



CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO E MEDICINA FÍSICA

CHARACTERIZATION OF THE OCCUPATIONAL THERAPY SERVICE IN A CENTER OF REHABILITATION AND PHYSICAL MEDICINE

CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

Jéssica Carolina Gomes da Silva¹, Catharina Machado Portela², Ana Flávia da Cunha Santos Rêgo³, Eduardo Souza de Melo⁴, Daniela de Souza Cavalcante⁵, Raquel Costa Albuquerque⁶

RESUMO

Objetivo: caracterizar o serviço de Terapia Ocupacional em um Centro de Reabilitação e Medicina Física de referência. **Método:** estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, com base documental de prontuários no período de 2011-2013 e observação do serviço em Recife (PE), Brasil. Para análise foi utilizado o *Microsoft Office Excel 2013*[®]. **Resultados:** foi observada a redução no tempo médio de espera para iniciar a Terapia Ocupacional; identificado que poucos profissionais encaminham pacientes com algum nível de dependência para Terapia Ocupacional; os terapeutas ocupacionais do serviço usam o Conceito Neuroevolutivo Bobath como principal abordagem. **Conclusão:** o estudo contribuiu para divulgar o trabalho do terapeuta ocupacional oferecendo um perfil sobre a clientela atendida e aumentar o número de encaminhamentos e ações. **Descritores:** Centros de Reabilitação; Terapia Ocupacional; Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: to characterize the Occupational Therapy service in a Center of Rehabilitation and Physical Medicine reference. **Method:** descriptive, exploratory study, with a quantitative approach, with documentary basis of records in the period of 2011-2013 and observation of the service in Recife (PE), Brazil. For analysis, *Microsoft Office Excel 2013*[®] was used. **Results:** there was a reduction in the average waiting time to start Occupational Therapy; few professionals refer patients with any level of dependency for Occupational Therapy; occupational therapists of the service use the Bobath Concept as the main approach. **Conclusion:** the study helped to publicize the work of the occupational therapist providing a profile of the clientele and increasing the number of referrals and actions. **Descriptors:** Rehabilitation Centers; Occupational Therapy; Rehabilitation.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el servicio de terapia ocupacional en un Centro de Rehabilitación y Medicina Física de referencia. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio, con enfoque cuantitativo, con base documental de registros en el período 2011-2013 y observación del servicio en Recife (PE), Brasil. Para el análisis, se utilizó *Microsoft Office Excel 2013*[®]. **Resultados:** se observó una reducción en el tiempo medio de espera para iniciar la terapia ocupacional; fue identificado que algunos profesionales se refieren los pacientes con cualquier grado de dependencia para Terapia Ocupacional; terapeutas ocupacionales del servicio utilizan el Concepto Bobath como el enfoque principal. **Conclusión:** el estudio ayudó a divulgar el trabajo del terapeuta ocupacional que proporciona un perfil de la clientela y a aumentar el número de referencias y acciones. **Descriptores:** Centros de Rehabilitación; Terapia Ocupacional; Rehabilitación.

¹Terapeuta Ocupacional, Mestranda em Saúde Materno Infantil, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: jessicacaroliinags@live.com; ²Terapeuta Ocupacional, Especialista em Neuropsicologia Clínica, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: cathmp@hotmail.com; ³Psicóloga, Mestranda em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco/INICAPE. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: anaflaviafaps@hotmail.com; ⁴Médico Neurologista, Pós-Graduando em Neuropsiquiatria, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: eduardosoumelo@gmail.com; ⁵Terapeuta Ocupacional, Pós-graduanda em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família. Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: danisouzac@hotmail.com; ⁶Terapeuta Ocupacional, Doutora em Saúde Materno-Infantil, Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: raquel.albuquerque@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a reabilitação na dimensão da assistência à saúde, pode ser definida como “um processo de duração limitada e com objetivo determinado, com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo”.¹ Assim, os programas de reabilitação propõem-se a desenvolver as habilidades, com recursos pessoais e da comunidade a fim de promover a independência e inclusão social das pessoas com alguma deficiência.²

Nesse contexto, o terapeuta ocupacional lida com o valor, a dignidade e com a reconstrução de uma vida satisfatória e com propósito, fazendo uso da ação humana, por meio das atividades da vida prática e cotidiana dos indivíduos assistidos. Os fundamentos da Terapia Ocupacional direcionam o profissional a analisar o paciente além da deficiência e limitações, buscando ressaltar as capacidades remanescentes valorizando tudo que é saudável.³⁻⁴ Desta maneira, pode-se dizer que o objetivo da Terapia Ocupacional é restaurar o paciente ao seu nível máximo de desempenho funcional e independência nas atividades de vida diária (AVD), produtivas e de lazer.⁵⁻⁶

Apesar de agir diretamente sobre os componentes de desempenho físico, o terapeuta ocupacional que atua na reabilitação física, também desenvolve na medida do possível, ações que repercutem na cognição e nos aspectos psicossociais, promovendo uma reabilitação mais completa, a inserção social e a melhora na qualidade de vida.

Um bom indicador da necessidade da assistência de profissionais de reabilitação física é o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que em 2010 indicou que a Região Nordeste possui taxa de prevalência de pessoas com deficiência do país correspondente a 26,63%, permanecendo como a maior entre as regiões do país a apresentar índice elevado desde o censo de 2000. Nesta região, no estado de Pernambuco dos 2.425.900 habitantes, 27,58% possuem pelo menos um tipo de deficiência, superando a média nacional de 23,9%, sendo o quinto maior índice nacional.⁷⁻⁸

Diante do cenário de um elevado número de pessoas com deficiência e uma assistência insuficiente na maioria dos municípios brasileiros, foi publicada a Portaria nº 818/01 do Ministério de Saúde/Gabinete do Ministro. Essa preconiza que as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal estructurem Redes

de Reabilitação Física com serviços hierarquizados e regionalizados, tendo como base os princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde. Assim, busca-se garantir às pessoas com deficiência física assistência em todos os níveis de complexidade, por meio de equipes multiprofissionais, sendo o terapeuta ocupacional componente obrigatório nos serviços de alta complexidade e facultativo nos de menor complexidade. Em complemento, foi publicada a Portaria nº 185/01 do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, que descreve as alterações dos serviços de reabilitação e a regulamentação dos procedimentos e formulários a ser utilizados.⁹⁻¹²

Diante do recorrido e do fato da existência de poucos estudos que abordem a caracterização de serviços de reabilitação física no contexto nacional, este estudo caracterizar o serviço de Terapia Ocupacional em um Centro de Reabilitação e Medicina Física de referência em Recife (PE), Brasil/PE.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no Centro de Reabilitação e Medicina Física Professor Ruy Neves Baptista, localizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife (PE), Brasil.

