



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

BRENA DA SILVA MELO DE MOURA
DANIELLE DE FATIMA PEREIRA FERREIRA

**A TERAPIA OCUPACIONAL COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM
SITUAÇÃO DE QUEIMADURA: UM ESTUDO DA FORMA E DO SIGNIFICADO
OCUPACIONAL DO BRINCAR**

BELÉM

2017

BRENA DA SILVA MELO DE MOURA
DANIELLE DE FATIMA PEREIRA FERREIRA

**A TERAPIA OCUPACIONAL COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE
QUEIMADURA NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DA FORMA E DO
SIGNIFICADO OCUPACIONAL DO BRINCAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito parcial para a obtenção do grau de Terapia
Ocupacional, Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Prof^a. Msc. Cibele Braga Ferreira
Nascimento

BELÉM

2017

BRENA DA SILVA MELO DE MOURA
DANIELLE DE FATIMA PEREIRA FERREIRA

**A TERAPIA OCUPACIONAL COM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE
QUEIMADURA NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DA FORMA E DO
SIGNIFICADO OCUPACIONAL DO BRINCAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito parcial para a obtenção do grau de Terapia
Ocupacional, Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Prof^a. Msc. Cibele Braga Ferreira
Nascimento

Data da aprovação:

Banca examinadora:

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar pelo dom da vida, sem Sua toda força e sabedoria não teria conseguido. Agradeço aos meus pais, Bernadete da Silva Moura por todo apoio, incentivo, dedicação, paciência, por toda educação e valores que me foram ensinados ao longo destes anos; e Luís Carlos Melo de Moura por todo apoio, incentivo, dedicação, pela educação e conversas. Agradeço ambos por sempre terem acreditado em mim, por serem meu porto seguro e por abraçarem esse sonho junto comigo.

Aos meus familiares em especial a minha vó Zenilda Melo por todo apoio, incentivo e dedicação e à minha irmã Luane Melo, por ser essa criança iluminada com quem eu aprendo todos os dias e que me faz dar boas risadas com toda sua espontaneidade.

Aos meus padrinhos queridos Nilton Guedes por todo o incentivo, exemplo, conselhos, apoio e ensinamentos e a Jacqueline Melo também por todo incentivo, apoio, influência por sempre está disposta a me ajudar quando preciso.

Ao meu noivo Alexis Brabo por todo incentivo, apoio, dedicação, carinho e paciência quando o TCC estava me enlouquecendo e por ser uma boa influência, me motivando sempre que eu pensava em desistir e estar sempre disposto a me escutar.

À minha parceira de TCC Danielle Ferreira porque além disso é a amiga que a Terapia Ocupacional me trouxe e só tenho a agradecer pela amizade, apoio, incentivo, confiança e todas as aventuras vividas ao longo desses anos de graduação e que possamos sempre continuar nos apoiando e torcendo pelo sucesso uma da outra.

Ao meu amigo Rogger Viana por todo incentivo, apoio, por ter me escutado quando precisava desabafar minhas frustrações e por compartilhar comigo todas as alegrias.

À minha orientadora Cibele Braga, por toda paciência e por compartilhar conosco seu conhecimento e por ser fonte de inspiração na Terapia Ocupacional.

À todos que mesmo não estando tão próximo me colocaram em suas orações e estiveram torcendo pelo meu sucesso.

Por fim, agradeço a Terapia Ocupacional por me fazer enxergar as possibilidades, por me fazer presenciar vários cotidianos e por me fazer crescer intelectualmente e pessoalmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido a oportunidade de realizar este sonho e ter me guiado para essa profissão maravilhosa, que me ensinou a ser resiliente durante esses 5 anos, e ressignificar o meu próprio cotidiano.

Aos meus familiares, principalmente aos meus pais, que me apoiaram quando resolvi largar a UEPA e vir para UFPA, que me incentivaram e me apoiaram durante essa minha jornada, mesmo quando pensei em desistir pelo caminho por ser muito espinhoso, eles estavam lá me apoiando e me iluminando para que eu pudesse fazer a melhor escolha. E eis que hoje, a minha melhor escolha é ter o tão sonhado diploma em Bacharelado em Terapia ocupacional, e saber que eu só consegui essa conquista graças a vocês.

À minha melhor amiga e querida parceira, que me aturou por 5 anos, e foi uma grande fonte de inspiração, por ser uma pessoa inteligente e meiga. Crescemos e amadurecemos juntas, foi como uma fortaleza durante esses anos na graduação, metade do que sou profissionalmente devo a ela, porque me incentivou tanto a conquistar as coisas. Espero que essa seja o começo da nossa jornada, que nós possamos continuar amadurecendo, mudando e nos apoiando, torcendo pelas conquistas uma da outra. Hoje nosso sonho torna-se realidade e que ele continue nos motivando para sermos não as melhores na nossa profissão, mas que possamos sempre dar o melhor aos nossos futuros pacientes.

À minha orientadora, gostaria de agradecer desde do terceiro semestre, primeiramente por ter apoiado um projeto de três alunos, um projeto que no início não parecia ser do seu perfil, porém abraçou e nos incentivou ir até o fim. Essa Professora sempre foi uma fonte de inspiração, lhe agradeço por ter acreditado em mim e ter me dado várias oportunidades, como participar do PET-Saúde. Obrigada por ser doce, carinhosa, por apoiar os alunos, obrigada por cada dinâmica de grupo que a senhora fez em sala de aula, nos ensinou a ser mais sensíveis, a olhar o outro e não julgar. Obrigada por ser nossa orientadora, nossa professora e nossa amiga.

RESUMO

Introdução: o brincar destaca-se como a principal ocupação da criança, faz parte de seu cotidiano e auxilia em seu desenvolvimento, porém existem acontecimentos que provocam alterações nesse brincar, dentre elas a situação de queimadura. **Objetivo:** Compreender a forma e significado da ocupação de brincar para crianças hospitalizadas em situação de queimaduras. **Procedimentos metodológicos:** trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva, baseando-se em entrevistas com 8 pacientes atendidos pelo centro de tratamento de queimados (CTQ) do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência do Pará (HMUE-PA), sob o enfoque da ciência da ocupação que tem o propósito de compreender como as crianças se deparam e percebem a quebra do cotidiano delas antes e depois da queimadura. Os dados foram analisados com base na análise do conteúdo. **Resultados:** os resultados revelam que há mudanças significativas, na forma e significado ocupacional do brincar de crianças em situação de queimadura, estas mudanças repercutem nos papéis e identidades ocupacionais. Para encontrarmos tais resultados, organizamos a análise da forma ocupacional em 5 categorias: rotina ocupacional, privação lúdica, tipos de brincadeiras, parceiros sociais, ambiente e tempo e a análise do significado em 3 categorias, o brincar do bem-estar, brincar da saudade e dor. **Conclusão:** concluímos que as crianças hospitalizadas em situação de queimadura sofrem mudanças em sua rotina ocupacional e limitações por causa do quadro clínico afetando diretamente a forma e o significado da sua principal ocupação, o brincar.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional; Brincar; Ciência da Ocupação; Criança Hospitalizada; Queimadura.

ABSTRACT

Introduction: The play stands out as the main child's occupation, is part of his/her daily life and helps in his/her development, but there is events that cause alterations in this play, between them the burn situation. **Methodological Procedures:** It's a qualitative nature research, of descriptive type, based on interviews with 8 patients attended by centro de tratamento de queimados (CTQ) (burn treatment center) of Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência do Pará (HMUE-PA) (Metropolitan Urgency and Emergency Pará Hospital), under the approach of Occupation Science which aims understand how children face and realize the break of their daily life before and after the burn. The data was analyzed based on content analysis. **Results:** The results reveals that there is significatives changes in the occupational form and meaning of children's play, its changes reverberate in the occupationals roles and identities. To get its results, we split the occupational form analysis in 5 categories: Occupational routine, Playful privation, Play kinds, Social partners, Enviromment and time and the meaning analysis in 3 categories, the well-being play, missing play and pain. **Conclusion:** We conclude that the burn situation hospitalized children suffers changes in their occupational routines and limitations because the clinical state affecting directly the form and meaning of their main occupation, the play.

KEYWORDS: Occupational Therapy; Burn; Hospitalized Child; Play; and Occupational Science.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

IMAGEM 1- REGRA DOS NOVE EM CRIANÇAS E ADULTOS	19
IMAGEM 2- DIAGRAMA DE LUND E BROWDER	20
IMAGEM 3 - ESQUEMA DA RELAÇÃO ENTRE PESSOA, ATIVIDADE E AMBIENTE	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. PARTICIPANTES DA PESQUISA	37
--	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 QUEIMADURA E O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO	15
2.1 O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA.....	20
3 O BRINCAR DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA	24
4 CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL	29
5 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	35
5.1 TIPO DE PESQUISA	35
5.2 LOCAL DA PESQUISA	36
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	36
5.4 ETAPAS DA PESQUISA	38
5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	40
6 SOBRE A FORMA DO BRINCAR DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA.	41
7 SOBRE O SIGNIFICADO DO BRINCAR DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA.	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	65
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO-TCLE)	65
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO.....	67
APÊNDICE C- QUADRO SÍNTESE: PERIÓDICOS NACIONAIS.....	68
ANEXO	77
ANEXO A- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	77
ANEXO B- CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO.....	81

1 INTRODUÇÃO

Segundo Gragnani e Ferreira (2009), a queimadura é um trauma complexo, de difícil tratamento e apresenta alta taxa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, ocorrendo com mais frequência em ambientes domésticos e de trabalho, envolvendo crianças em ambientes poucos seguros e sem supervisão de adultos ou como tentativa de homicídios e suicídios. No Brasil, 1 milhão de casos de queimaduras ocorrem a cada ano, sendo 200 mil atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização (RODRIGUES JÚNIOR JL et al, 2014).

As queimaduras são lesões que ocorrem devido a exposição direta ou indireta do tecido orgânico com o calor excessivo sendo causadas por agentes químicos, radioativos, elétricos ou quando há exposição ao frio extremo (BERNZ; et al, 2009).

De acordo com Gomez e Mattar (2007), essas lesões podem ser analisadas e classificadas de acordo com a sua profundidade em: queimadura de primeiro, segundo e terceiro grau. São classificadas queimaduras de primeiro grau, lesões onde o comprometido acontece apenas na parte externa da epiderme, também são chamadas superficiais pois não atingem camadas mais profundas. Porém causam descamação da pele, bolhas, dor ao toque, eritema e sensação de queimação na pele. A cicatrização ocorre de forma espontânea se não houver infecções.

As queimaduras de segundo grau atingem toda a epiderme e parte da derme e causam dilatação vascular, formação de bolhas, edemas locais e irritação com destruição parcial das terminações nervosas dos receptores de dor, essas lesões são extremamente dolorosas. As lesões causadas pela queimadura de terceiro grau atinge todas as camadas da pele, podendo chegar aos músculos e aos ossos. A área lesionada encontra-se dura, ressecada, anestesiada e translúcida, pode apresentar uma aparência esbranquiçada ou enegrecida. Nesses casos são necessários enxertos para fechar a lesão (ARRUDA, 2007).

O indivíduo que sofre esse tipo de trauma, em grande parte dos casos, precisa ficar hospitalizado. Dependendo da gravidade da situação, o período de internação pode ser prolongado privando o paciente de seus afazeres cotidianos familiares e suas interações sociais sendo exposto a procedimentos dolorosos do tratamento.

A alta incidência de acidentes com queimadura acontece no ambiente doméstico e atinge principalmente crianças (OLIVEIRA et al, 2009). A queimadura, por sua intercorrência em acidentes com crianças, torna-se um problema de saúde pública. No Brasil, sabe-se que ocorrem cerca de 1.000.000 de casos de queimaduras por ano, sendo que 100.000 pacientes

procuram atendimento hospitalar. Destes, cerca de dois terços são crianças e adolescentes (BERNZ et al, 2009). Desta forma, a criança vítima dessas lesões necessita ficar hospitalizada se distanciando de suas ocupações.

O ambiente hospitalar ocasiona a mudança do cotidiano da criança rompendo com as suas principais atividades, o exercício do brincar e atividades escolares. Na criança em situação de queimadura, o longo período de internação causa distanciamento do ambiente familiar, insere uma nova rotina, marcada pelo cumprimento das regras da instituição (identificação por números de prontuários, utilização de uniformes, etc.) e pelos processos dolorosos, como os curativos para a recomposição da área lesionada, resultando na privação de liberdade (AZEVEDO, 2013).

Essa privação de liberdade pode provocar na criança uma privação ocupacional, que conforme Garcia et al (2014), é quando um indivíduo está limitado de desfrutar de suas ocupações. Essa privação pode acarretar em uma série de repercussões negativas para o desenvolvimento da criança uma vez que esta não consegue desempenhar seus hábitos, rotinas e rituais afetando assim as suas ocupações, de maneira especial o brincar.

A criança tem suas atividades cotidianas como: atividade de vida diária, estudar, brincar, entre outras, e é por meio dessas atividades que a criança tem a possibilidade de reconhecer o outro e de ser reconhecido por meio dos papéis que ela exerce quando realiza seus afazeres. Quando a criança deixa de executar esses papéis, pode ocorrer um momento de ruptura, tornando o desconhecido uma situação constante e isso ocasiona uma desestruturação do cotidiano. O terapeuta ocupacional pode ser o profissional capacitado para auxiliar na (re)significação dessas repercussões (TAKATORI et al, 2004).

Na terapia ocupacional, o brincar é modalidade terapêutica privilegiada para intervir e compreender a criança, pois é um processo natural que ajuda esta, a se adaptar em diversas situações, favorecendo o desenvolvimento das capacidades e ajudando na autonomia. O brincar permite a experimentação da frustração e do fracasso, possibilitando a vivência de situações apoiadas na terapia, favorecendo o engajamento ocupacional da criança, facilitando o desenvolvimento das habilidades necessárias, a fim de preservar a sua identidade de acordo com o contexto, cultura, hábitos, rotinas, rituais, potencialidades e funções de cada criança (FERLAND, 2006; PACCIULIO; CARVALHO; PFEIFER, 2011; AOTA 2015).

O brincar é percebido por alguns estudiosos como a ocupação principal e mais importante de uma criança. As ocupações são importantes meios de participação social nas quais as pessoas se engajam, resultando na construção de sua identidade ocupacional (MILLER; KUHANECK, 2008; MONTEIRO et al, 2014). Na perspectiva da Ciência da

Ocupação, a atividade com um propósito e um significado, que ocorrem em um período de tempo tornam-se ocupações, estas são constituídas por atividades intencionais e com significados pessoais e culturais, que caracterizam os indivíduos e influenciam sua saúde, qualidade de vida (WILCOCK, 1993; AOTA, 2015; LILLO, 2003).

Para Clark e Lawlor (2009) (apud ARAÚJO, 2011), a Ciência da Ocupação foi fundada baseada nas Ciências Sociais e sua relação mútua com outras disciplinas, entre elas a sociologia, antropologia, filosofia e psicologia, baseia-se em princípios e valores da Terapia Ocupacional, entretanto não está limitada somente à Terapia Ocupacional. Seu entendimento possibilita ampliar as habilidades de compreensão do ser humano como um ser biopsicossocial na dimensão ocupacional.

Para a Ciência Ocupacional, a ocupação humana enfoca, especificamente, na forma, na função e no significado. A forma refere-se às características diretamente observáveis no indivíduo, manifestam a intenção da atividade com o ambiente que ocorre em um tempo e espaço determinados. Sendo que a criança antes do processo de hospitalização atribui uma forma às suas brincadeiras a exemplo: subir em árvores, brincar com bonecas, brincar no rio, ou com diversos parceiros, já a criança em situação com queimadura tem uma quebra nessa atividade tendo em vista que esta tem que seguir as regras e horários da instituição, limitação de brinquedos e parceiros.

A função refere-se à interação dinâmica entre ocupação e indivíduo, como esta influencia o desenvolvimento, a adaptação, a saúde e a qualidade de vida e a interação da pessoa e da atividade. E por fim, o termo significado que compete o valor subjetivo que cada indivíduo constrói em uma atividade, determinados por suas experiências em ocupações na construção da interação do ambiente e a atividade. Como por exemplo, o significado que cada criança atribui em suas brincadeiras, já que se encontra em situação de queimadura passa por um período de (re) significação do seu brincar (LARSON; WOOD; CLARCK, 2005; JÁUREGUI; LUCERO, 2013).

A hospitalização pode modificar a forma e o significado do brincar, pois provoca na criança um afastamento dos seus pertences e de sua individualidade. Diante desta nova realidade, pode apresentar sensações de medo e abandono que provocam a perda da identidade ocupacional (AZEVEDO, 2013).

A Ciência Ocupacional atribui significados únicos nas atividades para o indivíduo que a realiza implicando na interpretação pessoal, porque são influenciados por gostos, histórias pessoais e crenças. Deste modo, a criança em situação de queimadura concede um novo significado para o brincar a partir das experiências vivida na hospitalização (LILLO, 2003).

Por fim, o desenvolvimento deste trabalho justifica-se a partir da construção de um projeto de pesquisa cujo foco era investigar as repercussões da situação de queimadura nas atividades lúdicas de crianças entre 5 a 12 anos, e que nos norteou a dar continuidade nas investigações sobre a temática.

E, após a realização de levantamentos bibliográficos nas principais revistas nacionais e internacionais de Terapia ocupacional: Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Revista Terapia Ocupacional Galicia e *The American Journal Of Occupational Therapy*. Cujas, a estratégia de busca nas bases de dados incluiu pesquisas publicadas nos últimos cinco anos (2011 a 2015) e os estudos foram selecionados através do título e da leitura dos resumos. Os descritores utilizados para busca foram criança (*niño, child*), brincar (*juego, play*), queimadura (*quemadura, burn*), hospitalização (*hospitalización, hospitalization*) e ciência ocupacional (*ciência de la ocupación, occupation Science*).

Durante as buscas nas revistas selecionadas, não foram encontrados artigos que compreendem as categorias separadamente, alguns falavam sobre a criança hospitalizada, porém não foram achados artigos relacionando a criança em situação de queimadura. Foram encontrados artigos relatando sobre adultos queimados, porém, os trabalhos que utilizassem a Ciência da Ocupação são quase inexistentes, apenas um aproximou-se do objeto de pesquisa foi o artigo intitulado: “Sobre o significado das ocupações após o acidente por queimaduras” do ano de 2014, produzido na região norte, tinha como objetivo compreender como se apresentavam as ocupações de pessoas após o acidente por queimaduras e suas repercussões, porém a população estudada foi a adulta. Este fator torna a nossa pesquisa inovadora, pois busca-se relacionar as repercussões da queimadura no cotidiano das crianças em situações de queimadura, trazendo um olhar para o atendimento desta focado além dos agravos físicos, e sim, para as possíveis repercussões ocupacional, papéis e identidade.

As crianças durante o período de desenvolvimentos são naturalmente curiosas, inquietas, inexperientes, exploradoras, ativas e, na maioria das vezes são incapazes de identificar e avaliar o perigo. Essa tendência aventureira as deixam com uma maior predisposição para acidentes. Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2008, p.80), as consequências advindas das queimaduras provocam nas crianças dor intensa e por vezes consequências ao longo prazo, provocando um sofrimento na criança, como também nos familiares e comunidades.

Deste modo nos despertou a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do tema, para entender por meio da ciência ocupacional, como as crianças se deparam com essa quebra de rotina e como elas percebem o cotidiano delas antes e depois da queimadura.

Sabendo-se que a Terapia Ocupacional apresenta uma vasta literatura que envolve discussões sobre brincar, cotidiano, ocupações baseado na ciência ocupacional, concordamos que seria interessante demonstrar como se configura o engajamento ocupacional no brincar de crianças em situação de queimadura, quanto à sua forma e significado ocupacional, tal pesquisa, traz como importância clínica, observar as repercussões que o processo de hospitalização traz para o desenvolvimento infantil, afetando seu cotidiano e podendo repercutir na manutenção das suas ocupações, em especial o brincar; a fim de contribuir não só para produções bibliográficas existentes, mas também, para a população estudada, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados e para a sensibilização de maiores profissionais atuando na área.

Ao entendermos como a hospitalização pode modificar a forma e o significado do brincar de crianças em situação de queimadura, passamos a compreender o indivíduo como um ser, biopsicossocial, que ao passar pela situação de queimadura, pode sofrer repercussões que vão além de repercussões físicas.

