio e deambulou com equilíbrio e melhora de postura até próximo a cartolina, que estava fixado na janela esperando comando para iniciar a atividade.

Observou-se que os materiais constituíram um apelo ocupacional, provavelmente faziam parte de seu cotidiano escolar e, possivelmente, a fizeram recordar de lembranças agradáveis. A melhora no aspecto motor é visualizada como resultado das atividades de caráter de reeducação motora somada ao interesse despertado pela atividade e ao estado de cicatrização da ferida

operatória do membro inferior direito.

Após ser explicada a atividade para a paciente de maneira gestual e verbal, visto que a deficiência auditiva não é comprovada, devendo ser estimulada a função auditiva, a menor compreendeu a explicação e desenvolveu a atividade apresentando boa coordenação motora. Entretanto, os movimentos de pescoço eram realizados com diminuição na amplitude, especialmente de extensão e rotação lateral, para se estimular a realização desses movimentos, solicitou-se que a paciente desenhasse na parte superior do papel.

Para atender a solicitação, a menor esforçou-se na realização dos movimentos ativos de pescoço (extensão e rotação), mas como forma de compensar a dor ao realizar o movimento de extensão de pescoço, a paciente realizou extensão de membros inferiores (MMII) com flexão plantar de pé direito, contribuindo para a extensão de grupos musculares desse membro, movimento evitado em atendimentos anteriores devido à cirurgia de enxertia que causava dor ao realizar extensão.

Esse comportamento de compensar o movimento de extensão de pescoço realizando o movimento de extensão de membros inferiores reflete o envolvimento da paciente na cinesioatividade (união do exercício motor com a atividade), sendo a atividade proposta encarada de forma lúdica pela paciente, pois a mesma riu e demonstrou satisfação pedindo para os outros pacientes da enfermaria que visualizassem seus desenhos.

Observou-se neste atendimento, aumento na amplitude de movimento dos MMII (extensão) e do pescoço (flexão, rotação lateral e extensão), além da melhora da auto-estima da paciente e satisfação ao realizar com autonomia e criatividade a pintura dos desenhos.

Vale ressaltar que o comportamento de melhora da auto-estima e de satisfação foi observado no decorrer da atividade ao verificarmos as atitudes de sorrir e de alegria durante a execução da atividade pela paciente,

além de verificar a necessidade da mesma em mostrar seus desenhos para os outros pacientes da enfermaria. Conclui-se assim, que a atividade desenvolvida devolveu à paciente a oportunidade de “ação” no ambiente, verificando sua melhora progressiva e o reconhecimento de seus limites e potencialidades, bem como o reconhecimento de suas habilidades, fato que justifica a espera diária pelos atendimentos terapêuticos ocupacionais por parte da paciente.

De modo geral, observou-se que as atividades realizadas proporcionaram melhora na concentração, aumento da auto-estima e confiança, independência nas AVD (transferência e mobilidade), assim como o aumento da ADM de pescoço (flexão, extensão, rotação lateral direita e esquerda) e membros inferiores. Além disso, verificou-se que as atividades favoreceram o desenvolvimento das habilidades, pois o meio e as interações sociais influenciaram no comportamento da paciente favorecendo sua transformação, resultando em novo comportamento adaptativo, sendo, portanto, confirmado por NEISTADT; CREPEAU (2002)³² ao afirmar que o meio ambiente provoca mudanças diretamente no comportamento.

No décimo terceiro atendimento, optou-se em realizar atividade lúdica por meio de jogo de damas, visando estimular a atenção e a concentração e proporcionar recreação, como modo de diminuir o estresse e a rotina hospitalar, visto que a paciente estava há mais de dois meses hospitalizada.

A adolescente encontrava-se deitada no leito, seguindo as orientações prestadas nos atendimentos anteriores (MMII em extensão), a fim de evitar possíveis contraturas e deformidades, porém ao ser estimulada a transferir-se da cama para a cadeira menor recusou-se, gesticulando está com dor na ferida operatória do MMII; a atividade foi realizada no leito, sendo portanto, realizada mais uma vez adaptação do local da atividade por parte da estagiária.

A paciente diante do jogo de damas demonstrou não saber jogá-lo, evidenciando o não conhecimento do mesmo, esta constatação possibilitou a reflexão quanto a particularidade cultural da paciente, pois o jogo é comum entre as crianças e adolescentes que vivem na área urbana de Belém, porém, provavelmente não é comum na região de origem da paciente, o que justifica o não conhecimento do mesmo, ou pelo fato do jogo possuir regras que na concepção dos familiares ou da comunidade são, difíceis de serem repassados a adolescente devido a sua deficiência auditiva, sendo privada deste estímulo.