Para a realização do estudo, foram coletados dados referentes aos três últimos anos de funcionamento, 2011, 2012 e 2013. Sobre o Centro de Reabilitação Física, foram pesquisados: os serviços prestados, os recursos humanos e a infraestrutura. E sobre o serviço da Terapia Ocupacional no setor de neurologia adulto: os encaminhamentos dos pacientes atendidos quanto à origem e especialidade, o tempo médio na fila de espera para iniciar a Terapia Ocupacional, as condutas realizadas pelos terapeutas ocupacionais, as justificativas das altas ou desligamentos, encaminhamentos pós-alta e os dados socioepidemiológicos dos pacientes. Não foram incluídos à pesquisa dados específicos dos outros serviços realizados no Centro, bem como o da Terapia Ocupacional no setor traumato-ortopédico e pediátrico.

Para a coleta dos dados socioepidemiológicos, foi realizada uma análise dos prontuários dos pacientes identificados na lista de espera do período descrito, estando esses arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e no Centro de Reabilitação. Para as informações sobre a dinâmica do Centro, foi realizada uma

Silva JCG da, Portela CM, Rêgo AFCS de et al.

pesquisa documental e observacional no serviço.

Após seleção e leitura de documentos, os dados coletados foram registrados no Programa de Planilha eletrônica *Microsoft Office Excel 2013*[®], analisados e apresentados em forma de relatório discursivo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), sob parecer 640.363/2014, CAAE 27598714.0.0000.5208.

Caracterização do Serviço de Terapia Ocupacional..

Para a coleta dos dados, foram analisados todos os prontuários localizados. Desses, 199 prontuários foram utilizados na pesquisa, sendo os critérios para exclusão exposto na figura 1.

Conforme Portaria nº 393/2010 da Secretaria de Atenção à Saúde, em 26 de Fevereiro de 2010 o Centro de Reabilitação e Medicina Física Professor Ruy Neves Baptista (CRIMIP), foi credenciado como serviço referência de assistência à pessoa com deficiência física.^{9,13}

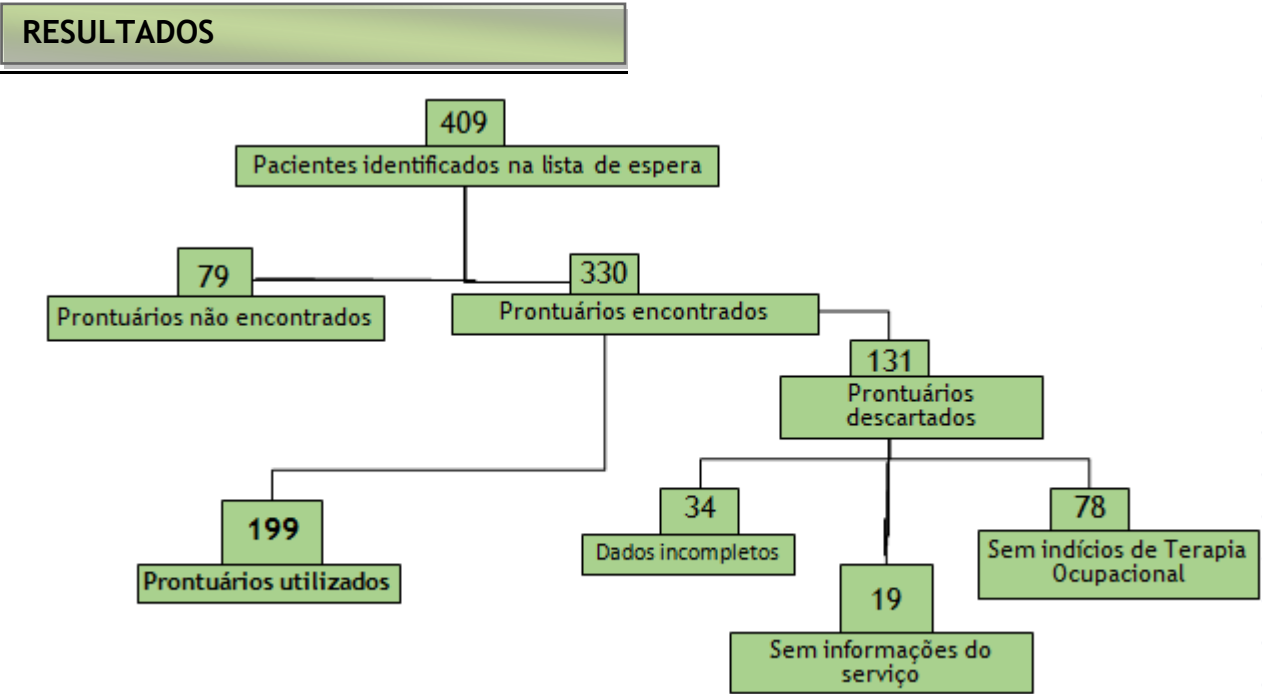


Figura 1. Organograma do esquema de Coleta de Dados nos prontuários dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional. Recife (PE), Brasil (PE), Brasil.