Devido ao processo de hospitalização ser visto como uma experiência traumática para a criança, a retirando do convívio familiar, da rotina, a situação de queimadura além de aumentar o tempo de internação, a limita com a excursões de ocupações que não lhe são significativas, provocando assim mudanças nos hábitos, rotinas, rituais e papéis ocupacionais.

Com base nisso, esta pesquisa possui como objetivo compreender a forma e significado da ocupação de brincar para crianças hospitalizadas em situação de queimaduras, buscando identificar os brincares da criança antes e após a situação de queimadura e entender a (re)significação do lúdico durante a hospitalização.

2 QUEIMADURA INFANTIL E O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

Neste primeiro capítulo abordaremos a queimadura infantil e os aspectos referente a pele, aos tipos de queimadura, classificação, extensão e o processo de hospitalização dessa clientela ocasionado por esse tipo de lesão.

A pele corresponde a 15 % do peso do homem, constantemente apresenta mudanças e tem grande capacidade renovadora (SODRÉ et al, 2011). É o maior órgão do corpo humano tem como função, proteger o corpo contra invasões químicas, bacterianas e dos raios ultravioletas. É responsável pela termorregulação e por prevenir a perda de fluidos (REEVES, 2004).

A estrutura da pele é constituída por duas camadas, a derme sendo a camada profunda e a epiderme a camada superficial. A derme possui tecidos conectivos com colágeno e fibra elásticas que sustentam as demais estruturas. É composta por terminações nervosas, vasos sanguíneos e linfáticos e glândulas sebáceas e sudoríparas. Na epiderme encontramos várias camadas de células, as camadas superiores contêm estrato granuloso, lúcido e córneo e na camada mais profunda encontra-se o estrato basal responsável pela produção de novas células, além disso, possui as células que produzem melanina e constituem a pigmentação da pele (DEALEY, 2008).

Desta forma, a pele queimada possui alterações em suas variadas estruturas. Quando somente a epiderme sofre o trauma, a regeneração da pele se assemelha à pele normal, contudo, ocorre a perda da capacidade de oleosidade da pele até que a regeneração das estruturas da epiderme aconteça a pele ficará ressecada, ocorrendo a descamação. Quando as queimaduras são profundas a derme é substituída por tecido de granulação e conjuntivo, e tem como consequência a formação de cicatriz, além de alterações na cor da pele, na vascularização e inervação. O processo de recuperação da pele ocorre por meio da constante mudança no colágeno e reestruturação capilar. Acontece a redução do edema, a união das camadas na epiderme e o retorno da cor da pele (OLIVEIRA, 2003).

Quando a criança sofre a queimadura tem que conviver com as alterações na pele, isso causa um certo descontentamento pois, essas alterações físicas por vezes são profundas e podem deixar cicatrizes para o resto da vida ocasionando mudança no esquema corporal isso faz com que a adaptação da criança a situação de queimadura torne-se um processo complexo.

As lesões por queimaduras são causadas por agentes externos que podem ser de origem térmica, química, elétrica ou radioativa (LEÃO, 2011). As queimaduras térmicas são as principais causas de lesão em crianças, ocorrem principalmente em ambientes domésticos

por agente como: líquidos quentes, água fervente, água quente de banho, bebidas e óleo de cozinha quente (VALE, 2005).

As crianças tornam-se mais suscetíveis a sofrerem acidentes com queimaduras, devido a sua curiosidade natural e falta de experiência na avaliação de perigos. Dentre os ambientes domésticos a cozinha, é onde ocorre a maioria dos casos. Segundo a Sociedade Brasileira de Queimadura (2015), 70% dos acidentes acontecem em casa, principalmente na cozinha, onde ficam o fogão e as panelas. As crianças são exploradoras, e geralmente tornam-se vítimas quando acabam desenvolvendo sua ocupação principal, o brincar, ao irem desenvolver suas brincadeiras pelo ambiente, elas podem puxar os cabos de panelas, toalhas de mesas, fornos de fogões. Um outro fator que pode contribuir para os acidentes por queimadura são os papéis que as crianças exercem dentro do seio familiar.

Conforme Kendrik (2013), diversos fatores influenciam na ocorrência dos acidentes domésticos com crianças, dentre eles a idade, gênero, desvantagem socioeconômica, tipo e tamanho da família, nível educacional, idade dos pais, local de residência. Dependendo da estrutura familiar, muitas crianças entre idade de 9 a 12 anos, desempenham tarefas domésticas, como cozinhar, cuidar de irmãos, etc., o que pode torná-las vulneráveis e acidentarem-se.

As queimaduras químicas ocorrem tanto por ingestão de substâncias cáusticas quanto pelo contato dessas com a pele. A ingestão de substâncias como, detergente e branqueadores afetam o esôfago do indivíduo e geralmente não causam grande número de morbidade, quando as queimaduras são por álcalis causam consequências mais graves como: trombose nos vasos sanguíneos, necrose de liquefação e morte celular. As queimaduras por substâncias químicas na pele causam oxidação, redução, dessecação e corrosão, ocasionando uma zona necrótica da mesma (ROTH; HUGHES, 2006).

Este tipo de queimadura em crianças geralmente é ocasionada por acidentes com produtos de limpeza, tais como soda, amônia, soda cáustica, limpa alumínio, pesticidas agrícolas, etc., que às vezes possuem embalagens atraentes que podem produzir nas crianças, curiosidade para brincarem. Outro fator, é que tais embalagens geralmente estão armazenadas em ambientes ou locais de fácil acesso de manipulação pelas crianças. Outras causas de queimadura química são provocadas por pilhas e baterias, elementos que estão presente na maioria dos brinquedos e eletrônicos.

As queimaduras por agente radioativo podem acontecer por acidentes em laboratórios, industriais, como em usinas de energia nuclear e por explosão de dispositivo nuclear. Geralmente os acidentes acontecem com fontes radioativas fechadas como: radiografia

industrial ou com máquinas de raio X. A radiação possui particular alfa, beta e nêutrons; e fótons raio gama, cada um possui sua própria capacidade de penetração nos tecidos, os que causam maiores danos biológicos são os raios gama e os nêutrons. A gravidade do acidente depende da dose em que o indivíduo foi exposto, normalmente aparece como queimadura de primeiro grau e o primeiro sinal é a vermelhidão na pele, porém, quanto mais rápido esse sinal aparece mais elevada é a dose de exposição (PREZZAVENTO, 2008).

As queimaduras elétricas causam extensa destruição tecidual, quando ocorre a exposição a esse tipo de agente etiológico o corpo torna-se condutor da corrente elétrica para o solo, é criado um campo elétrico e ocorre a conversão da energia elétrica em térmica, o que resulta nas lesões. A corrente percorre um caminho no organismo no qual não é possível dizer ao certo o percurso, porém esta causa queimadura na entrada e na saída e se atravessar órgãos como cérebro e coração os danos causados serão maiores. Essas lesões acontecem em maioria associadas ao trabalho, com alta voltagem e no sexo masculino. As lesões infantis acontecem normalmente com baixa voltagem por meio do contato com a tomada doméstica com crianças menores de três anos, em crianças mais velhas os acidentes envolvem atividades lúdicas, como soltar pipas e subir no telhado (SILVA, 2008).

As lesões causadas por esses agentes, sejam térmicos, elétricos, químicos ou radioativos, comprometem diferentes estruturas orgânicas que são classificadas em graus de acordo com a profundidade do trauma nas estruturas corporais (MONTES et al, 2011)

Desta forma, as queimaduras são classificadas de acordo com a área afetada considerando a destruição celular e dos tecidos subcutâneos. Geralmente são classificadas em primeiro, segundo ou terceiro grau. Outra classificação encontrada na literatura classifica as lesões em superficiais, que correspondem às queimaduras de primeiro grau, parcial superficial e parcial profunda, são as lesões de segundo grau; e perda total que se assemelham às lesões de terceiro grau (MARCHESAN; FARINA, 2005).

Contudo, são classificadas queimaduras de primeiro grau lesões que afetam somente a epiderme, não apresentam formação de bolhas, têm como características: vermelhidão, dor e edema e a descamação ocorre dentro de 4 a 6 dias. As queimaduras de segundo grau dividem-se em espessura parcial-superficial e profunda, afetam a epiderme e parte da derme e ocorre a formação de bolhas. As superficiais apresentam a base das bolhas com uma coloração rósea, são úmidas e dolorosas. As lesões de segundo grau profundas apresenta a base das bolhas esbranquiçadas, seca e indolor, são insensíveis a determinados estímulos como: toque leve ou agulhadas suaves (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As queimaduras classificadas de terceiro grau afetam a epiderme, derme e estruturas corporais mais profundas, são lesões indolores, apresentam uma placa esbranquiçada ou enegrecida e uma textura resistente. Devido a afetar glândulas e estruturas responsáveis pela epitelização, essa lesão não reepitaliza e necessita de enxerto, esse procedimento também é indicado para as lesões de segundo grau profundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Existe uma variedade de tipos de enxerto, deve ser considerado a espessura da queimadura e as condições clínicas do indivíduo para receber o procedimento. O enxerto considera desde a retirada de tecido necrótico e substituição de pele na região da queimada (PESSINA, 2005).

Os enxertos são importantes no processo de cicatrização das lesões, eles classificam-se de acordo com as suas características em: autoenxertos ou isoenxertos, quando a pele doadora é retirada do próprio receptor ou de gêmeo univitelino. Pode ser proveniente de pele sadia ou de pele já está recuperada. Os homoenxertos ou aloenxertos, são curativos biológicos que preparam a área que receberá o autoenxerto, a doação é realizada por indivíduos da mesma espécie. Os heteroenxertos ou xenoenxertos, são temporários, funcionam como curativos biológicos e provêm de espécies diferentes a dos receptores (GOMEZ; ALMEIDA, 2007).

Os enxertos também são classificados quanto a espessura, em total, quando é retirado da pele doadora toda a derme e epiderme tendo os anexos preservados apresenta melhor resultado estético e funcional. E em parcial quando é retirada uma porcentagem da derme e epiderme da região doadora, podem ser finos, médios ou grossos. Porém, quanto maior a espessura melhor será o resultado (GOMEZ; ALMEIDA, 2007). O processo de enxertia se dá devido a área ou profundidade afetada em uma queimadura, desse modo compreender a extensão da área queimada, pode auxiliar no processo de recuperação hospitalar, afim de evitar queloides, cicatrizes, limitações funcionais e evitar a mortalidade infantil.

A extensão da área queimada determina os riscos gerais dos queimados nas primeiras horas, sendo maiores as repercussões sistêmicas quanto maior for a área lesionada, devido à perda funcional da pele. Torna-se, desta forma, importante o conhecimento da proporção da área corporal sadia e queimada para a orientação do manejo adequado da pessoa em situação de queimadura (BUSNARDO; SCARAVELLI, 2004).

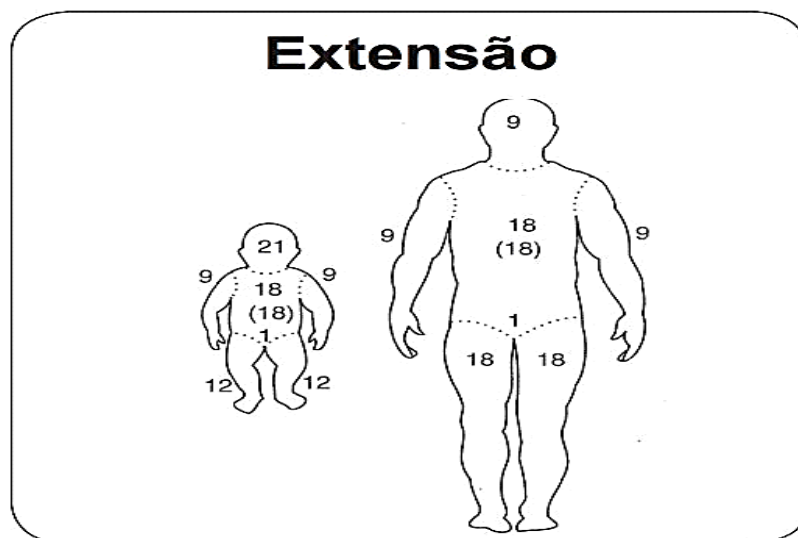
Vários métodos têm sido desenvolvidos para estimar a extensão de queimaduras. Estes métodos não são utilizados para queimaduras superficiais. O método mais conhecido, é a “regra dos nove”, adequado para uso em todos os adultos, em crianças quando necessitam de avaliações rápidas através de métodos mais precisos que são necessários, para a estimativa definitiva da extensão de queimaduras nessa população. O método de Lund e Browder

abrange todas as faixas etárias e é considerado o método mais preciso para usar em pacientes pediátricos (MORGAN et al, 2000; ARRUDA, 2007).

A regra dos nove é comumente utilizada para fazer uma avaliação inicial da extensão da queimadura. Essa regra é baseada em que, nos adultos, várias regiões anatômicas representam 9% (ou um múltiplo desse número). A cabeça e/ou pescoço 9%, cada membro superior 9%, tórax anterior vale 18% e o posterior 18%, cada membro inferior vale 18% e o períneo vale 1% (OLIVEIRA,2003).

Em crianças, essa proporção é determinada de forma diferente, considerando-se a cabeça 21%, membros inferiores 12% cada um, cada membro superior 9%, tórax 18% anterior, e posterior 18%, tal como mostra a imagem 1. Assim as porcentagem para cabeça, tronco e membros inferiores, modificam-se na criança até os 10 anos de idade (OLIVEIRA,2003; ARRUDA,2007).

Imagem 1- Regra dos nove em crianças e adultos



Fonte: BRASIL, 2012.

O Diagrama de Lund e Browder é o método mais exato para avaliar a extensão da queimadura, tal como mostra a imagem 2, pois reconhece o percentual da superfície corporal queimada (SCQ) de diversas regiões anatômicas ao dividir o corpo em áreas muito pequenas e dá uma estimativa da proporção da SCQ atribuída para essas partes do corpo. Pode obter-se uma estimativa do total de SCQ, ilustrando as metades ventral e dorsal do corpo, representadas por letras e números. Estes representam valores percentuais fixos em qualquer idade. É o mais adequado para a população pediátrica, por relacionar a superfície corporal com a idade, pois mostra as mudanças de representatividade da superfície corporal na cabeça, nos membros inferiores e ao longo do crescimento da criança (GOMES; MATTAR, 2007; CARVALHO et al 2013; MORGAN et al, 2000; PRUDENTE, 2005).

Imagem 2- Diagrama de Lund e Browder

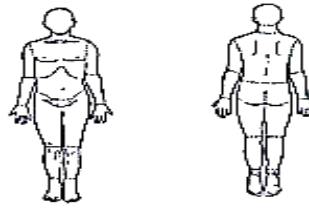


Tabela de Lund and Browder:

REGIÃO CORPORAL	IDADE (ANOS)					
	0	1	5	10	15	>15
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco Anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco Posterior	13	13	13	13	13	13
Nádegas	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitais	1	1	1	1	1	1
Braço	4	4	4	4	4	4
Antebraço	3	3	3	3	3	3
Mão	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coxa	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5
Perna	5	5	5,5	6	6,5	7
Pé	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

Fonte: CARVALHO, S. M. de; KUHLEN, I. A.; PEREIRA, M. J. L., 2013

As queimaduras constituem uma importante causa acidental de morbimortalidade entre as crianças em todo o mundo, sendo a quarta causa de morte em crianças no mundo, e sétima em admissão hospitalar (GIMENIZ; NASCIMENTO; PEREIRA; CARVALHO, 2007). Desta forma, quando hospitalizada a equipe hospitalar deve dar atenção redobrada à criança, pois quanto a maior área queimada, maior será o tempo que a criança, permanecerá hospitalizada, afetando assim, de suas rotinas, papéis e desempenho em ocupações.

2.1 O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA

As queimaduras são responsáveis por aproximadamente 265.000 mortes por ano em todo mundo. No Brasil, estima-se que ocorram por volta de 1.000.000 de acidentes com queimaduras por ano, dos quais 40 mil demandam hospitalização. Esse processo de hospitalização para a criança representa uma situação estressante e traumática, pois a tira de seu cotidiano e ambiente familiar, levando-a para uma situação desconhecida, sendo submetida a tratamentos, exames e procedimentos muitas vezes invasivos e/ou dolorosos (SBQ, 2012; SOUZA, 2012; ALAMY, 2007).

A criança, antes do processo de situação de queimadura, desempenha no seu cotidiano padrões de desempenho, tais como hábitos, rotinas e papéis, estes tornam-se itens fundamentais para um bom desempenho das ocupações.

Conforme a AOTA (2015), os hábitos referem-se aos comportamentos específicos e/ou automáticos que podem ser úteis para que o indivíduo possa responder de maneira consistente em determinados ambientes. Um exemplo de hábito para as crianças, seria desempenhar suas brincadeiras em um mesmo lugar, ou levar os mesmos brinquedos quando vão realizar a AVD de banho. Quando a criança passa pelo processo de hospitalização o hábito pode ficar prejudicado, pois, o ambiente pode não permitir que ela venha executá-lo como antigamente. Um outro exemplo é quando no ambiente domiciliar a criança que tinha o hábito de tomar banho em determinada hora, agora tem que seguir o horário estabelecido pelo hospital, pois o banho torna-se um processo do tratamento da queimadura, agora chamado de balneoterapia.

A balneoterapia consiste no banho diário com duchas de água corrente e clorada realizada em mesas de aço inoxidável. Os procedimentos são realizados no período matutino, estando o paciente em jejum desde a noite anterior. Promove uma limpeza sistemática e diária da área queimada, acompanhada do desbridamento de tecidos desvitalizados e de curativos com antimicrobianos tópicos (Silva et al, 2010). A balneoterapia, promove em muitas crianças medo e sofrimento, tornando uma atividade de vida diária, o banho, em algo estressante e sem um significado.

Segundo Da Silva Nunes et al (2013), o ambiente em que a criança circula em seu cotidiano influencia em seu desenvolvimento, oferece suporte e acolhimento para as suas ações, por vezes obriga-a adaptar-se e pode oferecer limitações na realização das ocupações. No ambiente hospitalar a criança passa por uma quebra da sua rotina e encontra-se em um ambiente desconhecido, onde, necessita adaptar-se àquela realidade, esse ambiente acarreta em limitações para a criança devido ao seu quadro clínico, a rotina hospitalar e própria disposição dos espaços e de recursos para que exerça sua principal ocupação que é o brincar.

Após ter que confrontar-se com seu novo status de doente e lidar com a nova rotina estabelecida, faltas na escola, horários diferentes, visitas seletivas, separações, estes aspectos na hospitalização infantil podem levar a alterações físicas e emocionais, pois despersonalizam a criança, que se encontra longe da sua individualidade (PEDROSA et al., 2007; PFEIFER; MITRE, 2008; SOUZA,2012).

Segundo Takatori Oshiru e Otashima (2004), antes do processo de hospitalização, esse cotidiano da criança era marcado apenas por atividades como comer, dormir, vestir, estudar e

a sua ocupação principal o brincar, essa rotina doméstica organiza a criança, permitindo expressar desejos e formando sua individualidade e identidade ocupacional. Após a hospitalização a rotina da criança é estabelecida, com horários para a tomada de medicamentos, horários para o desenvolvimento de brincadeiras e/ou atividades de vida diária. As rotinas, segundo a AOTA (2015), são comportamentos observáveis, regulares e repetitivos que auxiliam para o desenvolvimento da vida diária, elas podem ser satisfatórias ou prejudiciais. Elas exigem compromisso momentâneo de tempo e estão embutidas em um contexto cultural e ecológico. Um exemplo de rotina cultural, são as crianças ribeirinhas que acordam às cinco horas da manhã, para irem para à escola, ou aquelas que todos os dias brincam em igarapés.

Cada criança vivencia e percebe seu adoecimento de modo diferente de acordo com seus valores e experiências. No hospital, a criança passa a viver um ritmo lento, e o tempo passa em função da hora da pesagem, das visitas médicas e da equipe multiprofissional. Para as crianças em situação de queimadura essa percepção da hospitalização, vem em forma de sofrimento, devido aos traumas emocionais, provocados pela dor que suas lesões provocam, durante a fase de cicatrização, deformidades físicas, várias trocas de curativos e procedimentos cirúrgicos (ADAM; HERZLICH, 2001; TAKATORI; OSHIRU; OTASHIMA, 2004 PARBHOO et al, 2010).