Diante deste fato buscou-se propiciar o conhecimento e exploração do jogo pela paciente, uma vez que a fase de exploração do jogo é importante de acordo com a teoria do Comportamento Ocupacional do jogo de Mary Reily (apud CANIGLIA, 1993)⁵ que descreve as três fases do jogo: (1) exploração; (2) desenvolvimento das habilidades e experiências e (3) concretização dos interesses.

Posteriormente, explicou-se, de forma gestual, como o recurso era utilizado e iniciou-se o jogo com a participação efetiva da paciente, a qual demonstrou ter aprendido as regras básicas do mesmo, mantendo-se atenta durante a atividade e sendo verificada a aquisição de novos conhecimentos e papéis (vencedora/perdedora), pois, segundo Bryze (apud PAHRAM; FAZIO, 2002, p. 24)³⁴ a recreação promove a competência, a aquisição e a realização de papéis ocupacionais.

Outro fato evidenciado durante o atendimento foi a possibilidade de escolha da cor das peças pela paciente no início do jogo, como forma de estimular o subsistema da vontade, pois este encontra-se alterado no processo de hospitalização devido a instituição hospitalar descaracterizar a individualidade da pessoa, colocando-a em situação de passividade e impotência (DE MELLO apud DE CARLO; LUZO, 2004, p.76)⁷.

Observou-se, também, durante a realização do jogo, a externalização da emoção por meio de comportamentos de alegria da paciente, que ria e “batia” na estagiária com quem “competia” ao ter sua pedra “comida” pela mesma, expressando, com este comportamento, a não aceitação da jogada associada a vontade de ganhar o jogo. Comportamentos que segundo Takata (apud CANIGLIA, 1993)⁵, são favorecidos pelo jogo que possibilita as expressões da emoção, exploração e experimentação.

Entretanto, a conduta da estagiária ao inibir este comportamento da paciente durante o jogo, constituiu na restrição do momento lúdico oportunizado com o recurso, pois tirou-se a liberdade da menor em expressar suas ações e emoções, preocupando-se com a atividade que deve ser meio, pois, como explica FRANCISCO (2001)¹⁶, torna-se mais importante e mais significativa durante o processo terapêutico a relação que o paciente estabelece com a atividade e com as pessoas, e não somente a própria atividade.

Apesar disso, a atividade não perdeu seus objetivos terapêuticos, pois a intervenção da estagiária não inibiu o comportamento da menor, que solicitou jogá-lo algumas vezes, desenvolvendo assim suas habilidades no jogo.

Por fim, após conseguir vencer a estagiária (concretização dos interesses), a menor finalizou o jogo. Acredita-se que este fato esteja relacionado à vivência da paciente no papel de vencedora, que fez com que interiorizasse o sentimento de superioridade, alegria e identidade social no jogo, conforme afirma PARHAN; FAZIO (2002)³⁴, que o jogo propõe a mudança de papéis e perspectivas que levam ao desenvolvimento de uma identidade própria e à expressão de sentimentos. Com isso, conclui-se que o atendimento alcançou os objetivos propostos.

Diante dessas evoluções do quadro da paciente, vale ressaltar algumas alterações, ainda presente, após alta

hospitalar, tais como: alteração da marcha devido à postura antálgica, dificuldade para realizar os movimentos da face por causa do curativo contensivo e do trauma, como também a necessidade de desenvolver melhora ADM de pescoço e membros inferiores. Com isso, verificou-se a importância da continuidade do tratamento terapêutico ocupacional, visando a independência funcional, a aquisição de um comportamento ocupacional adaptado a nova realidade vivenciada pela paciente, contribuindo, assim, para sua reinserção social.

7 Considerações Finais

Na presente pesquisa procurou-se identificar as principais alterações físicas, emocionais e sociais da vítima que sofreu escarpelamento por eixo de motor de barco provocadas pelo acidente e o processo de hospitalização, assim como comprovar a eficácia da intervenção terapêutica ocupacional junto à vítima e posterior divulgação da prática aos terapeutas ocupacionais e acadêmicos do curso, profissionais da área da saúde e comunidade.

A partir desta proposta de atuação terapêutica ocupacional, evidenciou-se, entre os principais resultados obtidos, a melhora dos aspectos físicos e sociais, com evolução dos aspectos emocionais através dos atendimentos individuais os quais favoreceram a independência funcional e o resgate do papel social e ocupacional da paciente, salientando, portanto, os benefícios do tratamento terapêutico ocupacional.