O CRIMIP oferece o serviço de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar composta por assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, musicoterapeuta, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais. Quanto à infraestrutura, comporta rampas de acesso, sanitários adaptados, consultórios, sala de avaliação interdisciplinar, um ginásio com equipamentos como barras paralelas e camas elásticas, uma piscina térmica com cobertura e adaptada para cadeirantes, laboratório Fisioterapêutico com equipamentos como o TENS e FES, sala de Terapia Ocupacional com laboratório de AVD e uma área externa para treinamento de mobilidade funcional.¹⁴

A fim de atender aos pacientes com algum comprometimento em seu desempenho ocupacional, o serviço de neurologia adulto dispõe atualmente de 4 terapeutas ocupacionais, que estão envolvidas em diversas etapas, desde a admissão à alta desses pacientes.

A entrada dos pacientes para acompanhamento de reabilitação neurológica

no CRIMIP se dá através da *Triagem*, marcada previamente através de encaminhamento de profissionais da saúde. Esta é realizada por um fisioterapeuta e uma enfermeira, com a finalidade de analisar se o paciente apresenta de fato comprometimento de ordem motora. São critérios excludentes ao serviço o paciente apresentar comprometimento neurológico crônico e já reabilitado, ou seja, que já foi assistido por algum serviço de reabilitação em decorrência de sua última lesão e/ou que apresentam comprometimento cognitivo que o impossibilite de responder aos comandos verbais.

A partir daí os pacientes são encaminhados para a *Avaliação Interdisciplinar*, realizada por uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga, a fim de identificar em quais modalidades de terapias estes se enquadram e realizar possíveis encaminhamentos às especialidades médicas. Para ser admitido à lista de espera deste serviço, o paciente deve estar enquadrado em pelo menos duas destas três especialidades de reabilitação. São admitidos na Terapia Ocupacional, pacientes que possuem

dependência nas suas atividades diárias. Os indivíduos que não atenderam ao perfil do serviço recebem orientações e são direcionados a um serviço de menor complexidade.

O encaminhamento dos pacientes para a Terapia Ocupacional se origina de diversas maneiras, sendo analisadas as suas especialidades e locais de procedências (gráfico 1). Foram identificados apenas 19 (9,55%) encaminhamentos externos para Terapia Ocupacional e Fisioterapia, em contraponto, 80 (40,2%) dos encaminhamentos foram feitos apenas para Fisioterapia. Quanto

à especialidade, 100 (50,25%) dos encaminhamentos, foram feitos por Neurologistas. E quanto à procedência, o quantitativo de encaminhamentos vindos do IMIP e do Hospital Pelópidas Silveira foi próximo, sendo respectivamente 67 (33,67%) e 65 (32,66%). Contudo, na *Avaliação Interdisciplinar*, foram identificados que outros pacientes, além dos encaminhados, possuíam algum comprometimento no desempenho ocupacional, necessitando, portanto do serviço, sendo assim incluídos à lista de espera da Terapia Ocupacional.

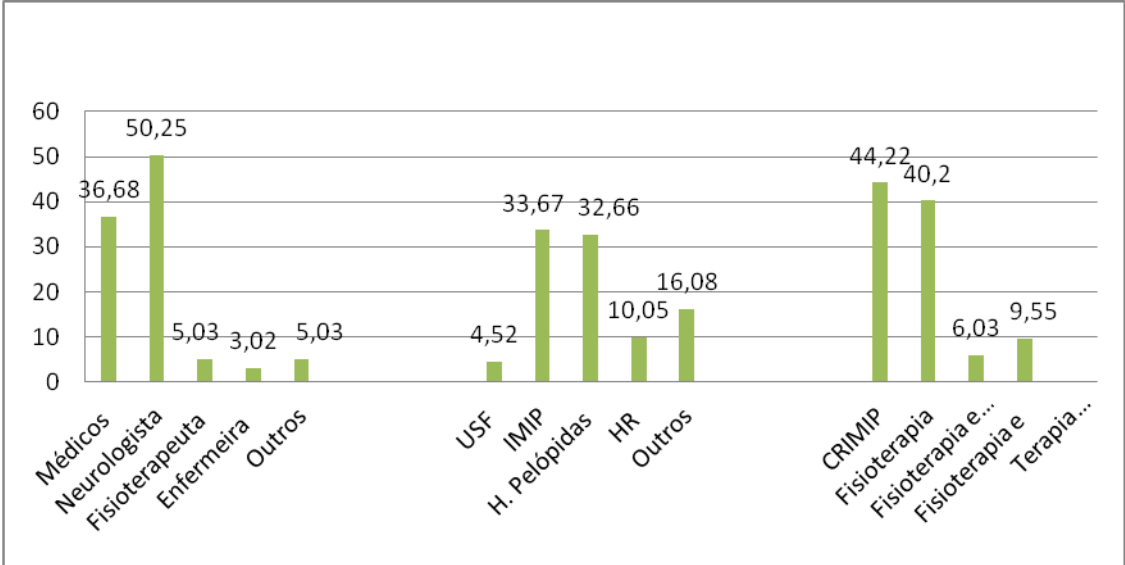


Figura 1. Origem dos encaminhamentos dos pacientes atendidos pelo setor de Terapia Ocupacional no período 2011-2013, quanto à especialidade de origem, procedência e destinação.

Enquanto aguarda o início das terapias, o paciente é admitido aos *Pré-atendimentos*, que consistem em oito encontros que ocorrem semanalmente, e estão direcionados principalmente às patologias de maior incidência no CRIMIP, como acidente vascular encefálico (AVE) e lesão medular (LM). Esses encontros são coordenados por profissionais de várias especialidades da reabilitação, e são destinados a promover a inserção dos

pacientes ao serviço, abordando de modo dinâmico temas relacionados a patologia e tratamentos que serão iniciados.

Identificou-se que o tempo médio na lista de espera, para iniciar a Terapia Ocupacional foi de 3,27 meses, e não ocorreu simultaneamente às outras terapias. Observou-se também uma diminuição no tempo médio ao longo dos três últimos anos, como apresentado na Figura 2.