As queimaduras em crianças divergem das apresentadas por um adulto, pois, geralmente as crianças produzem queimaduras mais profundas e extensas. As crianças apresentam uma derme relativamente mais fina, o que provocam ao se queimar, lesões graves, e uma recuperação física lenta e dolorosa, tornado o tempo de internação maior do que de uma hospitalização infantil comum, aumento o desejo de voltar para casa e para a rotina. (LOWELL et al, 2007; AL-SHEHRI, 2008).

A mudança do cotidiano infantil, provocado pela hospitalização pode comprometer o desempenho das ocupações, assim como provocar um padrão de desempenho insatisfatório. A criança em situação de queimadura vivencia no ambiente hospitalar a privação ocupacional, que provoca a limitação do envolvimento em ocupações significativas. A privação pode repercutir de maneira negativa no desenvolvimento da criança, pois afeta o equilíbrio de seus padrões de desempenho e ocupações, de maneira especial o desenvolvimento do brincar.

O desequilíbrio provocado pelo ambiente hospitalar, pode repercutir na criança em situação de queimadura com o aumento do tempo de internação, pois, quando desenvolvemos hábitos empobrecidos, rotinas insatisfatórias e ocupações que não gostamos, comprometemos a nossa participação social em ocupações que deixam de ser significativas e tornam-se

somente obrigatórias. A criança no ambiente hospitalar, vivencia essa perda da participação social, quando esta deixa de se interessar na realização de atividades. Por exemplo: chora ao ter que tomar banho, não possui interesse em desenvolver brincadeiras com companheiros de internação.

Segundo Ruiz-Tangle; Tejada e Echeverría (2009), essa situação provoca uma lacuna ocupacional entre o que a criança quer fazer, o que ela precisa fazer e o que ela realmente faz, essa lacuna ocasiona modificações em sua participação e desempenho causando um desconforto pois, a criança ainda não apresenta amadurecimento para refletir sobre as suas necessidades ocupacionais, embora ela perceba as modificações na rotina que o processo de hospitalização e a situação de queimadura ocasionam.

A hospitalização pode trazer para a criança, uma mudança nos papéis ocupacionais que ela desempenha. Para a AOTA (2015), é um conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura e pelo contexto, que podem ser ainda mais conceituados e definidos pelo cliente. Como por exemplo: o papel ocupacional de estudante e amigo, que pode ser comprometido, mesmo com as classes hospitalares, a perda do papel torna-se inevitáveis, pois a criança não desempenha na escola com seus e nem com os mesmos parceiros sociais. Os papéis ocupacionais contribuem para a construção da identidade pessoal e social dos indivíduos.

Contudo, a hospitalização é um processo traumático para a criança, no qual ela se depara com uma série de fatores que acarretam em experiências negativas. De acordo com Mitre e Gomes (2004) dentro desse contexto, o brincar aparece como uma forma de modificar o ambiente da internação. Por meio da brincadeira a criança é capaz de expressar as questões do adoecimento a as limitações de tempo e espaço causadas por esse processo, porém, para as crianças que sofrem o acidente da queimadura, esse brincar apresenta-se modificado, o brincar que existia antes não é o mesmo da internação, essas crianças ficam restritas ao leito por um longo período tendo que lidar com essas limitações, impossibilitando-as de realizarem suas ocupações.

3 O BRINCAR DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA

Neste capítulo abordaremos o brincar como principal ocupação da criança, como esse brincar acontece para a criança em situação de queimadura e como a Terapia Ocupacional utiliza o brincar como recurso terapêutico. Iremos nos basear nas teorias da Francine Ferland (2006), que compreende que o brincar envolve: prazer, descoberta, criatividade, expressão de si e domínio da realidade.

O brincar é um processo essencial na infância, pois por meio das brincadeiras a criança é capaz de explorar o ambiente e também a si mesma, isso permite que ela adquira novas habilidades importantes para o seu desenvolvimento (PFEIFER; SANTOS; MARQUES, 2006).

De acordo com a Ferland (2006), o brincar permite que a criança experimente diversas sensações, como o prazer, este é essencial na brincadeira. O brincar deve ser uma atividade prazerosa e significativa, onde, a criança divirta-se e isso faz com que ela permaneça na atividade, se o brincar não despertar o prazer, então não configura-se brincar. Quando a criança passa pelo processo de queimadura esse prazer em brincar já não é sentido da mesma forma, devido encontrar-se em um ambiente limitante, não podendo realizar brincadeiras que lhe causam satisfação, outro fator é a dor constante e intensa que impossibilita a criança de ter um brincar prazeroso.

A descoberta é outro fator que a criança experimenta por meio do brincar. Ela passa a compreender a relação entre os objetos, pessoas e os acontecimentos a sua volta e aprende a interagir com eles. É capaz de descobrir o mundo e adaptar-se às situações. A brincadeira também permite que a criança domine a realidade, pois ela é dona da sua própria brincadeira, é capaz de decidir quando começa e quando termina e o que acontece no decorrer; pode solucionar problemas e enfrentar riscos (FERLAND, 2006). No ambiente hospitalar a criança tem que lidar com a rotina da instituição com horários definidos o que não permite esse brincar livre, onde ela toma as decisões.

Para alguns teóricos, o brincar desperta na criança o senso de criatividade e através deste a criança expressa sua personalidade. É por meio do brincar que a criança se adapta, criando e decidindo o que é realidade. A criatividade para a criança a permite, vivenciar dois tipos de imaginação: a simbólica e a criativa. Na brincadeira simbólica a criança vivencia a realidade, porém de maneira criativa, ela dar vida a brinquedos, cria um amigo imaginário. A imaginação criativa permite que a criança descubra o mundo de forma mais concreta e a partir da liberdade proposta pelo brincar, a criança cria e manifesta as suas habilidades criativas

(FERLAND,2006). Quando a criança passa pelo processo de hospitalização, essa modificação no brincar, ocorre, alterando a sua criatividade, deste modo a criança vivencia um ambiente, que não lhe traz mais a liberdade, que antes tinha com as suas brincadeiras. O hospital, tem regras, horários, rotinas próprias, quando se fala de crianças em situação de queimadura, até alguns brinquedos podem se tornar proibidos no ambiente hospitalar e essa modificação em torno da rotina do brincar, pode gerar para a criança uma ausência de liberdade, criatividade e alterar a personalidade.

Para Ferland (2006), o brincar estimula a expressão da criança. Além da forma verbal a criança pode expressar-se por meio do brincar seus sentimentos negativos e positivos. O brincar configura-se como a primeira linguagem da criança, quando ela não está satisfeita pode ter atitudes um pouco mais agressivas na brincadeira como jogar objetos no chão, é uma forma de dizer o que está sentindo. A criança em situação de queimadura é capaz de expressar-se por meio do brincar. De acordo com Silva; De Azevedo e Bessa (2010), a criança projeta nos seus brinquedos o que está acontecendo consigo, isso permite que ela entenda o que está acontecendo e aceite melhor a situação, o brincar faz parte do cotidiano infantil e isso permite que a criança se expresse por meio das brincadeiras.

O brincar configura-se como a principal ocupação da criança, está presente em todo processo de desenvolvimento, é um ato espontâneo e perceptível desde os primeiros meses de vida, essencial para o ensino-aprendizagem e para a saúde da mesma (ALCÂNTARA; BRITO, 2012). Segundo, AOTA (2015), ocupações são necessárias para a identidade e o senso de competência, possui em significado especial e valor para o indivíduo. As ocupações são descritas como meios de participação social nas quais as pessoas se engajam, resultando na construção de sua identidade ocupacional (MONTEIRO, et al, 2014).

Para a criança, o brincar como ocupação, permite que ela desenvolva a identidade ocupacional, que conforme AOTA (2015), é a consciência ampla de quem se é e o que se deseja tornar como um ser ocupacional gerado a partir de sua história de participação ocupacional. Ou seja, o brincar permite que a criança tome consciência de sua personalidade, nele pode se desenvolver de duas formas, o brincar exploratório, que é quando o indivíduo identifica atividades lúdicas apropriadas, brinca explorando o ambiente, desenvolve o brincar intencional, participa de brincar com jogos e regras, brincar construtivo e o brincar simbólico, ou forma de interagir no brincar o tornando participativo.

O brincar participativo, de acordo com AOTA (2015), é quando a criança consegue manter o equilíbrio entre o brincar e as demais ocupações, utilizando os brinquedos de formas adequadas. Para a criança em situação de queimadura, a participação no brincar, pode ocorrer

de forma desequilibrada, tendo em vista que o ambiente hospitalar não proporciona, um desenvolvimento adequado para esta ocupação. Ou seja, a criança acaba desenvolvendo ocupações que são importantes, porém que não lhe são significativas, do que desenvolver a ocupação que lhe permite ser criativa, expressiva e que lhe tem valor, que é o brincar.

O brincar é uma forma da criança descobrir o mundo. Descobrir o mundo dessa maneira, com o brincar, ajuda no desenvolvimento das habilidades da criança, assim como estratégias de ação e adaptação. E através do brincar a criança tem a experiência de solucionar problemas, que eventualmente podem surgir, enfrentar o risco de fracassar e ainda promover iniciativa por meio da criação (FERLAND, 2006).

Para Ferland (2006), o brincar é muito mais do que um comportamento é uma atitude subjetiva, ou seja, brincar implica, além dos gestos e brinquedos, estado de espírito particular, descreve-se o brincar como comportamentos observáveis, como uma forma ocupacional. Cada fase de desenvolvimento, implica-se uma etapa do brincar, por exemplo a descoberta do corpo, que vai desde do nascimento até os 18 meses, neste período a criança se interessa em tocar, olhar, experimentar, escutar, deslocar, manipular, explorar, e imitar.

Na fase de o grande explorador, que vai dos 18 meses aos três anos de idade, a criança gosta de repetir o que vê, encanta-se em explorar e emitir som, agora ela adquire o sentido, gosta de estar e dividir com outras crianças, nesta fase inicia as brincadeiras de faz de conta. Outra etapa do brincar e a idade de brincar por excelência, onde a criança apresenta a idade de três a seis anos, nesta fase a criança gosta de imaginar, fantasiar, desenhar, colaborar com o outro e socializar (FERLAND, 2006).

Conforme Rezende (2008), o brincar é constituído um meio privilegiado de interação e evolução para a criança. É um poderoso mecanismo de aprendizagem com o qual a criança adquire conhecimento, desenvolvendo suas capacidades de raciocínio, criando e resolvendo problemas.

O brincar é uma ocupação essencial na infância pois, auxilia no desenvolvimento cognitivo, motor e social da criança. Desta forma, o brincar também pode ser utilizado como recurso terapêutico, pelos profissionais da Terapia Ocupacional.

Segundo Ferland (2006), o uso do brincar por terapeutas ocupacionais segue duas correntes, a primeira é que o brincar pode ser utilizado como instrumento para despertar o interesse da criança para a terapia e pode estar associada a algum método de tratamento específico. A segunda é que o brincar pode ser visto de forma mais ampla, além de atividade, pode envolver criatividade e imaginação. O terapeuta ocupacional pode criar uma situação

que se aproxime da realizada da criança, envolvendo personagens significativos para ela e participando do brincar.

Os terapeutas ocupacionais podem utilizar o brincar dentro do contexto hospitalar, pois a utilização deste no ambiente hospitalar permite que a criança não rompa com seu processo de desenvolvimento e que não afaste-se do seu papel ocupacional (NUNES, et al 2013).

Como já foi mencionado anteriormente neste capítulo, o brincar ajuda no desenvolvimento infantil, assim mesmo, a criança estando hospitalizada ela não pode deixar de realizar essa ocupação e o terapeuta ocupacional busca garantir que mesmo com as limitações sofridas pelo trauma da queimadura a criança possa brincar, se necessário, este profissional tem competência para criar dispositivos de tecnologia assistiva que facilitem a execução da atividade.

O terapeuta ocupacional no contexto hospitalar objetiva minimizar os fatores estressantes, além de favorecer o desempenho ocupacional e o desenvolvimento de habilidades, de acordo com cada faixa etária da criança, utilizando a ação do brincar para promover não apenas a melhora das habilidades de desempenho mas permitir que, por meio da atividade lúdica, a criança possa integrar a área de desempenho ocupacional (GRIGOLATTO, et al 2008)

A utilização de atividades lúdicas pelo profissional de Terapia Ocupacional, como o brincar junto à criança em situação de queimadura, objetiva reduzir o nível de angústia com a qual a criança depara-se devido aos processos invasivos no qual é submetida diariamente, busca-se um atendimento mais humanizado com intuito de tornar todo esse processo de hospitalização menos doloroso, agressivo e incômodo (SILVA; NETA; BESSA, 2010)

De acordo com a Ferland (2006), os terapeutas ocupacionais também podem utilizar o brincar como meio de prevenção e promoção de saúde, orientando os pais com informações que podem facilmente ser compreendidas, e com isso contribuir para um desenvolvimento com qualidade. O profissional deve orientar para que os pais se envolvam nas brincadeiras, proporcionando uma interação entre pais e filhos.

Contudo, a presença do terapeuta ocupacional se faz necessária junto às crianças que encontram-se em situação de queimadura, pois essas crianças têm diversas perdas motoras, sociais e emocionais. O terapeuta ocupacional é um profissional que possui conhecimento do desenvolvimento infantil que além de atuar para ganhos de habilidades necessárias para o desenvolvimento, também busca garantir que a criança desempenhe sua principal ocupação, o brincar.

Conclui-se que o brincar é uma atividade prazerosa para a criança, onde ela vivencia diversas sensações de bem-estar, o profissional pode utilizá-lo como recurso proporcionando um momento de lazer e auxiliando no enfrentamento dos processos dolorosos vivenciados na hospitalização, bem como garantir que o papel ocupacional da criança hospitalizada em situação de queimadura possa ser exercido, o papel de brincante, garantindo assim, o envolvimento e engajamento ocupacional tão importante para a saúde e bem estar, sendo esta última a perspectiva adotada nesta pesquisa.

4 CIÊNCIA DA OCUPAÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL

Neste terceiro capítulo abordaremos como a ciência ocupacional compreende a ocupação e como o processo de hospitalização pode repercutir negativamente na forma, função e significado do desempenho ocupacional do brincar. Iremos discutir como a terapia ocupacional como ciência compreende a formação humana e pode contribuir nas ressignificações das ocupações em desequilíbrio para a criança queimada.

As ocupações correspondem a uma variedade de atividades que as pessoas se envolvem diariamente. Estas, acontecem em um contexto, durante um longo período de tempo, com objetivo e significado e podem ser realizadas individualmente ou com outras pessoas (AOTA, 2015).

Imagem 3 – Esquema da relação entre pessoa, atividade e ambiente



Fonte: CARRASCO, J.M; OLIVARES, D.A., 2008

As atividades têm significados únicos para quem as executa, baseia-se em uma interpretação pessoal e é influenciada pelas preferências da pessoa, sua história pessoal e suas crenças desenvolvendo um processamento pessoal, completo e inconsciente. De acordo com a ciência da ocupação as atividades que são realizadas com objetivo e significado constituem-se em ocupação (LILLO, 2003).

Essas ocupações estão presentes durante toda a vida, fazendo com que os indivíduos adquiram um comportamento ocupacional que determina certas tarefas, de acordo com cada estágio da vida, esses estágios são necessários para que o ser humano alcance cada etapa de seu desenvolvimento (RUIZ-TAGLE; TEJADA; ECHEVERRÍA, 2009). Por exemplo, na infância, a principal ocupação é o brincar e por meio deste a criança expressa seus pensamentos e emoções, além disso, influencia no desenvolvimento físico, intelectual e

social. O brincar como ocupação promove uma preparação para o enfrentamento das exigências sociais na vida adulta (CIFUENTES, 2014)

Portanto, nem tudo que fazemos são apenas atos motores. O fazer do ser humano diferencia-se do fazer de outros seres vivos, pois por meio deste as pessoas são capazes de transformar o ambiente e a si mesmo em um determinado contexto envolvendo a cultura e história. Assim, a atividade humana é essencial para o desenvolvimento, ao praticar essas atividades é possível desenvolver diversas habilidades manuais, cognitivas, emocionais e valores. Esses fatores permitem que a pessoa dentro da sociedade seja capaz de construir sua própria história (ALVAREZ et al, 2007).

Por meio da história ocupacional construída desde a infância, a pessoa é capaz de desenvolver uma identidade e um estilo de vida, através do comportamento ocupacional (RUIZ-TAGLE; TEJADA; ECHEVERRÍA, 2009). A identidade ocupacional reflete experiências vividas durante a vida que são organizadas e compreendidas, oferecendo uma direção possível e desejada para o futuro. Diversos fatores contribuem para a formação da identidade ocupacional, entre eles o conhecimento pessoal da capacidade e eficiência para realizar ocupações que devem ser interessantes e satisfatórias, a execução de papéis ocupacionais, as rotinas e a percepção do ambiente no qual é pertencente, são elementos desenvolvidos com o tempo que têm influências no futuro e são parte da identidade ocupacional (KIELHOFNER, 2011)

A construção da identidade resulta em um autoconhecimento, onde a pessoa é capaz de experimentar e interpretar seu comportamento ocupacional tendo os costumes e o autoconhecimento como motivações para a realização das ocupações que proporcionam satisfação (ESPIÑEIRA, 2003)

Sendo as ocupações essenciais para a vida dos seres humanos, existe uma ciência que busca investigá-las e é denominada ciência ocupacional. Esta, consolidou-se como uma ciência formal na década de oitenta unindo conhecimentos teóricos e filosóficos, cujo o foco de investigação é a ocupação dos seres humanos (ARAÚJO, 2011).

A ciência ocupacional é considerada uma disciplina em crescimento que foi fundamentada nas ciências sociais, envolvendo as disciplinas de sociologia, antropologia, filosofia e psicologia. Contudo, de acordo com o seu desenvolvimento foram formadas novas relações conceituais e práticas com disciplinas de neurociências, biologia, medicina preventiva, ciência da reabilitação, gerontologia, engenharia biomédica, saúde pública e a fisiologia (CLARCK; LAWLOR, 2011).

Assim sendo, busca-se sistematizar o conhecimento sobre ocupação relacionando-a com a saúde e o bem-estar, e desta forma, criar um suporte metodológico e teórico da compreensão do engajamento, da atividade, participação, experiência e saúde (CLARCK; LAWLOR, 2011).

Portanto, a ciência ocupacional consiste em um estudo do ser humano como ser ocupacional, que tem a necessidade de engajar-se e envolver-se em atividades que proporcionam forma às suas vidas, o estudo acontece por meio do conhecimento da forma, função e significado, em diferentes contextos (SALAS, 2010).

A ciência ocupacional, entende o ser humano como um ser ocupacional, onde suas problematizações ocorrem em torno da forma, função e significado da ocupação. Deste modo a ciência da ocupação contribui para que os indivíduos possam através das ocupações gerar seus próprios significados. A forma ocupacional refere-se a características, que são observáveis durante uma ocupação, manifestando-se na interação entre atividade e ambiente, ocorrendo em um tempo e espaço determinado (NELSON, 1988).

Trazendo para a realidade infantil, a forma refere-se em como as crianças desempenham sua principal ocupação, o brincar, entrelaçadas em relação ao tempo em que é desenvolvido as brincadeiras, os parceiros sociais e ambientes. A exemplo: o brincar no rio, brincar em subir em árvores, brincar de pega-pega, jogar bola, brincar de cantigas de rodas, etc., ou seja, a forma ocupacional busca responder a seguinte pergunta: Como a ocupação de brincar é realizada por crianças em situação de queimadura hospitalizadas?

Conforme Teixeira e Alves (2008), a criança no contexto ribeirinho, vivencia seu brincar com a presença dos elementos da natureza, o contexto cultural presente no desenvolvimento de suas brincadeiras, provocam o fortalecimento de seus papéis sociais. Ou seja, o brincar desenvolvido pelas crianças repercute nos papéis ocupacionais que ela exerce. Para as crianças que desenvolvem suas brincadeiras em lugares específicos, a forma ocupacional atua em associado aos padrões de desempenho hábitos e rotinas. A título de exemplo crianças que costumam brincar em lugares específicos como playground, escolas, quartos.

Para as crianças que desenvolve suas brincadeiras com tempo e parceiros específicos, a forma ocupacional se dá por meio do desempenho da participação no brincar. A exemplo: crianças que costumam brincar depois do horário do almoço, com os mesmos parceiros sociais (irmãos, vizinhos, amigos de escola). Quando a criança vivencia a situação de queimadura, pode ocorrer uma repercussão negativa no desempenho da forma ocupacional, tendo esta, que se adaptar ao novo contexto, a hospitalização.