Para a realização desta prática, as dificuldades que mais se fizeram presentes foram a escassez de materiais referentes aos aspectos clínicos do escarpelamento para fundamentação teórica, assim como a falta de clientela hospitalizada na FSCMPA durante os meses indicados para o início da pesquisa, pois as vítimas vinculadas à instituição realizavam

tratamento ambulatorial clínico no hospital e o objetivo da pesquisa era evidenciar a intervenção terapêutica ocupacional no hospital.

Refletindo sobre a prática do terapeuta ocupacional, verificou-se a necessidade da continuação do tratamento após a alta hospitalar, pois se observou que a paciente ainda apresenta alteração dos aspectos físicos e emocionais. Diante disto, ressalta-se que estas alterações poderão prejudicar a reinserção social e o desempenho ocupacional da paciente diante das demandas da comunidade ribeirinha.

Neste sentido, salienta-se a importância da Associação Oscip-Sarapó junto à clientela, visando, através de uma rede inter-relacional de serviços, promover o acompanhamento da vítima após alta hospitalar, garantindo-lhes os serviços ambulatoriais com a efetivação do CAP'S Professor Geraldo Sales, promovendo, assim, a melhoria da qualidade de vida das vítimas, familiares e comunidade em geral.

Então, a partir dos dados obtidos com a pesquisa e com a criação do Centro Amazônico de Proteção Social (CAPS) - Professor Geraldo Sales, vislumbra-se a oportunidade de continuação da intervenção hospitalar e a inserção do tratamento terapêutico ocupacional ambulatorial, contribuindo novamente para a reinserção social, bem como possibilitar o acesso a este serviço à população ribeirinha, carente de atendimento especializado e com problemáticas específicas, facilitando assim a formação de profissionais comprometidos com as causas regionais.

Portanto, constatou-se que este relato contribuiu para o conhecimento da problemática regional, pouco divulgada, bem como para a eficácia e o reconhecimento do tratamento por parte da paciente e dos profissionais da instituição, proporcionando assim satisfação pessoal e profissional.

Referências Bibliográficas

1. ATHIAS, G. *Crianças são mutiladas em barcos no Pará*. Folha on line de São Paulo, São Paulo, 1 abr. 2001. Disponível em: www.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u25992.shl. Acesso em: 10 fev. 2004.
2. BARBOSA, I.; GONÇALVES, M.; HOLANDA, R.. *As meninas do turbante: os efeitos psicológicos do escalpelamento em crianças durante o período de hospitalização – um estudo de caso*. 2004. 16f. Monografia (Especialista em Desenvolvimento Infantil). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2004.
3. BENEDITO, M.. A criança e a hospitalização. In: CARVALHO, E.; CARVALHO, W. *Terapêutica e prática pediátrica*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2000, v. 1 p. 93-95.
4. BÍBLIA. Português. A bíblia sagrada. Tradução de João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. 990 p.
5. CANIGLIA, M. *Modelos teóricos utilizados na prática da terapia ocupacional*. Belo Horizonte: Expressa artes gráficas, 1993. 109 p.
6. CERQUEIRA FILHO A.de . *O que é auto-estima*. [S.I.]: 2000, 4p. Disponível em: http://orbita.starmedia.com/~estima/o_que_e_aut_estima.html. Acesso em: 25 jun. 2004.
7. DE CARLO, M. M. ; BARTALOTTI, C. C. *Terapia ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. 181 p.
8. DE CARLO, M. M. ; LUZO, M. C. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. 323 p.
9. DOMINGUES, A. C. ; MARTINEZ, C. M. Hospitalização infantil: buscando identificar e caracterizar experiências de terapia ocupacional com crianças internadas. *Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCAR*, v. 9, n. 1, p.16-28, 2001.
10. FERRARI, M. A. Kielhofner e o modelo de ocupação humana. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 2 (4) p. 216-219, 1991.
11. FERREIRA, A. B. *Novo Aurélio século XXI: dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.
12. FERREIRA, L. M. *Manual de cirurgia plástica*. São Paulo: Atheneu, 1995. 303 p.
13. FERREIRA, M. C. Lesões do couro cabeludo e fronte. In: ALMEIDA, Gilberto; CRUZ, Oswaldo. *Urgências em neurocirurgia: traumatismos cranioencefálicos*. São Paulo: Sarvier, 1980. p. 59-73.
14. FERRIOTI, M. L. A atividade como instrumento de transformação das relações institucionais: uma experiência no interior da instituição psiquiátrica. In: DE PÁDUA, E. M.; MAGALHÃES, L. V. *Terapia ocupacional: teoria e prática*. Campinas: Papyrus, 2003. p. 79-92.
15. FONSECA, C. C.; SENA, F. G. ; OLIVEIRA, J. R. *Análise epidemiológica das vítimas de escalpelamento por eixo de motores de barco*. 2003. 53f. Monografia (Trabalho de Conclusão de curso de Medicina). Centro de Ciências e da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2003.