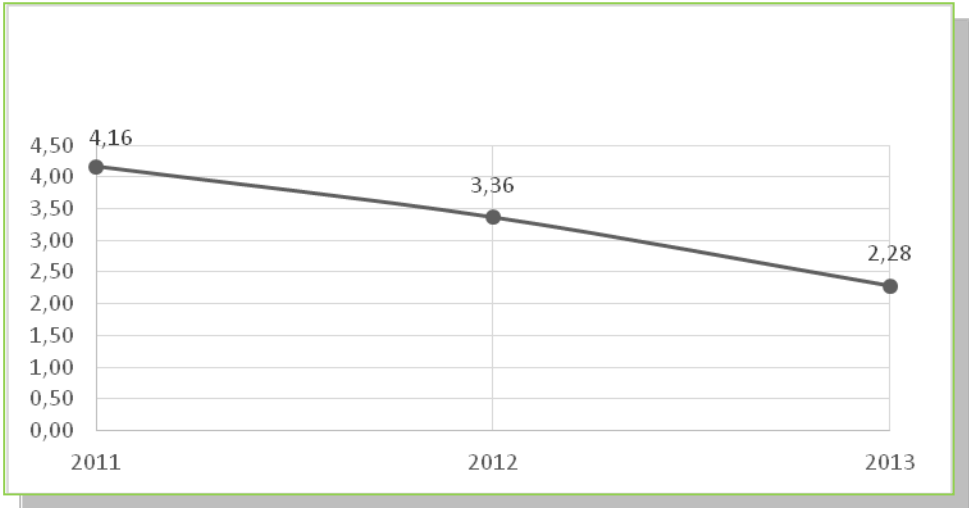


Figura 2. Tempo Médio para iniciar a Terapia Ocupacional no período 2011-2013.

Quando convocado pela Terapia Ocupacional, em seu dia e horário preestabelecidos, o paciente é submetido a uma avaliação inicial para que sejam identificadas as áreas, os componentes e contextos de desempenhos ocupacionais

Silva JCG da, Portela CM, Rêgo AFCS de et al.

comprometidos. Para identificar as áreas de desempenho prioritárias, direcionando o início do tratamento, é aplicada a *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional* (COPM), realizada apenas com o paciente, excluindo aqueles que apresentam comprometimento cognitivo ou baixo grau de escolaridade que dificulte a compreensão e/ou impossibilite obtenção de respostas.

Após iniciar a sua primeira modalidade de terapia no serviço, o paciente deve ser encaminhado para a *Avaliação Funcional*, realizada pela terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e psicóloga, e que consiste numa série de instrumentos padronizados destinados a acompanhar aspectos físicos e psicossociais gerais do indivíduo, antes, durante (reavaliações trimestrais) e ao fim do tratamento. São utilizados instrumentos como: Medida de Independência Funcional (MIF), Escala Modificada de *Ashworth*, Escala de Desempenho Tóraco Lombar, Escala de *Fugl Meyer*, Escala ASIA (*American Spinal Injury Association*), Escala dos Níveis Cognitivos do Rancho Los Amigos, Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL/abreviado, SSQOL-Brasil.

Com enfoque na reabilitação motora, o terapeuta ocupacional deste serviço usa diversas abordagens, sendo o Conceito Neuroevolutivo Bobath a eleita pelo serviço e a mais utilizada por todos os profissionais do local. Além do treino das AVD, por meio de exercícios e atividades, busca-se a restauração dos componentes que estão comprometidos e que são necessários para o desempenho ocupacional. A maioria dos pacientes necessitou de intervenções para restabelecer os componentes sensório-motores como sensibilidade tátil, força, amplitude de movimento, tônus, coordenação motora grossa e fina (pinça e preensão), controle e alinhamento postural. Outros, com baixo nível de dependência, necessitaram apenas de algumas orientações e adequações para melhorar o desempenho funcional.

Em alguns casos, são usadas condutas compensatórias dos déficits por meio da

Caracterização do Serviço de Terapia Ocupacional..

alteração no método de realização das atividades, adaptação de objetos, prescrição e confecção de órteses, e ainda orientações para adaptações ambientais, podendo ser compensações temporárias, enquanto não se reestabelece os componentes, ou permanentes, quando não é possível restaurar por completo as funções antes da lesão.

A necessidade e o potencial de melhoras são fatores determinantes para a frequência da terapia, podendo ser uma ou duas vezes na semana, havendo ainda a possibilidade de atendimentos grupais ou com a atuação conjunta de profissionais de diferentes especialidades.

Além dos atendimentos individuais, os terapeutas ocupacionais desenvolvem oficinas de órteses, realizando prescrição, confecção e treino; e oficina de cadeiras de rodas, realizando a indicação, medição, adaptação e treino. Esses serviços são prestados tanto para pacientes admitidos no CRIMIP quanto para outros usuários do SUS que necessitem deles.

O tempo médio de permanência em tratamento não foi analisado, visto que esse aspecto sofre influência de fatores de difícil acesso e não disponíveis nos prontuários. Pela falta de dados, não foram quantificadas as principais justificativas para alta, mas foi possível verificar a existência de altas por objetivos alcançados e muitos desligamentos por excesso de faltas no serviço.

Não foram identificados nos prontuários encaminhamentos específicos após a alta do serviço, apenas alguns para “manutenção” ou “serviço de menor complexidade”. Mas foram identificados diversos encaminhamentos para serviços de reabilitação cognitiva durante o tratamento.

No que diz respeito aos diagnósticos dos pacientes, 114 (57,29%) eram decorrentes de Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), 41 (20,6%) de Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), 10 (5,03%) de Lesão Medular (LM) e 34 (17,09%) correspondem a outras neuropatias, permanecendo o AVE como a patologia mais prevalente ao longo dos últimos três anos (Figura 3).