Segundo Chiattonne (2003), muitas crianças não conseguem se integrar ao ambiente hospitalar, apresentando reações agressivas, não conseguindo sair do seu leito para fazer uma atividade, não conversando com outras crianças internadas e com a equipe médica, sendo que estes fatores as impedem de expressar seus sentimentos, favorecendo a tristeza e o isolamento. A criança em situação de queimadura, tem que vivenciar, a quebra de sua rotina e da forma ocupacional. Pois, o ambiente hospitalar trouxe uma limitação, nos horários, parceiros e ambientes para o desenvolvimento de brincadeiras.

A função ocupacional é a interação dinâmica da ação entre a ocupação e indivíduo, como esta influencia o desenvolvimento, e a adaptação, a saúde e a qualidade do viver e a interação da pessoa e da atividade. Podemos dizer, que para a criança a função ocupacional se desenvolve quando ela resolve executar uma brincadeira. A exemplo, quando a criança pensa em jogar bola, para que ela realize essa atividade, ela necessita do objeto que é a bola, sem esse objeto ela não conseguiria realizar essa atividade. A aquisição do objeto permite que a criança possa desenvolver a brincadeira, tornando assim uma atividade com propósito (LARSON; WOOD; CLARK, 2005; CARRASCO; OLIVARES, 2004).

A função é uma decisão que somente o indivíduo pode realizar e determinar, favorecendo adaptação ambiental, gerando a interação entre a pessoa e a atividade. Quando a criança encontra-se em situação de queimadura, a execução das brincadeiras encontra-se limitada, a função então tende a ter que se adaptar a novos contextos. A título de exemplo: a criança no ambiente hospitalar, torna-se limitadas ao uso de brinquedos, parceiros de brincadeiras.

O significado ocupacional, compete entre os aspectos simbólicos de uma ocupação, surge como a interação dinâmica entre a pessoa e o ambiente atribuindo a uma atividade um valor subjetivo, determinados por suas experiências em ocupações. Como exemplo, o significado pessoal que as crianças imprimem em suas brincadeiras, a motivação intrínseca que a leva a brincar. Quando a criança passa pela situação de queimadura, ressalta-se o brincar ainda tornando-se motivador, se ela produz uma participação efetiva no brincar. (NELSON,1988; CARRASCO; OLIVARES,2004)

O processo de hospitalização, pode contribuir para modificações na forma, função e significado ocupacional do brincar, devido ao processo de hospitalização ser visto como uma experiência que pode vir a ser bem traumática para a criança, pois a retira do convívio familiar, da rotina e pode provocar mudanças nos hábitos, rotinas, rituais e papéis ocupacionais. Segundo Mitre e Gomes, a hospitalização provoca um confronto com a dor,

aflora os sentimentos de culpa, medo da morte, interrompe as atividades escolares, ritmo de vida, provoca a ausência de brincadeiras preferidas e amigos.

A criança hospitalizada, como abordado no capítulo anterior, passa pelo um processo de obter um desempenho insatisfatório no brincar produzido no hospital, esta ocupação muitas vezes sofre modificações, devido regras do próprio espaço. Para Azevedo (2013), a hospitalização provoca um afastamento dos pertences, da individualidade. Diante desta nova realidade a criança hospitalizada acaba sofrendo com a perda da identidade ocupacional e com o desequilíbrio das ocupações.

A privação ocupacional produzida pelo processo de hospitalização, pode causar na criança o desequilíbrio nas suas ocupações significativas, afetando assim, a sua forma e significado ocupacional. Pois, uma vez hospitalizada a criança tem que encontrar novos meios de ressignificar, o seu brincar no contexto hospitalar. Para ciência da ocupação, o ser humano é compreendido como um ser ocupacional onde suas problematizações ocorrem em torno da forma, função e significado ocupacional. A ciência ocupacional e a terapia ocupacional, percebem as ocupações, como atividades significativas e com propósitos. No contexto hospitalar, os princípios desta ciência, nos permite refletir como as ocupações simbólicas desenvolvidas pelas crianças em situação de queimadura repercutem na sua saúde. Conforme Rudman et al (2008), a ciência da ocupação é uma área de conhecimento que é derivada de princípios e valores da terapia ocupacional. Ambas compreendem o indivíduo como ser biopsicossocial, que através dos desenvolvimentos das ocupações, podem dar forma e significado e existência para as atividades desenvolvidas.

Para a terapia ocupacional e ciência da ocupação, a participação ocupações, afetam significativamente na saúde, felicidade e satisfação de um indivíduo. Ou seja para a criança hospitalizada, a falta engajamento no brincar, que seja de forma satisfatória, afeta diretamente na saúde, podendo provocar um tempo de internação maior do que previsto (CARLSON; CLARK, 1991). A terapia ocupacional ajuda a compreender como as ocupações, podem influenciar as pessoas, compreendendo que o ser humano é de natureza ocupacional (PARHAM,1998). O terapeuta ocupacional, dentro do contexto hospitalar pode ajudar a criança em situação de queimadura a reequilibrar suas ocupações e padrões de desempenho que encontram-se em desequilíbrio. Ao compreender a forma e o significado ocupacional, na principal ocupação da criança, o brincar.

A terapia ocupacional ajuda a criança a se estabelecer, promovendo o equilíbrio ocupacional, permitindo que as áreas de ocupação e rotinas, hábitos, rituais e papéis ocupacionais possa desempenhar. Segundo Lillo (2003), o equilíbrio ocupacional tem impacto

sobre as pessoas e seu ambiente, quando em desequilíbrio promove um fator de risco ao indivíduo e sua saúde, afetando o funcionamento a nível celular e de funções mentais específicas, além de estruturais. Por esse fator, no ambiente hospitalar é de suma importância a promoção do equilíbrio ocupacional das crianças. Para que assim, elas possam ter uma recuperação sem sofrimento psicológicos, físicos e mentais.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, baseando-se em entrevistas com pacientes atendidos pela unidade de referência em traumas e queimaduras, Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. Localizado no estado do Pará no município de Ananindeua.

Teixeira (2005, p.202) coloca que na pesquisa qualitativa o pesquisador procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre contexto e ação, usando a lógica da análise fenomenológica, que significa a compreensão dos fenômenos pela sua descrição e interpretação. Para Turato (2003), ao escolher o método qualitativo, o pesquisador busca dar visibilidade às relações entre significado e significante dos fenômenos estudados. A pesquisa qualitativa entende/interpreta os sentidos e significados que as pessoas dão a um fenômeno. Ao escolhermos a pesquisa qualitativa como norteadora dentro de nossa pesquisa, queríamos entender como as queimaduras contribuíam para as modificações na forma e no significado do brincar. Tendo em vista que este método interpreta os valores individuais dos indivíduos estudados.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador imergir de maneira compreensiva na subjetividade dos indivíduos estudados. Estimula o pesquisador a apreender o sentido subjacente ao acontecimento, levando em conta a sua complexidade e particularidade, não objetivando alcançar a generalização, e sim o entendimento das singularidades, ou subjetivos, ou intersubjetivos (PIMENTEL; OLIVEIRA, ARAÚJO, 2009).

Conforme descrito por Gribits e Harris (2004), as pesquisas que visam os estudos fenomenológicos qualitativos, indicam que o comportamento humano, frequentemente, tem mais significados do que os fatos pelo quais se manifestam. Ressaltam a necessidade de observação do sujeito na perspectiva de um contexto social, cultural dos significado latentes do comportamento humano.

De acordo com Rodrigues (2007), na pesquisa do tipo descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador. A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade). Para Gerhardt e Silveira (2009) os estudos descritivos podem ser criticados porque pode existir uma descrição exata dos fenômenos e dos fatos. Estes fogem da

possibilidade de verificação através da observação. Ainda para o autor, às vezes não existe por parte do investigador um exame crítico das informações, e os resultados podem ser equivocados; e as técnicas de coleta de dados, como questionários, escalas e entrevistas, podem ser subjetivas, apenas quantificáveis, gerando imprecisão.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

Os dados foram coletados no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua- HMUE referência em traumas e queimaduras. Localizado na rodovia BR316 km 03, Bairro Guanabara, Ananindeua-PA. O Hospital atende a média e a alta complexidade, divididos em Clínica Médica com 18 leitos, 19 de Pediatria, 20 para Clínica Cirúrgica, 18 para Centro de Queimados, 25 para Neurocirurgia e 65 para ortopedia. Dispõe ainda de 27 leitos de UTI, sendo 20 adultos, 2 para CTQ, e 05 Pediátricos. Seu perfil de atendimento está centralizado na atenção ao trauma grave, e ao queimado, sendo a ortopedia a maior lotação de leitos operacionais, devido á contingência de um número expressivo de traumas graves, acidentes de trânsito e de outros eventos. Oferece ainda consultas e exames a nível ambulatorial para o paciente egresso, nas especialidades de Cirurgia Reparadora, Ortopedia e Buco-maxilo. Os dados foram coletados mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO-A) e da gerência do referido hospital (ANEXO-B).

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A coleta de dados ocorreu com crianças de 5 a 12 anos, essa faixa etária foi selecionada com base na classificação da Francine Ferland, assim como descrito no capítulo 3. Devido as crianças já possuírem uma autonomia e independência funcional no desenvolvimento do brincar, sendo caracterizadas como o grande explorador e possuírem um certo nível de compreensão necessário para responder as perguntas da entrevista, foram selecionadas crianças de ambos os sexos, internadas no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), que mediante leitura ao responsável da criança e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aceitaram a participação das crianças na pesquisa, enfatizando-se a importância do consentimento e livre arbítrio dos sujeitos envolvidos em pesquisas científicas.

A coleta de dados foi executada em um período de dois meses, de junho a julho de 2016, duas vezes na semana com uma média de 30 minutos cada encontro. As crianças foram selecionadas no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) de acordo com os critérios de

inclusão: crianças na faixa etária de 5 a 12 anos internadas no centro de tratamento de queimados (CTQ), cuja o responsável permita a participação do menor na pesquisa, comprovada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

E como critérios de exclusão: as crianças que se apresentavam numa faixa etária menor do que a estabelecida e o responsável não tenha assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

De maneira geral, no universo das crianças entrevistadas, houve a predominância do gênero feminino sobre o masculino, 5 meninas e 3 meninos, todos os entrevistados residiam nos interiores do estado do Pará e quanto ao grau de escolaridade, ainda estavam cursando o ensino fundamental. Quanto ao tipo de queimadura observou-se predominância da térmica, totalizando 7 vítimas, seguida de 1 elétrica. Com relação aos agentes causadores, foi predominante água quente e fogo, ambas com 3 vítimas cada, seguida de gasolina, 1 vítima e choque elétrico, 1 vítima. Para preservar a identidade dos participantes foram utilizados nomes fictícios de personagens infantis conforme a Tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Participantes da pesquisa.

Codiname	Idade	Sexo	Escolaridade	Tipo	Agente	Classificação	Data Internação
Ariel	7	F	2º Ano	Térmica	Água Quente	2º e 3º Grau	29/06/2016
Batman	8	M	3º Ano	Elétrica	Choque Elétrico	2º Grau	18/07/2016
Bela	5	F	Pré Escolar	Térmica	Água Quente	2º Grau	12/07/2016
Cinderela	8	F	3º Ano	Térmica	Água Quente	2º Grau	06/06/2016
Chaves	9	M	4º Ano	Térmica	Gasolina	2º Grau	16/07/2016
Elsa	5	F	Não Informou	Térmica	Fogo	2º e 3º Grau	03/07/2016
Homem De Ferro	11	M	5º ano	Térmica	Fogo	2º Grau	02/07/2016
Tiana	9	F	3º Ano	Térmica	Fogo	3º Grau	06/07/2016

Fonte: Dados da coleta da Pesquisa, 2016.

5.4 ETAPAS DA PESQUISA

- Inicialmente realizou-se levantamento bibliográfico nos principais periódicos de terapia ocupacional: Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar; Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo; Revista Chilena de Terapia Ocupacional; Revista Terapia Ocupacional Galicia; *The American Journal Of Occupational Therapy* com os seguintes descritores: criança; brincar; queimadura; hospitalização e ciência ocupacional/ *niño; juego; quemadura; hospitalizacion; ciência de la ocupación/ child; play; burn; hospitalization e occupation Science* (APÊNDICE C). Este levantamento bibliográfico nos auxiliou na construção da justificativa e fundamentação teórica que aconteceu de forma constante.
- Pesquisa de campo: de posse da liberação do comitê de ética e da diretoria de ensino e pesquisa do hospital foram realizados os seguintes passos:
- A Criação de vínculo com a terapeuta ocupacional responsável pelo setor, bem como o vínculo entre terapeuta-paciente e terapeuta-responsável afim de deixar o participante mais à vontade na entrevista, esta etapa teve a duração de uma semana e consistiu de entrar em contato com a terapeuta responsável pelo CTQ, que nos mostrou o lugar e nos apresentou para os profissionais que atuam no setor. Em seguida, foi feita uma triagem para saber quais crianças participariam da pesquisa com duração de dois dias, devido o serviço ser rotativo e as crianças terem alta com frequência, foi realizado o contato com os pais para que permitissem a participação da criança na pesquisa.
- Seleção das crianças no Centro de Tratamento de Queimados, conforme os critérios de inclusão e exclusão descritos neste estudo, com coleta de entrevista de 30 minutos, duas vezes na semana.
- Leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido ao responsável (APÊNDICE- A); os pesquisadores se comprometeram em manter em sigilo todas as informações referentes ao participante da pesquisa a fim de que este tenha sua identidade preservada. Os sujeitos da pesquisa tiveram a liberdade para deixar de participar do estudo, quando solicitado, em decorrência de motivos ou complicações clínicas;
- Foram dados nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes;
- As entrevistas foram feitas por meio de gravação de áudio com as crianças, contendo 14 perguntas, a aplicação foi dividida em três partes (APÊNDICE- B): dados de

identificação contendo informações importantes como: dados pessoais, o tipo de queimadura, agente causador, a classificação do trauma e o tempo de internação; aplicação do questionário contendo 6 perguntas referentes à forma e ao significado ocupacional do brincar antes do acidente. Seguem algumas as perguntas: 1. O que você fazia no seu dia? 2. Do que você brincava antes? 3. Em que lugar você mais gostava de brincar? 4. Com quem você brincava antes? 5. Você brincava de manhã, de tarde ou de noite? 6. O que você pensa ou acha do brincar antes da queimadura? Aplicação do questionário contendo 8 perguntas referente à forma e ao significado do brincar depois do acidente. Seguem as perguntas: 1. Como é o seu dia no hospital? 2. Você brinca aqui? 3. Do que você brinca agora? 4. Com quem você mais brinca? 5. Onde você brinca agora? 6. Você brinca de manhã, de tarde ou de noite? 7. Do que você gostaria de brincar? 8. O que você pensa ou acha do brincar depois da queimadura?

Inicialmente as dificuldades encontradas nesta pesquisa foram referentes ao mês de junho-julho, a faixa etária da população pesquisada, encontrava-se menor do que a pré-estabelecida no referido hospital. E ao quadro clínico dos participantes que por diversas vezes encontravam-se com um quadro álgico acentuado e não estavam em condições de responder as perguntas.

As entrevistas foram transcritas e analisadas com base na análise do conteúdo a partir dos recortes das principais falas das crianças que tiveram mais proximidade e que se diferenciaram.

De acordo com Severino (2011), análise de conteúdo é uma metodologia de tratamento e análise das informações de um documento. Tem como objetivo interpretar as mensagens, envolve a análise do conteúdo, os enunciados do discurso e a busca do significado das mensagens, pois a linguagem, expressão verbal e os enunciados são indispensáveis para a compreensão dos problemas ligados às práticas humanas e os componentes psicossociais. As mensagens podem ser: verbais, orais, escritas, gestuais, documentais e figurativas obtidos por meio de entrevistas, perguntas e depoimentos. A análise busca descrever e interpretar o que está por detrás o conteúdo para melhor compreender os problemas que estão relacionados.

Os participantes desta pesquisa foram avaliados respeitando as normas de pesquisa de Envolvimento Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa já teve a aprovação pela Plataforma Brasil e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará, nº do parecer 1.337.294. (CEP, ANEXO- A)

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa obteve como benefício, aos participantes, possibilitar a consciência dos impactos negativos da queimadura no lúdico, em sua qualidade do viver e em seu engajamento ocupacional. Para o indivíduo participante desta pesquisa, o risco foi a revelação de sua identidade. A fim de minimizar tais riscos, os pesquisadores mantiveram o compromisso de preservar em sigilo a identidade dos sujeitos durante a realização do trabalho e na apresentação da coleta de dados do mesmo. Além disso, todos os pontos do TCLE foram debatidos e esclarecidos com os responsáveis, de modo que estes sentiram-se seguros quanto a participação da criança pela qual estão responsáveis no estudo.

Para os pesquisadores, obtiveram como benefício o êxito na realização da pesquisa, contribuindo com seu crescimento profissional, intelectual e pessoal. Para os pesquisadores existiu o risco da não aceitação por parte dos sujeitos em participar do estudo. Para minimizar tal risco, a pesquisa foi explicada detalhadamente aos usuários, demonstrando sua relevância para todos os indivíduos envolvidos.

Para a comunidade acadêmica, esta pesquisa teve como ganho oferecer uma proposta para pesquisas futuras na área, bem como favorecer a profissão, fornecendo dados para intervenções mais precisas com crianças em situação de queimaduras.

Para a instituição, considera-se que o principal benefício foi a obtenção de dados diferenciados acerca da população estudada, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados. Para a instituição, o risco foi a divulgação de dados ou resultados errôneos. Para que isto fosse evitado, foi realizada e revisada uma análise precisa dos dados coletados e resultados obtidos.

Buscou-se estudar a forma e o significado na situação de queimadura, devido esse tipo de lesão ter como consequência danos que afetam diretamente as ocupações dos indivíduos, desta forma, surge a necessidade de uma compressão mais precisa referente a execução das ocupações, como eram realizadas antes e como estão sendo realizadas agora e qual o grau de importância era atribuído para esse fazer antes e depois do acidente e o impacto que isso tem na saúde desses indivíduos.

6 SOBRE A FORMA DO BRINCAR DE CRIANÇAS ANTES E DEPOIS DA SITUAÇÃO DE QUEIMADURA

Para as análises dos resultados, foi adotada a metodologia da análise de conteúdo, sendo construída em categorias, relacionadas ao discurso dos sujeitos participantes da pesquisa. Cada participante foi identificado com nome fictício de um personagem (ex. Chaves, Batman, Ariel, Tiana, Homem de Ferro, Cinderela etc.), como forma de preservar sua identidade. Nesta unidade, abordaremos o resultado relacionado à forma ocupacional do brincar para a criança em situação de queimadura, apresentando-o em 5 categorias de análise: **rotina ocupacional, privação lúdica, tipos de brincadeiras, parceiros sociais, ambiente e tempo.**

A forma ocupacional acontece da interação da atividade com o ambiente, necessita de uma unidade física, social e temporal mas não como três aspectos separados e sim como uma entidade. A atividade passa a ser considerada forma ocupacional quando acontece em um local específico, com materiais e espaço determinados, dentro de uma cultura e grupo social em um determinado tempo, todos esses aspectos configuram a forma ocupacional (CARRASCO, J.M; OLIVARES, D.A, 2008).

Considerando a forma ocupacional da atividade de brincar, esta acontece em um determinado ambiente, que pode ser na própria casa da criança, na casa de amigos ou de algum parente, a criança brinca com seus próprios brinquedos tendo aquelas brincadeiras que são suas preferidas que lhe trazem prazer e acontecem em um determinado tempo de acordo com o cotidiano vivenciado pela criança, além disso, a criança tem seus próprios parceiros sociais com quem já possui um vínculo fortalecido. Ao se deparar com a situação de queimadura e o período de hospitalização, a criança sofre um afastamento da sua rotina e de tudo aquilo que ela conhecia e passa a vivenciar novas experiências modificando sua forma ocupacional.

Nesta perspectiva, buscou-se compreender a forma ocupacional do brincar das crianças antes e depois da situação de queimadura, ainda no período hospitalar para possibilitar um melhor entendimento acerca da importância da execução da ocupação de brincar no cotidiano das crianças.