16. FRANCISCO, B. R. *Terapia ocupacional*. 2 ed. Campinas: Papyrus, 2001. 95 p
17. FRIEDMAN, A.. *Brincar: crescer e aprender: o resgate do jogo infantil*. São Paulo: Moderna, 1996. 128 p.
18. FURTADO, M. C. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33, n. 4, p. 364-369 dez. 1999.
19. GOFFI, F. S. *Técnica cirúrgica: Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia*. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 1996. 822 p.
20. GUZMAN, C. R. ; CANO, M. A. *O adolescente e a hospitalização*. Revista eletrônica de enfermagem, Goiânia, v. 3, n. 3, jul-dez. 2000. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/ado_hosp.html. Acesso em: 15 jun. 2004.
21. HAGEDORN, R. *Fundamentos da prática em terapia ocupacional*. São Paulo: Dynamis editorial, 1999. 198 p.
22. HAGEDORN, R. *Fundamentos para a prática em terapia ocupacional*. 3 ed. São Paulo: Roca, 2003. p. 219-254.
23. JORGE, R. C. Uma proposta de terapia ocupacional no hospital geral. In: *Cadernos de Terapia Ocupacional*, ano x, n. 1, p.57-69, out., 1998.
24. KUDO, A. M. ; PIERRI, S. A. *Terapia ocupacional com crianças hospitalizadas*. In: Kudo, Aide Mitie. et al. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 1997.
25. LIMA, A. C. *Recriando o espaço e a dimensão ocupacional da criança no ambiente hospitalar*. Cadernos de Extensão da UFPE. Goiás: [s.n], 2004. 5p. Disponível em: www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/crianca.htm. Acesso em: 15 jun. 2003.
26. MACHADO, M. C. *Terapia ocupacional, saúde prática e pós-modernidade*. Belo Horizonte: Cuatiara, 2001. 46 p.
27. MARGALHO, B. C.; DA COSTA, T. H. *O enfoque terapêutico ocupacional de uma cliente mastectomizada: um estudo de caso*. 2003. 86 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso de terapia ocupacional), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2003.
28. MINAYO, M. C. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 79p.
29. MOTA, M. A. *A contribuição da fisioterapia no tratamento de vítimas de escarpelamento*. 2000. 81 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso de fisioterapia), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2000.
30. MOURA, P. C.; BEZERRA, T. C. *Grupo de suporte: uma proposta de intervenção terapêutica ocupacional com pessoas enterostomizadas*. 2003. 152 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso de terapia ocupacional), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2003.
31. MUYLAERT, M. A. *Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral*. São Paulo: Editora Escuta, 2000. 116 p.
32. NEISTADT, M.; CREPEAU, E.. *Terapia ocupacional*. 9 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002, 859 p.

33. OSCIP-SARAPÓ. Resumo executivo.[s.n.] Belém, 2003. 85 p.
34. PARHAM, D. L.; FAZIO; L. S. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Santos, 2002. 267 p.
35. POLISUK, J. ; GOLDFELD, S. *Pequeno dicionário de termos médicos*. 4 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998, 324p.
36. PSICOLOGIA Infantil. São Paulo, 2002.. Disponível em: www.geocities/hospitalização/psicologiainfantil.asp. Acesso em: 22 jun. 2003.
37. RIBEIRO, R. (Ed). *A maldição do motor*: Belém: gráfica Roberto Ribeiro. n. 1, 2002. 24 p.
38. SANTOS, S. M. *Brinquedo e infância: Uma guia para pais e educadores em creche*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 120 p.
39. SCHWARTZ, S. *Princípios de cirurgia*. 5 ed. Rio de Janeiro: Interamericana MCGraw-Hill, 1996.1953 p.
40. TEIXEIRA, A. I.; SEGADILHA, D. P. *A importância do brincar durante a hospitalização infantil*. 2000. 25 f. Trabalho (Trabalho científico anual III). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2000.
41. TEIXEIRA, E. Atividades de vida diária. In: TEIXEIRA, Erika et al. *Terapia ocupacional na reabilitação física*. São Paulo: Roca, 2003. p. 193-219.
42. VASCONCELOS, M. H. *Cinesioatividade*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 1991. 60 p.
43. ZERBINI, E. *Clínica cirúrgica*: Alípio Corrêa Neto. 4 ed. São Paulo: Sarvier:, 1994, v.2, 572 p.