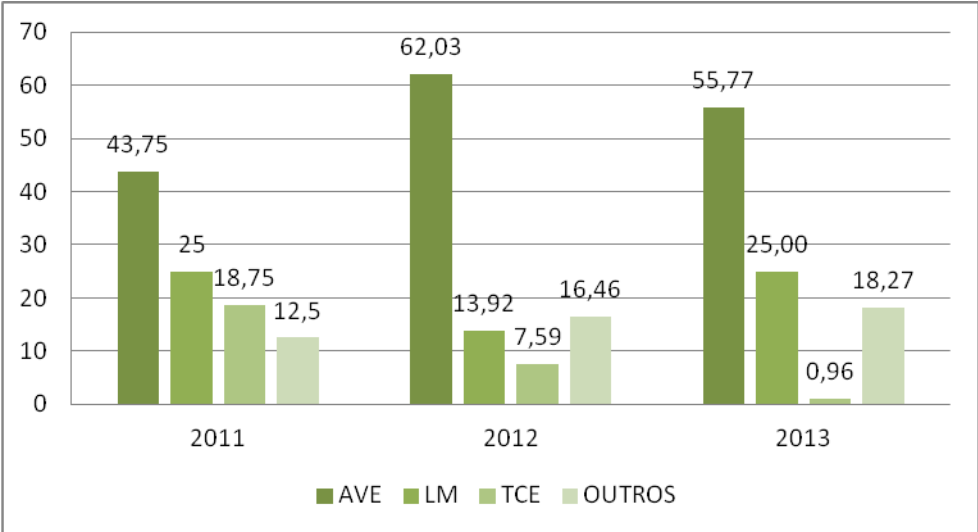


Figura 3. Prevalência das principais doenças dos pacientes atendidos pelo setor de Terapia Ocupacional no período 2011-2013.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos indivíduos atendidos no serviço de Terapia Ocupacional (tabela 1), constatou-se que 120 (60,3%) eram do sexo masculino, 112 (56,28%) do grupo etário entre 25 e 59 anos, 86 (43,22%) declararam-se casados ou em união estável, 92 (46,23%) possuíam Ensino

Fundamental Incompleto e 183 (91,96%) eram procedentes de municípios da Região Metropolitana do Recife (PE), Brasil. Entre os municípios, houve a prevalência de 99 (49,75%) pacientes residentes em Recife (PE), Brasil.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico dos pacientes atendidos pelo setor de Terapia Ocupacional no período 2011-2013.

Perfil sociodemográfico	n =199)	%
Sexo		
Masculino	120	60,30
Feminino	79	39,70
Faixa Etária		
12 a 24 Anos	23	11,56
25 a 59 Anos	112	56,28
> 60 Anos	64	32,16
Estado Civil		
Solteiro	76	38,19
Casado /União Estável	86	43,22
Divorciado	16	8,04
Viúvo	21	10,55
Nível de Escolaridade		
Sem Escolaridade	35	17,59
Fundamental Incompleto	92	46,23
Fundamental Completo	17	8,52
Médio Incompleto	10	5,03
Médio Completo	35	17,59
Superior Incompleto	1	0,50
Superior Completo	9	4,52
Mesorregião de Procedência		
Região Metropolitana	183	91,96
Zona da Mata	8	4,02
Agreste	6	3,02
Serão	1	0,5
Região do São Francisco	1	0,5
Municípios		
Recife (PE), Brasil	99	49,75
Jaboatão dos Guararapes	39	19,6
Olinda	11	5,53
Camaragibe	11	5,53
Outros	32	16,08

Dentre os dados socioepidemiológicos, apenas não foi possível quantificar os pacientes que recebiam o Benefício de Prestação Continuada pela insuficiência de informações.

DISCUSSÃO

Devido a necessidade de recorrer à história evolutiva dos pacientes para definir condutas clínicas, tornou-se obrigatório pela Portaria nº40/92 do Ministério da Saúde/Secretaria de atenção à Saúde o registro em prontuário único dos cuidados prestados ao paciente por

Silva JCG da, Portela CM, Rêgo AFCS de et al.

todos os profissionais da saúde de uma determinada instituição, incluindo o terapeuta ocupacional.¹⁵

Mais da metade dos prontuários do estudo foram descartados por não serem encontrados ou por apresentarem dados inconclusivos. Tal fato não é característico apenas do serviço em questão, mas reflete a dificuldade do armazenamento e controle desses documentos em forma de papéis que está associado a problemas como conteúdo ilegível, incompleto ou com informação ambígua; indisponibilidade para mais de um profissional ao mesmo tempo; possibilidade de perda e a necessidade de espaço físico e de pessoal responsável por esta armazenagem.¹⁶

Além disso, foi identificada em alguns prontuários a ausência da evolução dos procedimentos realizados em muitos pacientes do serviço, que é justificado pelo considerável intervalo de tempo em que as evoluções diárias necessitaram ser suspensas, pois o serviço enfrentou dificuldades burocráticas, impossibilitando o acesso de prontuários à equipe de reabilitação.

Criado há mais de uma década, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) possibilita o registro dos dados referentes aos atendimentos de modo rápido, oferece maior segurança e confiabilidade dos registros, é um veículo de comunicação entre a equipe e aumenta a produtividade do serviço. Dados referentes a 2010 mostraram que apenas de 5 a 9% dos hospitais Brasileiros possuem PEP, não existindo grandes perspectivas para a implantação nos demais serviços em curto prazo. Além dos altos gastos para a implementação do PEP, a ausência de estudos que comprovem os retornos financeiros que esse sistema pode trazer contribui para o baixo investimento nessa tecnologia que traria melhor qualidade de serviço para os pacientes e de trabalho para os profissionais.¹⁶⁻⁷

O Centro de Reabilitação do IMIP dispõe de todos os profissionais exigidos na equipe mínima na Portaria nº 492/13 do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, com o acréscimo do musicoterapeuta, estando apto a oferecer assistência especializada de alta complexidade às pessoas com deficiências físicas. Além do caráter multidisciplinar, os profissionais trabalham de modo interdisciplinar, ocorrendo a discussão das condutas e atuação conjunta, possibilitando a colaboração de todos no processo da reabilitação integral do sujeito.¹⁸

O contraste entre o número de encaminhamentos para a Terapia Ocupacional, e a quantidade de pacientes que necessitaram de assistência, pode evidenciar

Caracterização do Serviço de Terapia Ocupacional..

desconhecimento por parte de outros profissionais, das competências desta profissão. Pacientes com comprometimentos neurológicos, dada à influência desse sistema no funcionamento do organismo, está susceptível a apresentar algum grau de dependência. A fisioterapia, como pôde ser observado, já é referenciada de modo mais consolidado no processo da reabilitação. Entretanto, reestabelecer parcial ou totalmente a estrutura física não garante o retorno da funcionalidade do paciente. Além disso, há casos em que algumas sequelas serão permanentes, conseqüentemente, na ausência de assistência, a dependência também.^{7,19-21}

Assim, partindo-se do pressuposto de que deve ser prestada assistência integral ao sujeito, todo profissional deveria ter conhecimento da importância da Terapia Ocupacional, bem como das demais especialidades. Esse é um indicador de que ações devem ser implementadas para divulgar a função dessa profissão dentro da rede de assistência à saúde, proporcionando que pacientes retornem às suas atividades com o máximo de funcionalidade e independência.