Desta forma, entende-se que a hospitalização afasta a criança do ambiente familiar, ela passa a ter que lidar diariamente com a dor e limitações físicas, ou seja, a criança é afastada da sua vida cotidiana (MITRE; GOMES, 2004), assim como, dos seus papéis ocupacionais e da sua principal ocupação, o brincar.

A partir das considerações feitas pelos sujeitos desta pesquisa, sobre como eles desempenhavam o brincar antes do acidente de queimadura, foi possível a criação desta categoria de análise **rotina ocupacional**, da qual se pontua o equilíbrio entres as ocupações que eram satisfatórias. A forma ocupacional, perpassava-se em torno de atividades que eram satisfatórias, atividades entre estas como: visitar casas de parentes, frequentar a escola e envolver-se na sua principal ocupação, o brincar, onde exerciam o engajamento ocupacional no papel de brincante.

“Ia pra escola, de tarde ficava brincando com meu irmão, ai ia pra minha bola, às vezes, e pra casa do amigo da mamãe”. (HOMEM DE FERRO)

“Eu ia brincar, empinar pipa, às vezes. Quando eu acordava eu ia pra escola, chegava em casa, almoçava, esperava um tempinho e ia brincar; às vezes ia brincar de bola”. (CHAVES).

“Eu ia pra escola, jogava futebol de tarde, pescava peixe[...] Eu tenho um anzol lá, eu andava de bicicleta, às vezes, brincava com meu carro[...]. Às vezes eu não brinco, só brinco dentro de casa.” (BATMAN)

“Eu ia pra escola, brincava na escola, quando eu voltava ia assistir desenho e de tarde eu ia brincar”. (ARIEL)

Os relatos enfatizam que no cotidiano desenvolvidos pelos participantes antes da situação de queimadura, o equilíbrio ocupacional produzido pelas áreas de desempenho garantia a manutenção da saúde e do bem estar, atrelados ao exercício da realização de ocupações, que lhe eram prazerosas e com significado, além de manter o desenvolvimento de atividades que eram obrigatórias, a exemplo atividades de vida diária e atividades escolares

A forma ocupacional desempenhada antes, relacionava-se, a atividades atreladas aos hábitos, rotinas e papéis ocupacionais, dentre estes observamos os de estudante, amigo, filho. Entretanto, observamos o destaque do papel de brincante. Para as crianças, executar este papel torna-se fundamental na aquisição de autonomia como também na reafirmação de sua personalidade.

Nesta unidade, apresentaremos as falas dos participantes, que refletem acerca das percepções da forma ocupacional do brincar, depois do acidente de queimadura, no contexto hospitalar. Para explanar esta análise, criou-se a categoria **privação lúdica**. Da qual

observamos, que o contexto hospitalar produz uma mudança no engajamento, exploração e participação do brincar.

Durante os relatos dos participantes da pesquisa, podemos observar que o contexto hospitalar provocou mudanças na forma dos tipos de brincadeiras desempenhadas, tornando-as voltadas mais para o contexto de atividades de vida diárias (AVD's) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD's). Como evidenciado nos relatos dos sujeitos participantes: “*Só fico aí na cama, sento aqui e assisto (televisão) (HOMEM DE FERRO)*”; “*Legal, eu cumo, jogo toda hora (no celular), tomo soro, remédio e assisto televisão (sic) (BATMAN)*”.

Para os participantes nota-se a alteração produzida pelo contexto hospitalar, transformando o brincar, que antes era libertário e autônomo, formado de personalidade, para um brincar sem exploração, sendo ressignificado por um brincar sem participação, sem interação com outros parceiros, sem motivação.

O brincar antes exploratório, que permitia a criança a imaginar, criar, interagir, dá lugar a um brincar voltado a tecnologia, como podemos ver no relato do participante Batman que utiliza o celular para desenvolver uma nova forma de brincar. E observamos também, a privação do brincar livre, dando lugar ao brincar mais contido, como notamos no relato do participante Homem de Ferro, que agora desenvolve um brincar mais voltado para a AIVD do que para o brincar de antes, que eram brincadeiras de movimentos.

As AIVD's ganham destaque no contexto hospitalar por serem, atividades que não necessitam de muitos recursos para estimular o brincar. Dentro do hospital nota-se a limitação de brinquedos, o próprio espaço produzido pelo CTQ não favorece a estimulação de brincadeiras de movimento (correr, pular quintal, subir em árvores, esconde-esconde etc.). O espaço que o CTQ disponibiliza para o desenvolvimento de brincadeiras, limitam os participantes a desenvolverem somente atividades pedagógicas, como pinturas, e desenhos. Provocando uma privação lúdica e autonômica, por esse motivo é muito mais interessante para os participantes, ressignificarem a forma de brincar e envolver-se em brincadeiras através das AIVD's.

Pois estas AIVD'S, permitem que eles possam ser autônomos, pois eles decidem os jogos, os canais de TV que irão assistir, embora essa nova forma de brincar seja limitada, pois existem horários e o que os participantes têm de mais próximo da exploração e autonomia do brincar original.

Em outros relatos podemos notar as modificações que ocorreram no brincar produzido por mudanças no ambiente, no tipo de atividade e na rotina como um todo, conforme

observamos na fala da participante Ariel: “*Ehhh, antes desse dia foi ruim, fui pro bloco, ontem e anteontem, também, foi só esses dois dias[...] Agora! Eu vou tomar banho, tomo banho aqui!*”. Devido as regras que são estabelecidas na instituição, com horários para banho, alimentação, medicamento e até para o brincar, percebe-se uma mudança até mesmo no engajamento em atividades, antes as crianças envolviam-se em atividades livres, em brincadeiras mais radicais e no ambiente hospitalar devido as condições clínicas isso não é possível. Fica evidente a quebra de rotina, costumes, hábitos e papéis ocupacionais. Agora, as AIVD’s são significadas como brincar, modificando-se a forma de envolver-se

Observamos também a privação lúdica, provocando como consequência a ociosidade nas crianças, como podemos verificar na narrativa do participante “*Eu fico aqui, vou pra li tomar uma água, vou até uma janela com vidro e fico lá vendo (CHAVES)*”. Nota-se que para o participante Chaves não se engajar em nenhuma forma de brincadeira, torna-se desmotivador. Devido o hospital limitar a utilização de brinquedos e as próprias condições clínicas dos participantes, o não engajamento no brincar torna-se uma janela para a ociosidade e insatisfação com a sua nova rotina ocupacional.

Embora o CQT, disponibilize um espaço lúdico, para algumas crianças o que, percebemos é que o engajamento em AIVDS, AVD’S e na própria ociosidade, torna-se mais interessante do que os possíveis “brincades” oferecidos pelo espaço lúdico do hospital, uma vez que a forma ocupacional que as referidas crianças compreendem, o brincar volta-se para o entendimento do brincar como exploração, como Ferland (2006) caracteriza a criança nesta faixa etária da pesquisa como “O grande explorador”, ou seja, os brincades evocam desafio, espaços abertos, motivação, fatores estes nem sempre são explorados pelo ambiente hospitalar.

A hospitalização afasta a criança de sua vida cotidiana, do seu ambiente familiar, promovendo uma experiência desconhecida e desagradável. Pois, a rotina hospitalar, é introduzida com regras, limitações. Tais limitações influenciam diretamente na principal ocupação desenvolvida por elas, o brincar (MITRE; GOMES, 2003).

O brincar surge como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras. A criança, ao passar pelo processo de hospitalização, sofre a modificação no brincar, como na forma de desenvolver seu papel de brincante. Essa modificação pode alterar a criatividade, devido vivenciar um ambiente que não lhe traz liberdade, lhe privando de exercer seus hábitos e rituais. Percebe-se que para as crianças, após o processo de hospitalização, as mudanças na rotina ocupacional, pode provocar uma despersonalização de sua identidade ocupacional e

papéis, lhe acrescentando o novo status de doente, comprometendo o desempenho das ocupações, assim como proporcionando a privação ocupacional.

Iremos analisar nesta categoria quais brincadeiras as crianças desempenhavam em seu cotidiano antes do processo de hospitalização. Deste modo, para identificar esta unidade criou-se a categoria **tipos de brincadeiras**, tendo em vista que antes da situação de queimadura, os participantes residiam no interior do estado, e possuíam brincadeiras relacionadas à exploração do ambiente (ex. subir em árvores, pescar, empinar pipas ou brincadeiras como andar de bicicleta e jogar futebol, etc.). As crianças costumavam brincar com seus próprios brinquedos, conforme podemos observar no relato do participante, “*Futebol, pescava, brincava com carrinho lá em casa, e, andava de bicicleta, empinava pipa (BATMAN)*”. A liberdade de escolher os próprios brinquedo, de decidir o rumo que as brincadeiras teriam, é o que observamos nos relatos dos participantes antes da situação de queimadura.

Analisando o tipo de brincadeira desenvolvida podemos compreender os participantes como segundo Ferland (2006), na fase grande explorador, onde iniciam suas brincadeiras explorando os ambientes, imaginando, fantasiando. Observamos no relato do participante “*Às vezes, subia em árvore ficava contando uns negócios[...]empinava pipa (CHAVES)*”. O brincar ganha destaque, tornando-se uma brincadeira por excelência, a partir deles as habilidades motoras melhoram, começam a ter maior domínio do corpo. Nesta fase as crianças aprendem a andar de bicicleta, conseguem cortar com a tesoura, utilizam os brinquedos de maneiras criativas.

No brincar por excelência observamos, o domínio de brincadeiras cooperativas, as brincadeiras tonam-se grupais, conforme notamos no relato: “*Andar de bicicleta, brincava com minha amiga Luna e cortar papel, cortava muito, eu gosto muito (ARIEL)*”. O brincar permite que a criança se descubra no mundo, crie habilidades, se adapte a situações. É através do engajamento no brincar que a criança soluciona problemas, enfrenta o risco do fracasso experimenta a liberdade de ser autônoma.

O engajamento no brincar, promove o desenvolvimento da identidade ocupacional e a manutenção do papel de brincante. Através do brincar a criança, segundo a AOTA (2015), cria consciência de sua personalidade, desenvolvendo de duas formas do brincar, participativo ou exploratório. Para os entrevistados o desenvolvimento do brincar exploratório, ao identificar as atividades lúdicas preferidas. Observa-se que antes do acidente de queimadura, as crianças obtinham predileção à exploração de brincadeiras locomotoras, como correr, pular, subir em árvores, andar de bicicleta e brincadeiras sociais que envolviam o contato

físico, tais brincadeiras proporcionavam nas crianças, de acordo com a Ferland (2006), diversas sensações, como o prazer, tornado a atividade significativa.

A participação no brincar, ocorre de forma equilibrada, tendo em vista que a criança, consegue manter o equilíbrio entre o brincar e demais ocupações. A criança antes do processo de queimadura desenvolvia o engajamento no brincar de forma significativa e satisfatória, permitindo que seu desenvolvimento fosse expressivo, criativo e com valor.

No ambiente hospitalar as crianças deparam-se com mudanças na sua forma de brincar, os recursos disponíveis já não são os mesmos, os tipos de brincadeiras são diferentes devido ao quadro clínico e as restrições ao leito. Se ao brincar a criança não desperta em si o prazer e a motivação, esta atividade não configura-se brincar.

Percebeu-se que depois do processo de queimadura, os tipos de brincadeiras modificaram-se, agora as crianças executam em um espaço disponibilizado pelo CTQ, através dos profissionais de humanização. Durante a execução das atividades dentro da instituição observamos, um momento de lazer para as crianças onde são levados alguns desenhos e disponibilizado lápis de cor para elas pintarem, entretanto existem participantes que não se engajam nas brincadeiras da forma como gostariam, como podemos observar no relato de Elsa: *“Eu pinto[...]minha mãe que pinta pra mim, que eu não dou conta”*. Algumas crianças não participam dessa atividade e não consideram essa atividade como brincar. *“Eu fico assistindo (televisão), peço o celular pra mamãe, pra brincar (CHAVES)”*. As crianças costumam brincar no celular no leito, de assistir televisão, de boneca e algumas possuem queimaduras em partes do corpo que dificultam a execução da atividade então participam indiretamente da brincadeira.

De acordo com Figueiredo; Souza; Silva (2013), o brincar é um processo essencial na infância é considerado uma ocupação fundamental, pois permite que a criança vivencie novas experiências, promove aprendizagens significativas e contribui para a formação da personalidade. O brincar produzido pelos participantes depois do processo de queimadura, acaba modificando-se na forma ocupacional de desenvolver o brincar. As brincadeiras produzidas pelo contexto hospitalar, são brincadeiras de se expressar de maneira verbal, como no caso da participante Elsa, que solicitava para a genitora, que realizasse a pintura dos desenhos. Constatou-se também, a modificação dos tipos de brinquedos, como no caso da criança Chaves, que ao sofrer o processo de hospitalização, teve modificação no tipo de brinquedo utilizado, tendo que utilizar do celular para poder participar de um brincar efetivo.

Observamos que a mudança nos tipos de brincadeira, provocam nas crianças uma privação do papel ocupacional de brincante. Evidenciamos isso no relato da participante Elsa,

que não consegue desenhar por ter queimaduras de 2º grau em ambas mãos, necessitando do auxílio da genitora. Compreendemos que se a criança que desenvolve suas próprias brincadeiras, não se engaja, não se motiva, a atividade produzida não é brincar. Partindo deste princípio, nos perguntamos: as crianças em situação de queimadura conseguem se engajar no brincar, no contexto hospitalar?

Pelas condições limitantes no quadro clínico das crianças e pela própria exigência de alguns brincar, que devido a condição clínica, não são possíveis de serem desenvolvidos. As crianças no CTQ, ficam limitadas com brinquedos que não são seus, com atividades que não trazem motivação, não aguçam seus desejos de criatividade e descoberta. As atividades no CTQ, limitam-se a atividades de pinturas e desenho, o próprio espaço é limitante quando não permitem que se possam desenvolver brincadeiras de movimento.

O brinquedo permite diversas formas de utilização, estimula a representação, já que não existe uma estrutura pré-estabelecida para o seu manuseio. O brinquedo coloca a criança na presença de reproduções: tudo que existe no cotidiano, a natureza e as construções humanas. Pode-se dizer que um dos objetivos do brinquedo é dar a criança um substituto dos objetos reais na proposta de manipulá-los (KISHIMOTO,1996).

Embora a utilização dos brinquedos promova na criança a reprodução do cotidiano, e a estimulação do desenvolvimento, quando utilizado em um ambiente com regras e privações de liberdade, pode provocar um sentimento de insatisfação na participação do brincar, e modificação do papel de brincante.

Para as crianças participantes da pesquisa, evidenciou-se o desequilíbrio que o contexto hospitalar proporcionou tanto para as ocupações, quanto para os papéis. Da mesma forma, com a privação e a ressignificação do seu principal papel, o de brincante.

Nesta categoria será analisado como o contexto que a criança está inserida pode interferir na sua forma de brincar, pois este pode ser um facilitador ou limitar a execução desta ocupação, essa categoria foi nomeada **ambiente**. Ao brincar a criança é capaz de se expressar, projetando na sua nova rotina de brincadeiras, o que está acontecendo com ela, interferindo ativamente nos padrões de desempenho que ela desenvolve.

Um fator que modifica durante o processo de hospitalização é o ambiente, pois, antes a criança estava acostumada a brincar em casa ou na casa de parentes e de colegas e em lugares que ela conhecia e estava acostumada a frequentar exercendo sua principal ocupação, o brincar. Existia uma interação entre a criança e o ambiente, como demonstrado na fala do participante Chaves ao relatar onde costumava brincar: *“No campo, às vezes quando eles não jogam nós empina pipa lá (sic)”* percebe-se neste relato que a criança estava acostumada a

brincar no campo em um espaço aberto que permitia que ele executasse a brincadeira de sua preferência, desta forma, o ambiente atuava como um facilitador por proporcionar que a criança obtivesse essas experiências e sensações.

O ambiente que a criança realiza seu cotidiano, influencia no seu desenvolvimento, pois, oferece suporte para suas ações. Os participantes, demonstram que antes do processo de hospitalização, o cotidiano era marcado por ambientes que produzia na criança autonomia no desenvolvimento do brincar, além de produzir o equilíbrio ocupacional, nos padrões de desempenho. Conforme observamos na fala da participante da pesquisa:

“Na casa da minha avó, porque ela deixava eu fazer tudo lá, em casa não pode, nem tudo[...] De tudo! Só na piscina que eu brincava em casa” (ARIEL)

De acordo com Nunes et al (2013), o desenvolvimento da criança ocorre dentro de um ambiente influenciado por um complexo de interações que acontecem no cotidiano da criança, desta forma, a interação da criança com o ambiente em sua volta é essencial para o seu desenvolvimento, possibilitando uma expansão do seu repertório. Desta forma, o ambiente permite à criança expressar seus desejos, adaptar-se e interagir, ajudando assim a viver melhor em seu cotidiano. Quando a criança brinca, decide qual brinquedo utilizar, os parceiros e escolhe o ambiente, como por exemplo nas falas: *“Na escola e em casa, no quarto (BELA)”*, *“Lá no quintal (CINDERELA)”*; ela experimenta o brincar como incitador para o desenvolvimento da sua autonomia, ajudando assim na individualidade e identidade ocupacional.

Segundo Nunes et al (2013) As vivências do cotidiano relacionadas ao ambiente em que a criança frequenta, proporcionam amadurecimento de acordo com as experiências vivenciadas e auxiliam na construção da personalidade e no jeito de lidar com o mundo em que vive, assim como na aquisição de vínculos com os parceiros de brincadeiras, permite que a criança expresse suas vontades e estimula uma participação social, como na fala da participante Bela, quando ela relata que brinca na escola, que é um lugar de grande interação e que permite que a criança conviva com diversas outras.

Porém, quando a criança encontra-se no ambiente hospitalar passa por uma quebra da sua rotina e encontra-se em um ambiente desconhecido, traumático onde ela não possui tanta liberdade devido as regras da instituição, necessitando adaptar-se à nova realidade, que contém uma rotina própria e uma nova disposição de espaço.

Em nossa pesquisa observamos que as crianças possuíam apenas uma área para realização do brincar, com alguns brinquedos disponíveis, uma área fora dos leitos para

circular e o leito para realizar suas brincadeiras, sendo que na hora que estava ocorrendo a atividade proporcionada pelos profissionais da humanização, algumas crianças encontravam-se realizando algum procedimento da instituição. Conforme alguns diálogos: “*Fico deitado na cama tomando soro (CHAVES)*”, “*Na cama (leito) (BELA)*”. Isso demonstra que o ambiente hospitalar com suas regras, limitações de espaço e horários próprios causam modificações na forma de brincar da criança, visto que antes ela brincava em lugares abertos como campos e quintais e no hospital, devido ao quadro clínico, horário do banho, curativos e medicamentos faz com que por vezes a criança não participe das atividades lúdicas oferecidas pela instituição e dificulta a interação com as outras crianças.

Durante o período de hospitalização a criança passa maior parte do tempo restrita ao leito, cercada de pessoas estranhas que normalmente lhe trazem mais dor e sofrimento, essa dor que é representada nas agulhas, cortes, medicações e pela própria queimadura. Até mesmo os estímulos como cheiro, sons e imagens do ambiente hospitalar são diferenciados do ambiente anterior no qual a criança estava inserida (OLIVEIRA; DANTAS; FONSECA, 2004). Todas essas situações obrigam a criança a adaptar-se devido à falta de suporte e acolhimento para as ações que devem ser oferecidas pelo ambiente. Em nossa pesquisa foi possível observar essas adaptações, dentro do ambiente hospitalar a criança é obrigada a adaptar suas brincadeiras, como citado nos relatos dos participantes acima, por passarem mais tempo nos leitos substituem as brincadeiras pelas AIVD’S.

Durante a pesquisa observamos que ocorreram diversas mudanças no cotidiano das crianças hospitalizadas em situação de queimadura, entre elas, os parceiros que costumavam brincar antes do acidente, desta forma denominamos esta categoria **os parceiros sociais**. Quando as crianças são afastadas da sua rotina, os coleguinhas com os quais costumavam brincar modificam, pois antes do acidente, parte das crianças costumava brincar com seus irmãos, como observamos nas seguintes falas: “*Um bocado de gente[...] meu irmão, meus colegas de lá que eu conheço (CHAVES)*”, “*Com minhas primas (BELA)*”, “*Era[...] com um bocado de gente que eu brincava só não me lembro o nome[...] com minhas amigas Lorena e Hávila (TIANA)*”.