A implantação dos *Pré-atendimentos* durante a espera do início do tratamento, além de fornecer informações direcionadas aos pacientes, promove a imediata inclusão desses ao serviço, podendo contribuir para a não desistência do tratamento enquanto aguarda na fila de espera.

Não foram encontrados estudos para servirem de parâmetro para analisar se o tempo médio para início da Terapia Ocupacional é significativo. Entretanto, no que se refere aos procedimentos de saúde, preconiza-se uma intervenção o mais precoce possível, pois a longa espera para iniciar a reabilitação pode comprometer a qualidade da recuperação do paciente, como o estabelecimento de sequelas permanentes que comprometam a qualidade de vida. Portanto, é válido investir em estratégias, como aumento de profissionais e ampliação do espaço físico, conseqüentemente aumentar a capacidade de atendimento, para continuar a diminuir esse tempo de espera, que servirá como indicador do serviço para análises futuras.

A *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional* (COPM), utilizada no CRIMIP, é uma das avaliações mais usadas por terapeutas ocupacionais tanto para a assistência, quanto para pesquisa, e já é aplicada em mais de 35 países. Sua aplicação possibilita um tratamento centrado nas prioridades do paciente, a mensuração dessas prioridades, avaliando a percepção do

Silva JCG da, Portela CM, Rêgo AFCS de et al.

Caracterização do Serviço de Terapia Ocupacional..

paciente sobre seu desempenho ocupacional e satisfação relacionados às áreas-problemas, reavaliando de modo quanti-qualitativo as mudanças ao longo do programa de intervenção terapêutica ocupacional. Sendo assim, é uma avaliação indicada para o início da terapia.²²⁻⁴

O sistema de atendimento com horários pré-estabelecidos é extremamente favorável para os pacientes, que não precisam ficar por um tempo exaustivo aguardando, como acontece em serviços de outros setores da saúde, em que os pacientes são atendidos pela ordem de chegada ao serviço.

Com relação à *Avaliação Funcional*, esta contempla uma variedade de testes padronizados possibilitando ver diversos aspectos do paciente favorecendo uma assistência mais direcionada às necessidades individuais, um acompanhamento da evolução durante o tratamento para verificar a eficácia das condutas escolhidas ou as necessidades de mudanças, bem como atestar os ganhos obtidos ao longo do tratamento no momento da alta. Além disso, o registro desses dados irá favorecer o processo da alta, bem como o desenvolvimento de pesquisas.

Em tese, espera-se que o paciente receba alta do serviço após atingir seu nível máximo de funcionalidade. Entretanto, em alguns casos, o paciente não apresenta mais uma evolução significativa, podendo ser encaminhado para outro serviço, para realizar terapia de manutenção a fim de manter os ganhos obtidos. O ideal é que essa manutenção seja realizada em serviços de menor complexidade e próximos a residência do paciente. Porém, os terapeutas ocupacionais têm encontrado dificuldade em realizar esses encaminhamentos devido ao reduzido quadro desses profissionais nos serviços de reabilitação. Em consequência disto, esse paciente que não se enquadra mais no serviço de alta complexidade, poderá ficar desprovido de assistência.

Ainda referente às altas, foram encontrados diversos desligamentos do serviço por excesso de falta não justificada, sendo desconhecidos os fatores causais, até por que o paciente é orientado quanto às faltas permitidas e a notificar em caso de doença ou algo semelhante que o impossibilite de comparecer à terapia. Sendo, portanto, uma importante questão a ser analisada, a fim de minimizar esses problemas reduzindo a evasão e a descontinuidade do tratamento.

Visto que grande parte dos pacientes atendidos no serviço possui baixo nível de renda, a maioria desses depende do transporte público para deslocarem-se até o

Centro de Reabilitação. Apesar de existir acessibilidade em alguns transportes públicos, ainda é fato a dificuldade de acessibilidade nas ruas e a escassez de transportes com os elevadores em bom estado de funcionamento. Recentemente foi inserido pelo Governo do Estado o programa “Pernambuco Conduz - Caminhos para a acessibilidade” para proporcionar um serviço gratuito de transporte para pessoas com deficiência, levando-as do domicílio aos locais de atendimento, com conforto e segurança. Apesar de representar um avanço, este programa ainda necessita de melhorias, com relação ao cumprimento de horários e expansão, visando atingir um número maior da população uma vez que a espera para conseguir iniciar o uso do transporte, a depender das rotas e da localização da residência do paciente pode perdurar por muitos meses.

Apesar do enfoque do serviço ser a reabilitação motora, foi observada uma demanda de alguns pacientes por terapias com enfoque primordialmente cognitivo. Estando o AVE e o TCE entre as patologias mais prevalentes, é válido ressaltar que dependendo da localização da lesão, poderão existir comprometimento sensório-motor e cognitivo de leve a grave, sendo este muitas vezes mais limitantes que as debilidades físicas, podendo ser o principal entrave para o desempenho de habilidades de ordem física.

O Acidente Vascular Encefálico, identificado como a patologia mais predominante entre os pacientes de Terapia Ocupacional nos últimos três anos no serviço, é a segunda maior causa mundial de morte, além de ser uma das principais causas de internação no país e causar algum tipo de deficiência na maioria dos pacientes.¹⁹ No estado de Pernambuco, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares foi de 58,2 para cada 100.000 habitantes no registro de 2011, o mais recente do Domínio Público do Sistema Único de Saúde (DATASUS).²⁶ Esses dados mostram a importância em se investir em campanhas governamentais para promover o controle dos fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, sedentarismo e obesidade, para reduzir a incidência do AVE, além de se investir em aprofundamento de conhecimento teórico e prático para a equipe multidisciplinar que acompanha esses pacientes.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, em relação ao sexo, a prevalência entre indivíduos do sexo masculino está de acordo com outros estudos

Silva JCG da, Portela CM, Rêgo AFCS de et al.

sobre as patologias mais prevalentes, AVE, LM e TCE.²⁶⁻⁸

A maioria dos pacientes atendidos no setor da Terapia Ocupacional pertenciam a faixa etária de 25 a 59 anos, que também corresponde à faixa de maior concentração de pessoas em idade produtiva no país.⁷ Foi identificado também que a maior parte dos pacientes possuía ensino fundamental incompleto, além de pessoas sem escolaridade. O Relatório Mundial de Deficiência da OMS, afirma que pessoas com alguma deficiência possuem mais dificuldades em ingressar no mercado de trabalho e na formação educacional. Esses dados associados ao afastamento temporário ou permanente das suas atividades produtivas, aos custos hospitalares e de uso de serviços de saúde decorrentes da deficiência, geram impactos socioeconômicos ao país e ao sujeito.²⁹

A predominância entre os pacientes que se declararam casados ou em união estável, pode refletir realidades adversas. A existência de um cônjuge e filhos possibilita o envolvimento destes na reabilitação, como componente incentivador e como coparticipantes do tratamento. Os atendimentos no ambulatório de Terapia Ocupacional são, em geral, semanais havendo a necessidade de serem repassadas orientações de atividades para serem realizadas em domicílio. Assim, a existência de uma relação familiar pode contribuir para o progresso do paciente. Devendo também o terapeuta ocupacional estar atento à tendência da superproteção, em que os familiares realizam as atividades pelo paciente, por ser mais prático que deixá-lo tentar superar a dificuldade, comprometendo o ganho na independência.

Ainda sobre a influência familiar na reabilitação, um estudo com pacientes com lesão medular, aponta um alto índice de divórcio entre os entrevistados após o acidente,²¹ expondo a dificuldade em manter uma relação conjugal quando coexiste a relação de dependente e cuidador, bem como aponta relatos de cuidadores principais, geralmente filhos ou parentes próximos, que se sentem despreparados e sobrecarregados ao assumir repentinamente essa função.

Por entender a importância do cuidador, o serviço de psicologia do CRIMIP criou o Grupo de Cuidadores, aberto à todos os acompanhantes de pacientes atendidos no local. O grupo tem como centro o cuidador, que tem momento e espaço para realizar trocas interpessoais e de escuta com profissional e com outros acompanhantes.

Visto que o terapeuta ocupacional busca ver o indivíduo de modo holístico, e que a

Caracterização do Serviço de Terapia Ocupacional..

família compõe o contexto ambiental do paciente, ela está diretamente envolvida no processo do adoecer e do tratamento. A inserção de uma pessoa com deficiência na família modifica a dinâmica de todos os seus componentes, seja pela demanda por assistência ou pelo comprometimento financeiro quando o paciente era o provedor principal. Assim, essa família merece atenção e assistência por parte da equipe em todas as etapas do tratamento, não apenas quando já se identificam problemas já instalados.

A maioria dos pacientes foi procedente da Região Metropolitana do Recife (PE), Brasil, indicando que poucos pacientes de municípios distantes têm se deslocado para ter acesso a assistência especializada em Recife (PE), Brasil. Esse fato pode estar associado à implantação do Núcleo de Reabilitação Física no Agreste do Estado, que também dispõe do serviço de Terapia Ocupacional e outras especialidades. Esse dado, no entanto, não exclui a necessidade de averiguar se as pessoas que não residem na Região Metropolitana estão sendo assistidas.

Visto que a deficiência gera implicações socioeconômicas ao indivíduo, é válido ressaltar a importância de se identificar o recebimento ou não do Benefício de Prestação Continuada, dado esse não encontrado na maioria dos prontuários analisados. Os comprometimentos na renda familiar do paciente poderão influenciar o seu desempenho e compromisso com o tratamento.

CONCLUSÃO

A caracterização deste serviço possibilitou a visualização de aspectos relevantes para o serviço de Terapia Ocupacional no Centro de Reabilitação Física do IMIP e do campo de atuação deste profissional.

Os prontuários, além de terem grande valor para definição das condutas de todos os profissionais, foram umas das principais fontes de dados para a pesquisa. Assim, é válido reforçar a importância de estudos que reflitam a importância do PEP, favorecendo a sua implantação, para melhorar a assistência, a comunicação entre os profissionais e o acesso aos dados em pesquisas. De modo semelhante, deve se estimular e favorecer momentos para que ocorram o registro correto das informações e armazenamento adequado de todos os documentos.

Sendo a família merecedora de cuidado e atenção, sugere-se complementar essa assistência, analisando a possibilidade de inserção à *Avaliação Funcional* de testes padronizados ou não, que identifiquem

problemas nos familiares mais envolvidos no cuidado ao paciente, como a *Escala de Sobrecarga do Cuidador-Zarit*, que avalia o quanto as atividades de cuidador tem comprometido a sua vida social, o bem-estar físico e emocional.

Diante da dificuldade de articulação entre os níveis de complexidade na rede de assistência, propõe-se que, juntamente ao Conselho Regional de Terapia Ocupacional (CREFITO), seja realizado e disponibilizado o mapeamento dos serviços de Terapia Ocupacional disponíveis, para que os encaminhamentos sejam feitos de forma direcionada, reduzindo as chances de o paciente ficar desamparado por não localizar um serviço.

Visando prestar uma assistência o mais completa possível ao indivíduo, ressalta-se a importância de oferecer de forma estável a reabilitação cognitiva para os pacientes que necessitem, seja vinculando-se a outra instituição que ofereça o serviço ou implantando-se no setor um profissional destinado a tal.