As crianças possuem vínculos com seus parceiros sociais, esses fazem parte da rotina delas, principalmente quando possuem laços familiares como os irmãos. A interação social é um elemento importante no desenvolvimento da criança, quando se interage com outra pessoa são realizadas diversas trocas de experiências, contudo, nós aprendemos e ensinamos em nossas interações sociais e isso ocorre com as crianças quando elas brincam umas com as outras.

De acordo com a Ferland (2006), o brincar possibilita a interação da criança com o outro, ela pode brincar sozinha com o seu brinquedo, porém quando duas crianças se juntam para brincar elas experimentam comunicar suas ideias e levar em conta a opinião do outro, desenvolvem habilidades de relação com o outro para tornar a brincadeira agradável. Se observarmos, as crianças gostam de estar umas com as outras, pois todos temos necessidade sociais, as crianças criam laços afetivos ao brincar com pessoas do seu convívio das quais já possuem uma relação consolidada.

No ambiente hospitalar as crianças passam pelo afastamento dos seus parceiros sociais com os quais estão acostumadas, porém isso possibilita a criação de novos vínculos como na fala da participante: *“Com as meninas aqui da outra enfermaria (TIANA)”*. Durante a pesquisa observou-se que algumas crianças acabam brincando com crianças de outras enfermarias ou acabam criando vínculos entre si e brincando com crianças da mesma enfermaria, conforme fica evidenciado nas falas: *“O menino que saiu (saiu da enfermaria) ai, o pé dele tá coisa, a gente fica só sentado tomando soro (sic) (CHAVES)”*, *“Só com ela, (colega do outro leito) não tenho outras amigas (CINDERELA)”*. Porém, esse vínculo pode ser rompido quando uma das crianças recebe alta de acordo com o relato: *“Quem eu brincava já foi, pegou alta (sic) (ARIEL)”*. Isso causa na criança uma nova quebra de vínculo visto que, dependendo do tempo de internação, as crianças convivem um longo período. As crianças hospitalizadas em situação de queimadura, por vezes, relatam saudade de casa e principalmente dos seus amiguinhos com quem costumavam brincar.

As ocupações desenvolvidas pelas crianças antes do acidente de queimadura, aconteciam em um contexto, tinham um objetivo e duravam por um período de tempo. Desta forma, nesta unidade, para compreendermos a análise, criou-se a categoria **tempo**. Observamos que as atividades desenvolvidas, eram auxiliadas pela interação do ambiente e tempo. O período quem as crianças desenvolviam as atividades, era fundamental para a manutenção do equilíbrio entre os padrões de desempenho e construção da identidade ocupacional.

*“Eu brincava de manhã na escola, depois de vim da escola de tarde e de noite eu brincava um pouco.”
(ARIEL)*

As crianças participantes desenvolviam as suas atividades pelo período da manhã e da tarde, como observamos na narrativa dos participantes: *“Brincava mais de manhã e de tarde (HOMEM DE FERRO)”*, *“De tarde[...], é que de noite eu não costumava brincar*

(BATMAN)”, “*De manhã [...] de tarde também, não brincava de noite (CINDERELA)*”. Os sujeitos da pesquisa, utilizavam as ocupações escolares e rotina domiciliar para o desenvolvimento do brincar. Cada ação era desenvolvida em horários, com autonomia, nota-se que pela manhã as brincadeiras estão atreladas à ocupação escolar, devido a grande maioria dos participantes estudarem pela manhã. Observamos neste período, o equilíbrio dos papéis desenvolvidos em que a criança lidava com a situação de ser estudante, amigo e brincante.

No período vespertino, notamos que as brincadeiras mudavam de configurações, agora em ambientes domésticos ou em ambientes que não tinham horários, como ruas, praças, igarapés, nestes ambientes notamos que o brincar era produzido por brincadeiras de correr, saltar, empinar pipa, pular no quintal, pular em igarapés, subir e descer, etc. O período noturno limitava as escolhas das brincadeiras, por esse motivo observamos que os participantes não brincavam neste período.

Para as crianças depois do acidente de queimadura a forma ocupacional no brincar, se permeou entre a privação de escolha do desenvolvimento de suas ocupações, ocasionando uma adaptação nas situações e contextos conforme os relatos abaixo:

“De noite[...] E, eu só ando de manhã, pra não ficar tonta, por causa dos remédios, mas brinco de noite [...]De tarde eu brinco no celular da minha mãe”.
(TIANA)

“De manhã, nos joga[...] Não, de manhã eu ligo pra minha irmã, pro meu pai, pra minha avó. Até que[...] de tarde eu jogo, e de noite eu assisto televisão, as vezes eu fico no remédio e no soro (sic)”. (BATMAN)

Conforme as narrativas, o tempo de desenvolvimento do brincar modificou durante o processo de hospitalização, as crianças, desenvolvem em sua maioria, no período vespertino e noturno. “*De manhã, de tarde e de noite, só quando eu vou pro bloco que não brinco (ARIEL)*”. Essa modificação se deu, devido durante a rotina hospitalar a maioria dos procedimentos acontecerem durante o período matutino. Geralmente é durante esse período que elas encontram-se mais chorosas, sonolentas e propensas a estarem deprimidas.

O ambiente hospitalar pode permitir com que as crianças vivenciem a quebra da rotina, causado por um ritmo letificado, o tempo passa em função das visitas médicas e da equipe multiprofissional, pela dor provocada pelas lesões da queimadura, as trocas de curativos e procedimentos cirúrgicos (ADAM; HERZLICH, 2001; TAKATORI; OSHIRU; OTASHIMA, 2004 PARBHOO et al, 2010).

Observamos que durante o desenvolvimento do brincar no CTQ, o tempo modifica-se, devido as crianças participantes, ressignificarem os tipos de brincadeiras, agora com atividades voltadas para as AIVD's e AVD's, que não exigem mais a execução da motricidade global. Observamos também, que o período vespertino é onde ocorrem com menor frequência os processos invasivos, facilitando para que a nova forma de engajar-se no brincar ocorra.

A modificação da rotina ocupacional, provocada pelo processo de hospitalização, compromete o desenvolvimento das ocupações infantis. A criança fica limitada de desenvolver suas atividades e papéis, esse desequilíbrio provocado pela hospitalização repercute causando modificações no tempo, ambiente, parceiros, rituais, hábitos e papéis. A criança em situação de queimadura passa a lidar com o desequilíbrio ocupacional, que lhe contribui para a construção de uma lacuna ocupacional, modificando a participação, exploração e o engajamento no brincar.

7 SOBRE O SIGNIFICADO DO BRINCAR DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA

Nesta unidade, abordaremos o resultado relacionado ao significado ocupacional do brincar para a criança em situação de queimadura, apresentando-o em 3 categorias de análise: **o brincar do bem-estar; brincar da saudade; e dor.**

O significado é o termo mais utilizado para a interpretação de ocupação, é através dele que o indivíduo experimenta a subjetividade da participação em ocupações relevantes. Ele é entendido como uma interpretação individual de uma forma ocupacional, que se utiliza do senso de percepção e associações cognitivas próprias de cada indivíduo (GARCÍA; SCHLIEBENER; TORRICO, 2008).

Cada criança possui sua singularidade na hora de brincar. Embora as brincadeiras sejam as mesmas os significados atribuídos são diferentes, cada uma apresenta uma motivação para realizar a brincadeira e isso acontece porque os significados das ocupações são construídos a partir de experiências subjetivas e valores pessoais, a forma ocupacional de como a brincadeira acontece para cada criança contribui para a formação do significado. Desta forma, buscou-se compreender o significado do brincar atribuído pelas crianças hospitalizadas em situação de queimadura antes e depois do acidente.

O significado do brincar é entendido como algo subjetivo e pessoal, cada criança pode atribuir um valor e significado ao realizar uma mesma brincadeira. Isso ocorre porque cada pessoa atribui um significado individualizado a seus fazeres. Diante disso, a ocupação torna-se tudo aquilo que fazemos, incluindo ações, tarefas, atividades, pensar e ser (AYUSO, 2010). Ao trazermos essa afirmação, para a realidade da criança em situação de queimadura, podemos dizer que a ocupação vai além do brincar, sendo também a construção da identidade ocupacional, a confirmação na sociedade do papel ocupacional de amigos, estudante e de brincante.

A partir das considerações feitas pelos participantes desta pesquisa, foi possível a criação desta categoria de análise **brincar do bem-estar**, da qual se pontua, antes do acidente por queimadura, as situações prazerosas, os compartilhamentos de sensações com amigos e familiares, além do bem estar, que as brincadeiras preferidas traziam. Desta forma, os relatos mostram os diferentes significados que o brincar trazia como ocupação, como observamos na narrativa dos sujeitos: “*Gostava, porque era legal [...] empinar pipa (CHAVES)*” e “*Era legal, eu gostava muito de cortar papel, era a minha única coisa preferida (ARIEL)*”. Observamos que para as crianças o brincar por excelência antes da situação de queimadura,

proporcionava a sensação de descoberta, como o domínio da motricidade fina ao cortar o papel, e poder a partir dele criar, fantasiar ou o domínio da motricidade global e partir dela poder participar e explorar a brincadeira preferida de empinar pipa. Para Soares et al (2009), brincar é um meio pelo qual as crianças podem preencher necessidades e satisfazer certos desejos, que muitas vezes não podem ser saciados em um determinado momento da vida.

Ao brincar a criança se motiva e lhe proporciona prazer. Antes do acidente de queimadura, percebemos que os participantes gostavam de brincar, porque este momento, lhe traziam bem-estar, afirmavam os papéis ocupacionais de amigos e brincantes, contribuía no desenvolvimento da identidade ocupacional, favorecendo o equilíbrio das ocupações remanescentes, como podemos notar nos relatos: *“Eu gostava muito de brincar com meus amigos (TIANA)”*. As brincadeiras para alguns participantes reafirmavam a construção de seus papéis ocupacionais, promovendo um equilíbrio.

Ao brincar, os participantes mostravam as sensações de prazer, de descobrimento. O brincar reafirmava a construção da identidade ocupacional, que caracteriza o ser criança. Como evidenciamos na narrativa do personagem: *“Eu gostava de brincar porque eu me divertia com meus primos (Choro) (HOMEM DE FERRO)”*. Brincando, o participante experimentava a sensação de prazer, de controle, descoberta do mundo à sua volta, as brincadeiras em grupos, permitiam criação, interação, formação de autonomia, além de promover a sensação, que a autora Ferland (2006, p.8) chamaria de “estar com as pessoas”. Esta agradável sensação de estar com pessoas ao brincar, reafirma na criança o prazer e a necessidade social de participar de ocupações.

O envolvimento nas ocupações, em especial no brincar, torna-se fundamental para a identidade, competência pessoal e influencia com o passar do tempo, as tomadas de decisões. Observamos deste modo, que ao compreender como a queimadura modifica o significado do brincar, ao afetar a identidade ocupacional, pode contribuir para o não engajamento e exploração de ocupações significativas, lhe proporcionando um desequilíbrio.

Quando a criança não brinca, percebemos que há um problema, do mesmo modo quando ela não come, ou dorme, a hospitalização traz para o contexto infantil, muitas modificações, entretanto, a experiência mais traumática que ela pode trazer a uma criança é a modificação na sua identidade e papel (Rezende, 2008). Ao ser hospitalizada, a criança lida com a configuração de um novo papel, o de doente. Desse modo, ao identificar o que contribui para as modificações do significado do brincar, podemos inferir que o desequilíbrio entre padrões de desempenho e papéis ocupacionais, afetam muito mais a qualidade do brincar, assim como o modo como essa criança vai se engajar.

Equilibrar os papéis ocupacionais de uma criança, permite que ela venha se engajar melhor no brincar, lhe contribuindo para a qualidade de vida e bem-estar. O equilíbrio dos papéis ocupacionais, permite que a criança entenda que dentro do contexto hospitalar ela ainda possui outros papéis ocupacionais, que também lhe são importantes como por exemplo: o de amigos, estudante, brincante, que vão além do papel de doente que por muitas vezes se sobressai nesse ambiente.

Nesta categoria **brincar da saudade**, apresentaremos as falas dos participantes, acerca das percepções do brincar depois do acidente por queimaduras. Nesta unidade, o brincar configura-se como uma experiência que remete a lembranças, é a saudade dos brinquedos preferidos, dos amigos, do ambiente e das brincadeiras. Como observamos no relato: “*Gostaria de tá lá em casa e brincar com meu irmão (sic) (HOMEM DE FERRO)*”. Nas experiências vivenciadas no ambiente hospitalar, através de uma forma do brincar modificada, os sujeitos passaram a ter uma visão diferenciada desta ocupação e a atribuem outros significados. Quando internado a criança passa a viver com regras que não estava acostumada, horários determinados para o desenvolvimento das brincadeiras, até mesmo um espaço que não lhe permite uma exploração adequada, a partir disso, algumas crianças conseguem perceber a diferença de participar de um brincar no ambiente doméstico para um brincar no ambiente hospitalar, conforme: “*Acho legal, mas é diferente do de lá de casa (sic) (CINDERELA)*”. As crianças hospitalizadas lidam com a saudade diariamente, alguns conseguem criar novos vínculos no hospital com outras crianças para brincar, porém sentem falta da sua casa, dos seus brinquedos e dos parceiros sociais isso fica evidenciado na fala da participante:

“Eh legal, porém eu já quero ir embora... Tô com saudade de uma pessoa, do meu irmão, meu parceiro, saliente nós pega o beco, só apronta (sic)”. (ARIEL)

O brincar promove a sensação de descoberta, prazer, permite a solução de problemas, a criança decide quando uma brincadeira começa e quando termina, seleciona quem participa, escolhe como vai explorar, em que parte terá maior destaque. O senso de criatividade expressa a personalidade das crianças e por meio do brincar ela decide o que se torna real. Quando a criança passa pelo processo de situação de queimadura, essas habilidades podem ficar prejudicadas, pois a queimadura repercute na criança como uma alteração física, que lhe traz sensações de estresses, medo e dor.

Nesta categoria iremos analisar a dor provocada pela situação de queimadura, como modificadora da participação e exploração do brincar no contexto hospitalar. Deste modo criou-se a categoria de análise: **dor**.

No ambiente hospitalar, ao passar por processos invasivos a criança não se desperta para a vontade de brincar, e uma vez que esse brincar não lhe gera mais prazer e sim lhe provoca dor, não pode ser considerado brincar.

Com a internação, o prazer sentido já não é sentido da mesma forma, devido encontrar-se em um ambiente limitante de espaço, brinquedos, parceiros e brincadeiras. Assim, as crianças ao estarem internadas e sentindo dor, não engajam-se da forma adequada, sofrendo perdas, nos papéis ocupacionais e na identidade ocupacional. A dor constante e intensa impossibilita a criança de ter um brincar prazeroso, como observamos no relato do sujeito: “*Às vezes é legal, as vezes é ruim porque tá queimado (sic). (CHAVES)*”

Segundo Ibarra et al (2008) Quando ocorre um encontro entre a forma ocupacional e a pessoa, constrói-se um significado que resulta na compreensão de uma interpretação perceptiva, simbólica e afetiva da forma ocupacional. Desta forma entende-se que o significado atribuído às ocupações, possuem valores afetivos e pessoais para cada pessoa e, se existe uma mudança na forma de realizar a ocupação os significados também se modificam. Por exemplo, nas entrevistas, as crianças relataram que brincam, porém, é um brincar diferenciado do que estavam acostumadas, assim essa ocupação já não desperta as mesmas sensações e motivações, fazendo com que a criança tenha uma outra percepção dessa ocupação.

Para Bomtempo (2003), afirma que crianças pertencentes a mesma cultura desenvolvem brincadeiras comuns, os quais em geral, trazem como representações do seu ambiente e contexto de vida diária, e no momento que se modificam, as brincadeiras também se modificam sendo possível afirmar que o ambiente também é responsável pelas condições em ele proporciona as brincadeiras.

Sendo o significado ocupacional algo subjetivo, compreende-se que o ambiente hospitalar vai despertar em cada criança uma percepção, então, algumas crianças podem achar o brincar dentro deste ambiente como algo ruim, onde ela não pode correr, pular, subir em árvores e nem brincar com seus parceiros sociais, por isso, a brincadeira se torna chata e entediante fazendo com que a criança sinta ainda mais saudade de casa. Porém, nem todas as crianças pensam dessa forma, para outras apesar das limitações, fazer novos amigos e brincar de outra forma não é visto como algo ruim são apenas diferentes de antes e todas essas experiências fazem com que a criança (re) signifique sua ocupação de brincar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa pesquisa concluímos que ocorrem mudanças significativas no cotidiano das crianças que sofrem o acidente de queimadura e por meio da ciência da ocupação foi possível notar como as crianças percebem o seu brincar antes e depois da hospitalização.

Antes do acidente as crianças tinham uma rotina própria iam para escola, brincavam com seus coleguinhas e realizavam suas AVD's e AIVD's, após o acidente as crianças passaram a lidar com o desconhecido, com as limitações do ambiente hospitalar, dor e a privação do brincar essa nova realidade modificou a forma do brincar e alterou o significado desta ocupação sendo antes uma atividade que trazia bem estar e prazer e depois do acidente o brincar foi substituído pelas AIVD's e por um brincar de saudade, pois as crianças sentiam falta de casa, dos seus parceiros sociais e dos seus brinquedos.

Desta forma os objetivos da pesquisa foram alcançados com os resultados obtidos, pois conseguimos compreender a forma e o significado do brincar para o público escolhido identificando os tipos de brincadeiras antes e depois da situação de queimadura e entendendo qual o significado do brincar durante a hospitalização.

Este trabalho obteve como benefício para os participantes a consciência dos impactos negativos da queimadura no cotidiano e principalmente na ocupação de brincar alterando a qualidade de vida e o desempenho ocupacional. Para os pesquisadores, o benefício foi o êxito da realização da pesquisa e o crescimento intelectual e profissional.

O trabalho também contribuiu com a comunidade acadêmica oferecendo uma proposta para pesquisas futuras na área, favorecendo a profissão e fornecendo dados para intervenções mais precisas com crianças em situação de queimadura.

Com a instituição a pesquisa contribuiu com a obtenção de dados acerca da população estudada possibilitando melhoria dos serviços prestados e enfatizando a importância de um espaço lúdico com a presença de um profissional da Terapia Ocupacional que possui uma visão referente a importância da ocupação do brincar para as crianças independentemente da situação de adoecimento, respeitando sempre as suas limitações.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.
- ALAMY, S. Crianças hospitalizadas. In: ALAMY, S. **Ensaio de psicologia hospitalar: a ausculta da alma**. Belo Horizonte: Edição Independente, 2007. p. 117-135.
- ALCÂNTARA, Débora Barbosa; DE BRITO, Cristiane Miryam Drumond. Projeto brincar e contar: a terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 3, 2012.
- AL-SHEHRI, M: The pattern of pediatric burn injuries in Southwestern Saudi Arabia. **West Afr J Med**. v. 23, n.4, 2008, p. 294-299
- ALVAREZ, E. et al. Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, n. 7, 2007, p. 76-82.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 26, p. 1-49, abr. 2015. ISSN 2238-6149. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>>. Acesso em: 30 jan. 2016.
- ARAÚJO, L. D. S; JORDÁN, N.F, MONCLUS, P. G; RODRIGUEZ, O. Ciencia de la ocupación y terapia ocupacional: sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, n. 11, nov. 2011, p.1-9.
- ARRUDA, C. Tratamento de queimados. In: CAVALCANTE, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 226-232,
- AYUSO, D. M. R. El sentido de la ocupación. In: GARCIA, M. L. G. Actas del IX Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional Galicia**, España, v. 7, 2010, p. 59-77. Suplemento 6.
- AZEVEDO, A. V. dos S. Equipe de saúde e o brincar da criança com queimaduras. **Estudo. Psicologia**. Campinas. vol.30, n.1, 2013, p. 57-65. ISSN 0103-166X.
- BERNZ, L.M; MIGNONI, I.S.P; PEREIMA, M.J.L; SOUZA, J.A; ARAÚJO, E.J; FEIJÓ, R. Análise das causas de óbitos de crianças queimadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1991 a 2008. **Rev Bras Queimaduras**. v. 8 nº 1, Jan/Fev/Mar de 2009, p. 9-13
- BOMTEMPO, E. A brincadeira de faz de conta: lugar do simbolismo, da representação, do imaginário. In: KISHOMOTO, T.M. **jogos e brinquedos, brincadeiras e a educação**. 7ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BUSNARDO, A. P. V. S; SCARAVELLI, T. M. G. Terapia Ocupacional Com O Paciente Queimado. In: CARLOS, M.R.P de; LUZO, M. C. de. M. **Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contexto Hospitalares**. São Paulo: Roca; 2004. p.184

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, p.9-20.

CARLSON, M; CLARK, F. The search for useful methodologies in occupational science. **The American Journal of Occupational Therapy**, March, Volume 45, number 3, 1991.

CARVALHO, S. M. de; KUHNEN, I. A; PEREIMA, M. J. L. Protocolo de padronização do perfil infeccioso de crianças internadas na unidade de queimados. **Rev Bras Queimaduras**. v. 12 n. 2, 2013, p. 120.

CARRASCO, J.M; OLIVARES, D.A. Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la Ocupación para la investigación y práctica de la Terapia Ocupacional. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago. 2008, p 1-15

CIFUENTES, Rocio et al. La casa de los sueños: ocupación, actividad transgresora y construcción de identidad. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 14, n. 2, 2014, p. 231-244.

CHIATTONE, H. B. C. A criança e a hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (ORG). **A psicologia no Hospital**. 2ª Ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2003, p.23-99

CLARK, F; LAWLOR, M. C. A Elaboração e o Significado da Ciência Ocupacional. In: CREPEU, E; COHN, E; SHELL, B. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2-14.

DA SILVA, A. K. C; DE AZEVEDO NETA, F. C; DE HOLANDA BESSA, M. S. O brincar como meio de intervenção terapêutica ocupacional na preparação de crianças para a balneoterapia. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 4, 2010, p. 146-154

DA SILVA NUNES, F. et al. Retratos do cotidiano de meninos de cinco e seis anos: a atividade de brincar/Daily portraits of five and six-year old boys: the play activity. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 2, 2013.

DEALEY, C. Fisiologia da cicatrização de feridas. In: Dealey, C. **Cuidando de feridas um guia para as enfermeiras**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 1-12.

ESPIÑEIRA, M. E. R. Perfil ocupacional del consumidor de drogas. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, n. 3, 2003, p. 48-58.

FERLAND, F. **O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2006.

GARCÍA.C. D; EXPÓSITO,C. L; GARCÍA, Á .P; SANZ. E. S; VELASCO, N. T. Crisis económica y disfunción ocupacional: efectos y propuestas de cambio en contexto de crisis. **Revista de Terapia Ocupacional Galicia**, coruña. n.20, nov.2014, p.1-19.

GARCÍA, D. U.; SCHLIEBENER, T. M.; TORRICO, M. P. Que significado le asignan un grupo de mujeres a las actividades para sí mismas? **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, v. 8, n. 8, 2008, p. 17-25.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa** / [organizado por]; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMEZ, D. de S; MATTAR, C. A; Aspectos gerais no tratamento do grande queimado. In: GREVE, J. M. D. **Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Rocca, 2007, p. 1224-1227.

GOMEZ, D. de S; ALMEIDA, P. C. C. de. Tratamento cirúrgico do queimado. In: GREVE, J. M. D. A. **Tratado de medicina e reabilitação**. São Paulo, Roca, 2007, p 1228-1236.

GIMENIZ-PASCHOAL, S.R; NASCIMENTO, E.N; PEREIRA, D.M; CARVALHO, F.F. **Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas**. Rev Paul Ped.2007.

GRAGNANI, A; FERREIRA, L.M. Pesquisa em queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. v. 8 nº 3 Jul/Ago/Set de 2009. p. 91-96.

GRIGOLATTO, T. et al. Intervenção terapêutica ocupacional em CTI pediátrico: um estudo de caso. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 16, n. 1, 2010.

GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS, I. Método qualitativo: um importante caminho no aprofundamento das investigações. In: GRUBITS, S; NORIEGA, J.A.V. **Métodos qualitativos: epidemiologia complementariedades e campos de aplicação**. SP; vetor.

IBARRA, P.A.C; KOLLER, E.H; RUEDI, M.H; ESPINOZA, L.V. Las ocupaciones de los hijos de padres con discapacidad. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, n 8, 2008, p. 79 - 93.

JÁUREGUI, J. G; LUCERO, D. C. Forma, función y significado de la conducción de automóviles en un grupo de adultos mayores residentes en Santiago de Chile. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago. vol. 13, n. 1, Ago. 2013, p. 23 - 32.

KISHIMOTO, Tizuco (org). **Jogo, brinquedo, brincadeira e educação**. São Paulo: Cortez,1996.

KENDRIK, D. Parenting Interventions for the prevention of unintentional injuries in children. **Evid Based Child Health**. v.8, n.3, p. 761.

KIELHOFNER, G. Los conceptos básicos de la ocupación humana. In: KIELHOFNER, G. **Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación**. 4 ed. Buenos Aires: Média Panamericana, 2011. p. 11-23.

LARSON, E; WOOD, W; CLARCK, F. Ciência Ocupacional: desarrollo de la ocupación a través de uma disciplina acadêmica. In: CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional**. Buenos Aires: Medica Panamericana, 2005. p. 16-26.

LEÃO, C. E.G. ANDRADE, E. S. DE; FABRINI, D. S; OLIVEIRA, R. A. DE; MACHADO G. L. B.; GONTIJO L.C. Epidemiology of burns in Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 26, n. 4, 2011, p. 573-577.

LILLO, S. G. La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**. Santiago, v. 3, n. 3, 2003, p. 43-47.

LOWELL, G; QUINLAN, K, GOTTLIEB, L.J: Preventing unintentional scald burns: Moving beyond tap water. **Pediatrics** HYPERLINK <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18829804>. 2008 Oct; v.122, n.4, p. 799-804.

MARCHESAN, Wether Guilherme; JR FARINA, Jayme Adriano. Tratamento da ferida queimada. In: JORGE, Silvia A; DANTAS, Sônia Regina P.E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MILLER, E; KUHANECK, H. Children's perceptions of play experiences and the development of play preferences: A qualitative study. **The American Journal of Occupational Therapy**, n.62, p.407-415.

MITRE, R. M. de A; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, 2004, p. 147-154.

MONTEIRO, L. S; COSTA, E. F; CORRÊA, V. A. C; FOLHA, O. A. de A. C. Sobre o significado das ocupações após o acidente por queimaduras. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 22, n. 2, 2014, p. 305-315.

MONTES, S. F; BARBOSA, M. H; SOUSA NETO, A. L. de. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. **Rev enferm USP**. 2011 v. 45, n. 2, p. 369-73.

MORGAN, E. D; BLEDSOE, S.C; BARKER, J. Ambulatory Management of Burns. **American Family Physician**. v.1, n. 62, Nov. 2000.

NELSON, D. Occupation: "form and performance". **American Journal of Occupational Therapy**. 1988.

NUNES, C. J. R. R. et al. A importância da brinquedoteca hospitalar e da Terapia Ocupacional sob a óptica da equipe de enfermagem de um hospital público do Distrito Federal. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. v. 21, n. 3, 2013.

OLIVEIRA, Gislene Farias de; DANTAS, Francisco Danilson Cruz; FONSECA, Patrícia Nunes da. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro. v. 7. n. 2. Dez, 2004. p. 37-54.

OLIVEIRA, F. P. S. de; FERREIRA, E. A. P.; CARMONA, S. S. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.** São Paulo. v. 19. n. 1. Abr. 2009. p. 19-34.

OLIVEIRA, M. S. C. M. Queimaduras In: TEIXEIRA, Erika; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B; OLIVEIRA, M. C de. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo: Roca, 2003. p. 106-107.

PACCIULIO, A. M; CARVALHO, T. S. E; PFEIFER, L. I. Atuação terapêutica ocupacional visando à promoção do desenvolvimento de uma criança em internação prolongada: um estudo de caso. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 19, n.1, Jan/Abr 2011. p. 93-99.

PARBHOO, A; QUINETTE, A. L; SOMERS.K. G. Short report: a profile of hospital-admitted pediatric burns patients in South Africa. **BMC Research Notes**. v.3, n.165, p.1, 2010.

PARHAM, L. D. The proper domain of occupational therapy research? **American Journal of Occupational Therapy**. 1998, p. 485-489.

PFEIFER L. I, SANTOS C. A, MARQUES E. M. A brinquedoteca sob a visão da terapia ocupacional: diferentes contextos. **Cad Ter Ocup, UFSCar**, São Carlos. 2006. p. 91-102.

PESSINA, M. A; ORROTH, A. C. Lesões por queimadura In: TROMBLY, C. A; RADOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Santos, 2005. p. 1025-1043.

PEDROSA, A. M.; MONTEIRO, H.; LINS, K.; PEDROSA, F.; MELO, C. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira. IMIP. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v. 7, n. 1. Recife. 2007. p. 99-106.

PIMENTEL, A.S.G; OLIVEIRA, I, B; ARAUJO, L, S. Pesquisa Qualitativa: aplicações em terapia ocupacional e psicologia. In: PIMENTEL, A.S.G; OLIVEIRA, I, B; ARAUJO, L, S. **Pesquisa qualitativas em terapia ocupacional**. 1 ed. Belém: Amazônia, 2009.

PFEIFER, L. I; MITRE, R. M. A. Terapia ocupacional, dor e cuidados paliativos na atenção à infância. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. **Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2008, p. 258-287.

PREZZAVENTO, G; Queimaduras por radiação. In: JÚNIOR, E. M. L; NOVAES, F. N; PICCOLO, N. S; SERRA, M. C. do. V. F. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 377-380.

PRUDENTE, P. M. Atuação do enfermeiro durante o atendimento pré-hospitalar a vítimas de queimaduras. **Rev Enferm UNISA**. N. 6. 2005. p.76.

REZENDE, M.B. O brincar e a intervenção da terapia ocupacional. In: DRUMMOND, A.F.; REZENDE, M.B. **Intervenções da Terapia Ocupacional**. Belo horizonte: UFMG, 2008.

REEVES, S. U. Queimaduras e reabilitação de queimaduras. In: PEDRETTI, L. W; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional capacidades práticas para disfunções físicas**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2004. p. 944-971.

RODRIGUES, J.J.L; BASTOS, N.N.A; COELHO, P.A.S; Terapia ocupacional em queimados: pesquisa bibliográfica acerca da reabilitação física junto a indivíduos com queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. v.13 n. 1, Jan/Fev/Mar de 2014, p. 11-17.

RODRIGUES, William. **Metodologia Científica**. Disponível em: http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/attach/64878127/Willian%2520Costa%2520Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf. Acesso em: 09. fev. 2015.

ROTH, J. J; HUGHES, W. B. Queimaduras químicas. In: ROTH, J. J; HUGHES, W. B. **Tratamento de queimaduras manual prático**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2006. p. 108-114.

RUIZ-TAGLE, A. E; TEJADA, P. O. L. de; ECHEVERRÍA, V. R. Explorando necesidades ocupacionales: un estudio de caso. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**. n. 9, 2009, p. 117-131.

RUDMAN, D.; DENNHARDT, S.; FOK, S. et al. A vision for occupational science: reflecting on our disciplinary culture. **Journal of occupational science**, v. 15(3), 2008

SALAS, E.N. Ciencia de la ocupación: caminos y perspectivas. **TOG (A CORUÑA)**, v.7, supl 6, p. 132-143, 2010.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, M. A. L. da. Queimaduras por elétricas. In: JÚNIOR, E. M. L; NOVAES, F. N; PICCOLO, N. S; SERRA, M. C. do. V. F. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 333.

SOARES, H, C, N; ARAÚJO, L, S; BECHARA, M, S. O brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência sexual: uma perspectiva fenomenológica. In: PIMENTEL, A.S.G; OLIVEIRA, I, B; ARAUJO, L, S. **Pesquisa qualitativas em terapia ocupacional**. 1 ed. Belém: Amazônia, 2009.

SODRÉ, C. T; AZULAY, D. R; AZULAY, R. D. A pele-estrutura, fisiologia e embriologia. In: AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 1-27.

SOUZA, L.P.S, SILVA, C.C, BRITO, J.C.A, SANTOS, A.P.O, FONSECA, A.D.G, LOPES, J.R, et al. O Brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **J Health Sci Inst**. v.30, n.4 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURA. **Estatísticas de queimaduras em crianças**. Disponível em: <http://sbqueimaduras.org.br/categoria/servicos/>. Acesso em: 09. Fev.2016.

TAKATORI, M; OSHIRO, M; OTASHIMA, C. O hospital e a assistência em terapia ocupacional com a população infantil. In: CARLO, M. M. R. P. D; LUZO, M C. D. M.

Terapia Ocupacional: Reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004. p. 256-274.

TEIXEIRA, S. R. dos S.; ALVES, J. M. O contexto das brincadeiras das crianças ribeirinhas da Ilha do Combu. **Psicol. Reflex. Crit.** vol.21, n.3, 2008, p.374-382.

TEXEIRA, E. **As três metodologias.** 5.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia de pesquisa clinico qualitativa.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VALE, E. C. S. do. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 9-19, Feb. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23. Out. 2016.

WILCOCK, A. A theory of the human need for occupation. **Journal of Occupational Science**, Sidney, v. 1, n. 1, p. 17-24, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **As crianças e as queimaduras.** Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Burns_portuguese.pdf. Acesso em: 09. Fev. 2016.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“A ABORDAGEM LÚDICA DA TERAPIA OCUPACIONAL: EM CRIANÇAS COM SITUAÇÃO DE QUEIMADURAS.”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, residente e domiciliado em _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF _____ nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo “A Abordagem Lúdica da Terapia Ocupacional: em Crianças Com Situação de Queimaduras”.

O participante da pesquisa fica ciente:

- I)** A pesquisa realizada tem como objetivo estabelecer a interface entre a Terapia Ocupacional - queimadura - lúdico, em crianças que estão no centro de queimados, através da aplicação de entrevista estruturada, aplicação de desenhos, utilizando também a gravações de áudio;
- II)** A coleta de dados será realizada a partir da aplicação dos desenhos, e da entrevista estruturas feita com as crianças usuárias do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), no decorrer dos meses citados na pesquisa, selecionados de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa;
- III)** O participante da pesquisa não é obrigado a responder as perguntas realizadas;
- IV)** A participação neste projeto não tem objetivo de submeter você a um tratamento, bem como não causará a você nenhum gasto;
- V)** O participante da pesquisa tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- VI)** A desistência não causará nenhum prejuízo a sua saúde ou bem estar físico. Bem como não deverá interferir no atendimento ou acompanhamento médico;
- VII)** As gravações serão utilizadas para colaborar com a análise dos dados; também poderão ser arquivadas por um Período de até 5 anos, para provável utilização de divulgação da pesquisa em congresso, palestras ou periódicos científicos, desde que resguardado a identidade do participante, respeitando os princípios éticos pertinentes a pesquisa com seres humanos.
- VIII)** A participação na pesquisa não causará nenhum risco à integridade física, psicológica, social e/ou intelectual do participante. Ressalta-se que o participante tem o livre direito de participar ou não da pesquisa, abandonando-a sem perdas de qualquer espécie e que as pesquisadoras se comprometem com o sigilo absoluto das informações obtidas, de modo que os participantes serão identificados por um nome fictício.
- IX)** Caso haja algum dano ou perda material durante o processo de coleta de dados, serão realizados os reparos ou reposições necessárias, respeitando o direito a indenização na forma da lei. Sendo também comunicado o referido risco ao pesquisador principal, para a tomada de providências cabíveis.

X) Os dados coletados por esta pesquisa serão utilizados para respaldar o projeto; assim como poderão ser utilizados em publicação de artigo e apresentação em Congresso, no sentido de promover conhecimento técnico-científico sobre o tema escolhido.

XI) O participante da pesquisa não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;

XII) O participante da pesquisa concorda que os resultados sejam divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados;

XIII) Caso o participante da pesquisa desejar poderá pessoalmente, ou por meio de telefone entrar em contato com o Pesquisador responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

Belém, _____ de _____ de 2016

Declaro que obtive todas as informações necessárias de forma clara e detalhada, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma autorizo a criança pela qual eu sou responsável a participar na referida pesquisa cima citada. Em caso de dúvidas poderei chamar as estudantes Brena da Silva Melo de Moura, Danielle de Fátima Ferreira Pereira (a) orientador(a) Cibele Ferreira Braga ou no telefone (91) 82285900 ou na Secretaria da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto de Ciências da Saúde. Rua Augusto Corrêa, nº 01 – Bairro Guamá – CEP: 66075-110 Belém-Pará. Fone: (91)3201-8892 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará, UFPA, Campus do Guamá, ICS, sala 13 (segundo andar), em frente ao estacionamento da Odontologia. Telefone: 3201-7735 - e-mail: cepccs@ufpa.br, Belém-Pa.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do participante: _____

Assinatura Pesquisadores Responsáveis:

Cibele Braga Ferreira
(Coordenadora da pesquisa)

Brena da Silva Melo de Moura
(pesquisadora)

Danielle de Fatima Pereira Ferreira
(Pesquisadora)

Denis Carvalho Lobo
(Pesquisador)

APÊNDICE B

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: Masc. () Fem. ()

Bairro: _____ Município: _____ escolaridade: _____

Tipo de queimadura: _____ Data da internação: _____

Agente: _____ Classificação: _____

II Questionamento

II. a. Antes do acidente

- *O que você fazia no seu dia?*
- *Do que você brincava antes?*
- *Em que lugar você mais gostava de brincar?*
- *Com quem você brincava antes?*
- *Você brincava de manhã, de tarde ou de noite?*
- *O que você pensa ou acha do brincar antes da queimadura?*

II. b. Depois do acidente

- *Como é o seu dia no hospital?*
- *Você brinca aqui?*
- *Do que você brinca agora?*
- *Com quem você mais brinca?*
- *Onde você brinca agora?*
- *Você brinca de manhã, de tarde ou de noite?*
- *Do que você gostaria de brincar?*
- *O que você pensa ou acha do brincar depois da queimadura?*

APÊNDICE C - QUADRO SÍNTESE: PERIÓDICOS NACIONAIS

Nº	ARTIGO	POPULAÇÃO	METODOLOGIA	PERIÓDICO	ANO
1	Sobre o Significado das Ocupações Após o Acidente por Queimaduras	Adultos	Pesquisa qualitativa, descritiva, tipo fenomenológica baseada na ciência ocupacional	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
2	Mulheres Vítimas de Queimaduras: um olhar sobre as atividades de vida diária	Adultos	Pesquisa exploratória	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2011
3	Avaliação do Nível de Independência nas Atividades de Vida Diária da Criança com Paralisia Cerebral: um estudo de caso	Criança com paralisia cerebral	Pesquisa qualitativa, com estudo descritivo	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
4	Barreiras e Facilitadores no Processo de Inclusão de Crianças com Paralisia Cerebral em Escolas de Ensino Regular	Criança com paralisia cerebral	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2011
5	A Inclusão Escolar de Alunos com Sequelas de Mielomenigocele	Criança com mielomenigocele	Pesquisa qualitativa, com estudo descritivo	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2011
6	Intervenção Terapêutica Ocupacional Junto à Criança com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD): um estudo de caso	Criança com duchenne	Pesquisa qualitativa descritivo do tipo Estudo de caso	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
7	Reflexões Acerca da Atuação do Terapeuta Ocupacional no Processo de Inclusão Escolar e Crianças com Necessidades Educacionais Especiais	Inclusão de crianças	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
8	Construção do Instrumento de Avaliação de Terapia Ocupacional em Contexto Hospitalar Pediátrico: sistematizando informações	Crianças hospitalizadas	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
9	Tecnologia Assistiva para a Promoção de Atividades da Vida Diária com Crianças em Contexto Hospitalar	Crianças hospitalizadas	Pesquisa qualitativa, com estudo descritivo	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
10	O Uso de Recursos de Tecnologia Assistiva por Crianças com Deficiência Física na Escola Regular: a percepção dos professores	Criança com paralisia cerebral	Pesquisa qualitativa, com estudo descritivo	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
11	Avaliação do Desempenho Motor em Crianças com Mucopolissacari-dose II	Crianças com mucopolissacari-dose II	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012

			estudo de caso		
12	Atuação do Terapeuta Ocupacional com Criança com Atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor	Crianças Neonatas	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2013
13	Intervenção da Terapia Ocupacional na Síndrome de Cri-Du-Chat: estudo de caso	Crianças com cri-du-chat	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2013
14	Instrumentos Utilizados para Avaliação do Desenvolvimento de Recém-Nascidos Pré-Termo no Brasil: revisão da literatura	Crianças Neonatas	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2013
15	Retratos do Cotidiano de Meninos de Cinco e Seis Anos: a atividade de brincar	Crianças em idade pré escolar	Pesquisa qualitativa, com estudo descritivo	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2013
16	Contribuições da Terapia Ocupacional para a Inclusão Escolar de Crianças com Autismo	Crianças autistas	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2013
17	Abordagem Floortime no Tratamento da Criança Autista: Possibilidades de Uso pelo Terapeuta Ocupacional	Crianças autistas	Pesquisa bibliográfica Baseada no modelo Model developmental, individual difference, relationship-based	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2013
18	Parâmetros Cinemáticos da Marcha de Criança com Paralisia Cerebral: Comparação Entre Diferentes Formas de Apoio	Criança com paralisia cerebral	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso. Baseada no modelo biomecânico	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
19	Avaliação da Visão Funcional de Uma Criança Prematura com Cegueira Congênita	Crianças Neonatas	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
20	Perfil do Desenvolvimento Motor de Crianças Entre 9 E 11 Anos com Baixo Rendimento Escolar da Rede Municipal de Maceió.	Crianças com baixo rendimento escolar	Pesquisa descritiva, do tipo exploratório	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
21	O Impacto do Método Mãe Canguru no Processo de Aprendizagem de Prematuros de Baixo Peso: Revisão da Literatura	Crianças Neonatas	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
22	Os Filhos de Usuários Nocivos de Substâncias Psicoativas: perfil psicossocial das Crianças e dos Adolescentes	Crianças filhos de usuários de drogas	Pesquisa descritiva, do tipo exploratório	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014

...

23	Saúde Mental Infantil em Contextos de Desvantagem Socioeconômica: Fatores de Risco e Proteção	Crianças com problemas de saúde mental	Pesquisa qualitativa, descritiva realizada com 2 grupos controle	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
24	Desempenho Funcional de Crianças com Desnutrição Crônica na Faixa Etária de 1 a 3 Anos	Crianças desnutridas	Pesquisa qualitativa, descritiva.	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
25	Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a Avaliação de Crianças com Paralisia Cerebral: uma revisão sistemática	Criança com paralisia cerebral	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
26	Caixas de Histórias como Estratégia Auxiliar do Enfrentamento da Hospitalização de Crianças e Adolescentes com Câncer	Crianças com câncer	Pesquisa qualitativa, transversal, descritiva, do tipo não experimental.	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
27	Análise de Uma Intervenção Dirigida ao Desenvolvimento da Coordenação Motora Fina, Global e do Equilíbrio	Crianças	Pesquisa design Quase-experimental Do tipo pré e pós-test	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
28	A Percepção dos Profissionais Sobre o Brinquedo em uma Unidade Intermediária de um Hospital de Média e Alta Complexidade	Crianças Hospitalizadas	Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
29	A Cultura do Brincar e a Socialização Infantil: percepções sobre o ser criança numa comunidade moçambicana	Crianças	Pesquisa etnográfica	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2015
30	Tecnologia Assistiva na Atuação Terapêutica Ocupacional com uma Criança com Doença Degenerativa do Sistema Nervoso Central	Crianças desordem neurológicas	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
31	Atuação Terapêutica Ocupacional Visando a Promoção do Desenvolvimento de uma Criança em Internação Prolongada	Crianças Neonatas	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2011
32	Terapia Ocupacional e a Criança Ribeirinha Amazônica Vítima de Escalpelamento por Eixo de Motor de Barco	Crianças escalpeladas	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2015
33	Desempenho de Crianças Nascidas Pretermo e em Idade Escolar na Escrita: revisão da literatura	Crianças Neonatas	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2015

34	Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação e Nível de Atividade Física em Crianças: Revisão Sistemática da Literatura	Crianças com transtorno do desenvolvimento da coordenação	Revisão da literatura	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2015
35	Utilização do Playground por Crianças com Paralisia Cerebral Tipo Diparética Espástica: preferências e dificuldades Relatadas pelas Mães	Crianças com paralisia cerebral	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
36	Desvelando o Papel do Terapeuta Ocupacional na Oncologia Pediátrica em Contextos Hospitalares	Crianças hospitalizadas	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
37	Uso da <i>Cognitive Orientation To Daily Occupational Performance</i> (Co-Op) com Crianças com Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação	Crianças com problemas de coordenação	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
38	Percepção de Professores Sobre a Avaliação de Habilidades Motoras e de Processo - Versão Escolar Aplicada aos Alunos com Deficiência Física	Crianças com necessidades especiais	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
39	Intervenção Terapêutica Ocupacional em Caso de Escalpelamento: vivências de uma criança admitida no espaço acolher	Crianças escalpeladas	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
40	Considerações Sobre o Cotidiano e o Habitar de Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento Institucional em Abrigo	Crianças abrigadas	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
41	A Influência do Familiar na Aquisição de Habilidades Funcionais da Criança com Deficiência Visual	Criança com deficiência visual	Pesquisa qualitativa do tipo transversal	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
42	Um Novo Olhar Sobre Participação Da Família No Processo Terapêutico	Criança com paralisia cerebral	Pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
43	Propostas De Inclusão Escolar De Crianças Com Deficiência No Município De Holambra, Sp: Um Estudo Exploratório	Crianças com deficiência	A pesquisa consiste em um estudo qualitativo e exploratório, e	Rev. Ter. Ocup. USP	2012

...

44	Atuação do Terapeuta Ocupacional no Contexto Escolar: o uso da tecnologia assistiva para o aluno com paralisia cerebral na educação infantil	Crianças paralisia cerebral	Atuação do Terapeuta Ocupacional no contexto escolar: o uso da tecnologia assistiva para o aluno com paralisia cerebral na educação infantil	Rev. Ter. Ocup. USP	2012
45	Educação Inclusiva: contribuições para o desenvolvimento de um compromisso ético em sua efetivação	Inclusão de crianças	-	Rev. Ter. Ocup. USP	2012
46	Rede de Cuidado a Crianças e Adolescentes em Sofrimento Psíquico: ações de promoção à saúde	Crianças e saúde mental	Trata-se de um estudo qualitativo, baseado no desenho da pesquisa-ação	Rev. Ter. Ocup. USP	2015
47	Abrigo como Medida de Proteção para Crianças e Adolescentes: um levantamento bibliográfico pós-eca	Crianças abrigadas	Revisão da literatura	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
48	Caracterização Do Desempenho Funcional De Indivíduos Com Síndrome De Down	Criança com síndrome de Down	Pesquisa quantitativa	Rev. Ter. Ocup. USP	2015
49	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: possibilidades de atuação da terapia ocupacional em contextos educacionais	Criança com TDAH	Relato de Experiência	Rev. Ter. Ocup. USP	2012
50	Avaliação de Atividade de Ensino, Pesquisa e Extensão em Vigilância do Desenvolvimento Infantil: a perspectiva de graduandos em terapia ocupacional	Inclusão de crianças	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva, do tipo investigativo	Rev. Ter. Ocup. USP	2015
51	Habilidades Funcionais na Criança com Cegueira Congênita: um estudo de caso	Crianças com cegueiras	Pesquisa quantitativa	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
52	Coordenação Fina e Escrita de Crianças de 6 A 9 Anos Nascidas a Termo e Pré-Termo	Crianças motricidade	Pesquisa quantitativa do tipo descritiva, com grupos de comparação.	Rev. Ter. Ocup. USP	2015
53	Procedimentos de Avaliação da Qualidade do Brincar na Prática da Terapia Ocupacional: um estudo exploratório	Crianças	Pesquisa qualitativa do tipo descritiva	Rev. Ter. Ocup. USP	2013
54	O Uso do Tempo nas Atividades Cotidianas de Crianças de Classe Popular de 9 A 12 Anos.	Inclusão de crianças	Pesquisa quantitativa	Rev. Ter. Ocup. USP	2015
55	Relação entre Destreza	Crianças e	Pesquisa	Rev. Ter.	2011

	Manual e Legibilidade da Escrita em Crianças: estudo piloto.	destreza manual	quantitativa	Ocup. USP	
56	Intervenção Terapêutica Ocupacional em uma Creche da Cidade do Recife.	Inclusão de crianças	Pesquisa longitudinal retrospectiva do tipo documental	Rev. Ter. Ocup. USP	2013
57	Efeitos de um Protocolo Modificado da Terapia por Contensão Induzida em Criança com Paralisia Cerebral Hemiparética	Crianças com paralisia cerebral	Pesquisa longitudinal, de tipo de estudo caso	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
58	Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados	Crianças e saúde mental	Pesquisa qualitativa	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
59	Identificação dos Sinais Neurocomportamentais de Bebês Pré-Termo por Profissionais que Atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	Crianças prematuras	Pesquisa quantitativa	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
60	Apoio Social e Desenvolvimento Socioemocional Infantojuvenil*	Criança e saúde mental		Rev. Ter. Ocup. USP	2014
61	Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência: uma revisão crítica da literatura	Criança e saúde mental	Revisão da literatura	Rev. Ter. Ocup. USP	2012
62	Caracterização do Uso de Atividades Físicas em Crianças e Adolescentes com Anemia Falciforme	Crianças com anemia falciforme	Pesquisa qualitativa do tipo exploratória	Rev. Ter. Ocup. USP	2013
63	Análise do Desempenho Ocupacional de Crianças e Adolescentes com Anemia Falciforme*	Crianças com anemia falciforme	Pesquisa qualitativa baseada no modelo de ocupação humana	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
64	Desenvolvimento e Avaliação de Jogo Eletrônico Interativo para o Processo de Aprendizagem do Tratamento de Crianças e Adolescentes com Distrofia Muscular de Duchenne	Criança com duchenne	Trata-se de um estudo prospectivo exploratório	Rev. Ter. Ocup. USP	2015
65	Uso do Teste Caixa e Blocos na Avaliação de Destreza Manual em Crianças e Jovens Com Síndrome de Down	Crianças com síndrome de down		Rev. Ter. Ocup. USP	2012
66	Problemas de Saúde Mental em Escolares e Seus Responsáveis: um estudo de prevalência	Crianças e saúde mental	Pesquisa quantitativa do tipo grupo controle	Rev. Ter. Ocup. USP	2014

67	Reflexões Sobre a Atenção às Crianças Com Deficiência na Atenção	Crianças com deficiência	Revisão da literatura	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
68	Concepções e Uso do Brincar na Prática Clínica de Terapeutas Ocupacionais	Terapeutas Ocupacionais	Questionário elaborado com base nas concepções de Ferland e Blanche sobre o brincar	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2015
69	A Ludicidade Presente na Vida das Educadoras Sociais: reflexos no trabalho com crianças abrigadas	Educadoras Sociais	Construção de narrativas orais das educadoras a respeito do brincar na sua infância, como ele continua nos dias atuais	Cad. Ter. ocup. UFSCAR	2014
70	A Importância da Brinquedoteca Hospitalar e da Terapia Ocupacional Sob a Óptica da Equipe de Enfermagem de Um Hospital Público do Distrito Federal	Enfermeiros	Aplicação de um questionário a profissionais da equipe de enfermagem da unidade de pediatria do terceiro maior hospital do Distrito Federal.	Cad. Ter. ocup. UFSCAR	2013
71	Projeto Brincar e Contar: a terapia ocupacional na atenção básica em saúde	Criança	Contação de história e brincar.	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
72	As Caixas de Histórias na Visão de Profissionais de Saúde Como Estratégia de Enfrentamento da Hospitalização Infantil	Profissionais enfermeiros	Participaram do estudo 5 profissionais de saúde de uma Enfermaria Oncopediátrica, os quais responderam a um questionário sobre o impacto das “Caixas de Histórias” em crianças hospitalizadas.	Rev. Ter. Ocup. USP	2012
73	A Utilização do Brincar nas Práticas de Terapeutas Ocupacionais da Baixada Santista	Profissionais	Pesquisa qualitativa, baseada na Terapia de Integração Sensorial e o Método Neuroevolutivo Bobath.	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
74	Desvelando o Papel do Terapeuta Ocupacional na Oncologia Pediátrica em Contextos Hospitalares	Profissionais	Pesquisa qualitativa	Rev. Ter. Ocup. USP	2011

...

75	O Processo Criativo de Pacientes Internados Para Tratamento Quimioterápico: uma contribuição a partir do pensamento de D. W. Winnicott	Crianças com câncer	Constituindo-se em um estudo de abordagem clínico qualitativa, que utilizou o referencial teórico da teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott	Rev. Ter. Ocup. USP	2013
76	Desvelando o Papel do Terapeuta Ocupacional na Oncologia Pediátrica em Contextos Hospitalares	Crianças com câncer	Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa e quantitativa. Com aplicação de questionário semi-estruturado	Rev. Ter. Ocup. USP	2011
77	Repercussões do Papel de Cuidador nas Atividades de Lazer de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes.	Idosos Hospitalizados	Descritivo e exploratório, com entrevista semi-estruturada	Rev. Ter. Ocup. USP	2012
78	Avaliação dos Sinais Neurocomportamentais de Bebês Pré-Termo Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Criança pré-termo	Os dados foram coletados através uma ficha de observação dos sinais neuro-comportamentais.	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
79	Os Papéis Ocupacionais de Pessoas com Câncer de Cabeça e Pescoço.	Adultos com câncer	Estudo exploratório, quantitativo e transversal, realizado através da aplicação do protocolo “Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais”	Rev. Ter. Ocup. USP	2014
80	Percepções do Cuidador Familiar Sobre o Cuidado Prestado ao Idoso Hospitalizado.	Idosos hospitalizados	Estudo transversal clínico-qualitativo. Com entrevistas semi-estruturadas e aplicação do instrumento <i>Canadian Occupational Performance Measure (COPM)</i>	Rev. Ter. Ocup. USP	2015
81	Construção do Instrumento de Avaliação de Terapia Ocupacional em Contexto Hospitalar Pediátrico: sistematizando informações	Criança hospitalizada	Bibliográfica e levantamento de experiência clínica dos autores.	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2012
82	Processos de Perda, Luto e a Assistência da Terapia Ocupacional nas Situações de Escalpelamento	Criança escarpelada	Qualitativa, tipo estudo de caso	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2013

...

83	Grupo de Familiares Acompanhantes de Pacientes Hospitalizados Estratégia de Intervenção da Terapia Ocupacional em um Hospital Geral	Adulto hospitalizado	Relato de experiência	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2013
84	Tornar-Se Pai na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal: revisão integrativa.	Pais de criança hospitalizada	Revisão integrativa da literatura.	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2015
85	Grupo de Mães de Bebês Prematuros Hospitalizados: Experiência de Intervenção de Terapia Ocupacional no Contexto Hospitalar.	Mães de bebês prematuros hospitalizados	Relato de Experiência. (Intervenção Grupal)	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
86	Uma Proposta de Atuação da Terapia Ocupacional Junto a Idosos Hospitalizados.	Idosos hospitalizados	Medida de Independência Funcional (MIF – parte motora) e então realizado o protocolo dos atendimentos, abordando aspectos sensoriais, cognitivos, psicomotores e funcionais.	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2015
87	A Percepção Dos Profissionais Sobre o Brinquedo em uma Unidade Intermediária de um Hospital de Média e Alta Complexidade.	Crianças hospitalizadas	Exploratória com abordagem qualitativa. Com aplicação de questionário semi-estruturado.	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2014
88	O Cuidador no Contexto da Hospitalização de Crianças E Adolescentes.	Adulto cuidador de crianças e adolescentes hospitalizados	Pesquisa bibliográfica	Cad. Ter. Ocup. UFSCAR	2015

ANEXO- A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A abordagem lúdica da terapia ocupacional: em crianças com situação de queimaduras

Pesquisador: Cibele Braga Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45966515.3.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.337.294

Apresentação do Projeto:

O lúdico figura entre as principais envoltórios ocupacionais de crianças, sendo, portanto, fundamental ao seu desenvolvimento e crescimento. Porém são vários os agravos e prejuízos aos quais a criança está submetida, sendo as situações de queimadura um dos mais limitantes e prejudiciais aos envoltórios em ocupações. A ciência da ocupação busca compreender como as ocupações se desenvolvem e com que motivação e sentido as mesmas adotam. Dessa forma, a pesquisa busca investigar qual a forma e significado das atividades lúdicas em crianças hospitalizadas em situação de queimaduras. se adotará um desenho qualitativo, teórico-descritivo, com crianças hospitalizadas no Hospital de referencia em situação de queimadura no Estado. Será utilizado a técnica da entrevista e do desenho projetivo, com a análise de conteúdo. Buscase com tal pesquisa contribuir para o conhecimento sobre a ocupação de crianças na Amazônia Paraense e sobre a Terapia Ocupacional como profissão que promova o envolvimento ocupacional, mesmo em condições limitantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender a forma e significado das atividades lúdicas em crianças hospitalizadas em situação de queimaduras.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.337.294

Objetivo Secundário:

- Identificar as atividades lúdicas da criança antes e após a situação de queimadura. • Entender a (re) significação do lúdico durante a hospitalização

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para o indivíduo participante desta pesquisa o risco será a revelação de sua identidade. A fim de minimizar tais riscos, os pesquisadores mantêm o compromisso de preservar em sigilo a identidade dos sujeitos durante a realização do trabalho e na apresentação da coleta de dados do mesmo. Além disso, todos os pontos do TCLE serão debatidos e esclarecidos com os responsáveis, de modo que estes se sintam seguros quanto a sua

participação da criança por qual estão responsáveis no estudo. Para os pesquisadores existe o risco da não aceitação por parte dos sujeitos em participar do estudo. Para minimizar tal risco, a pesquisa será explicada detalhadamente aos usuários, demonstrando sua relevância para todos os indivíduos envolvidos. Para a instituição, há o risco da divulgação de dados ou resultados errôneos. Para que isto seja evitado, será realizada e

revisada uma análise precisa dos dados coletados e resultados obtidos.

Benefícios:

A pesquisa obterá como benefício, aos participantes, possibilitar a consciência dos impactos negativos da queimadura no lúdico, em sua qualidade de vida e em seu desempenho ocupacional. Para os pesquisadores se terá como benefício o êxito na realização da pesquisa, contribuindo com seu crescimento profissional, intelectual e pessoal. Para a comunidade acadêmica, esta pesquisa terá como ganho oferecer uma proposta para

pesquisas futuras na área, bem como favorecer a profissão, fornecendo dados para intervenções mais precisas com crianças em situação de queimaduras. Para a instituição, considera-se que o principal benefício será a obtenção de dados diferenciados acerca da população estudada, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.337.294

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_458769.pdf	10/11/2015 14:48:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/11/2015 14:47:51	Cibele Braga Ferreira	Aceito
Outros	(536479041) modelo_termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	01/06/2015 15:54:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto HMUE.docx	06/05/2015 21:05:34		Aceito
Outros	term. dec isenção.jpg	19/03/2015 11:33:21		Aceito
Outros	term carta encam.jpg	19/03/2015 11:32:47		Aceito
Outros	term aceite orientador.jpg	19/03/2015 11:30:51		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto brincar e queimaduraDigitalizar 04-02-2015 10_24.pdf	04/02/2015 11:30:11		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo de concentimento da institui+º+uo.pdf	26/01/2015 19:38:39		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.337.294

BELEM, 25 de Novembro de 2015

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamã **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO B

CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO

Ananindeua, 16 de novembro de 2015.

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO E DOS AUTORES

Pelo presente termo e na qualidade de representante do Departamento de Ensino e Pesquisa desta instituição, declaro que aceito a realização do projeto de pesquisa intitulado: “**A abordagem lúdica da terapia ocupacional: em crianças com situação de queimaduras**” elaborado pelos acadêmicos de terapia ocupacional: **Brena da Silva Melo de Moura, Danielle de Fátima Pereira Ferreira e Denis Carvalho Lobo** da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob orientação da Prof^a. Cibele Braga Ferreira. Na oportunidade solicito que os autores entreguem, ao final da pesquisa, uma cópia do trabalho finalizado e informem se o mesmo, foi publicado em revista científica.

Brena da Silva Melo de Moura

Autor da Pesquisa

Dr. Leonardo Ramos
Coord. Ensino e Pesquisa
HMUE/UFPA/ANDEP/OSB

Leonardo Ramos N. da Costa

Coordenador do DEP/HMUE



Rodovia Br. 316 Km 03 S/N – Ananindeua/PA
Bairro: Guanabara - CEP: 67.113-000 - Fone: (91) 3073-3700