Por meio desta pesquisa, poderão ser criados materiais como folhetos e cartilhas, divulgando à comunidade os tipos de pacientes e patologias que são atendidas neste serviço, e o que pode ser oferecido como forma de tratamento em especial pela Terapia Ocupacional. De modo semelhante, espera-se sensibilizar tanto os profissionais da saúde quanto os órgãos governamentais quanto a importância e necessidade dessa profissão na reabilitação, para que sejam implementadas ações voltadas para a divulgação do serviço e, conseqüentemente, aumentar o número de encaminhamentos para as intervenções terapêuticas ocupacionais na área da reabilitação física.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Normas para Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência. Genebra: ONU; 1993:48.
2. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.
3. Pedretti LW, Early MB. Desempenho Ocupacional e Modelos de Prática para Disfunção Física. In: Pedretti LW, Early MB. Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para as Disfunções físicas. São Paulo: Roca; 2005. p. 3-13.
4. Oliveira VM, Dias MCS. Recuperação da automanutenção de paciente com traumatismo cranioencefálico: um estudo de caso. Cad Ter Ocup UFSCar [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 19];21(2):405-12. Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/827/457>.
5. Agnelli LB, Toyoda CY. Estudo de Materiais para a confecção de órteses e sua utilização prática por terapeutas ocupacionais no Brasil. Cad Ter Ocup UFSCar [Internet]. 2003 [cited 2014 Jan 19];11(2):83-94. Available from: <http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/194/149>.
6. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. Resolução nº425, de 08 de Julho de 2013 [cited 2014 Jan 19]. Available from: <http://www.coffito.org.br/consulta%20codigo%20de%20etica/Codigo%20de%20etica%20terapia%20ocupacional%20-%20CONSULTA%20PUBLICA%202012.pdf>.
7. Oliveira LMB. Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD; 2012.
8. Brasil (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo Demográfico de 2010 [cited 2014 Jan 10]. Available from: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=3425&z=cd&to=13&i=P>.
9. Lima LLT, Lima MLC. Implantação da rede estadual de reabilitação física em Pernambuco: uma avaliação na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Epidemiol Serv Saúde [Internet] 2013 Oct-Dec [cited 2014 Jan 20];22(4):597-607. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a06.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 818 de 5 de Junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2014 Jan 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0393_13_08_2010.html.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 185 de 05 de junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2014 Jan 10]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/PT-185.htm>.
12. Elza M. Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde do Pará Redução de Acidentes e Violências. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 July [cited 2014 Jan 20];24(7):1717-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700029&lng=en.

Silva JCG da, Portela CM, Rêgo AFCS de et al.

Caracterização do Serviço de Terapia Ocupacional..

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 393, de 13 de Agosto de 2010. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2014 Jan 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0393_13_08_2010.html.
14. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. 50 Anos do IMIP. [Internet Homepage] Recife (PE), Brasil: 2010 [cited 2014 May 12]. Available from: <http://www.imip.org.br/50anos/>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº40 de 30 de Dezembro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde.
16. Jatene DA, Consoni FL, Bernardes RC. Avaliação da Implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente e Impactos na Gestão dos Serviços Hospitalares: a experiência do InCor - Instituto do Coração. In: XXXVI Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração 2012 set 16-22; Rio de Janeiro, Brasil [cited 2014 June 10]. Available from: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_GCT2188.pdf.
17. Bezerra SM. Prontuários Eletrônicos do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. Meta Aval [Internet] 2009 Jan/Apr [cited 2014 June 10];1(1):73-82. Available from: <http://metaavaliacao.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/viewFile/12/7>.
18. Kato LS, Blascovi-Assis SM. Fatores que interferem na dinâmica de equipes de reabilitação que atuam em instituições especializadas. Cad Pós-Grad em Disturb Desenv [Internet]. 2004 [cited 2014 May 12];4(1):55-66. Available from: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Pos_Graduacao/Mestrado/Disturbios_do_Desenvolvimento/Publicacoes/volume_IV/006.pdf.
19. Almeida SEM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. Rev Neurocienc [Internet]. 2012 [cited 2014 June 10]; 20(4):481-82. Available from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/editorial%20202004/edSara.pdf>.
20. Venturini DA, Decésaro MN, Marcon, SS. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2007 [cited 2014 June 10];41(4):589-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/07>.
21. Bertoldo C, Piccoli DG, Hoffmann JM, Girardon-Pelini NMO. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por AVC. Rev Min Enf [Internet] 2007 Apr/June [cited 2014 June 10];11(2):149-54. [cited 2014 June 10]. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/328>.
22. Caldas ASC, Facundes VLD, Silva HJ. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. Rev Ter Ocup USP [Internet]. 2011 Sept/Dec [cited 2014 May 12];22(3):238-244. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/46397/50153>.
23. Chen, YH, Rodger S, Polatajko H. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occup Ther Int*. [Internet] 2002 [cited 2014 June 10];9(3):167-84. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oti.163/abstract;jsessionid=31145FDC7EBF2BDDF6E5923A2CDB3805.f03t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.
24. Law M, Baptista L, Carswell A, AnnMcColl M, Polatajko H, Pollock N. Belo Horizonte: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. Minas Gerais: UFMG; 2009.
25. Brasil (BR). Ministério da Saúde/SE/Datasus [Internet Homepage] Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS IBGE: base demográfica [cited 2014 May 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.de>.
26. Ruy EL, Rosa MI. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo crânio encefálico. Arq Catarin Med [Internet] 2011; 40(3):17-20. [cited 2014 May 12]. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/873.pdf>.
27. Moraes DF, Spotti AR, Cohen MI, Sara ME, Melo NJS de, Tognola WA. A Perfil epidemiológico de traumatismo raquimedular com patients atendidos los Terciario hospital. Coluna/Columna [Internet]. 2013 [cited 2014 June 09];12(2):149-152. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512013000200012&lng=en.
28. Mendonça LBA, Lima FET, Oliveira SKP, Cunha LGP. Sociodemographic characteristics of hypertensive patients victims of cerebrovascular accident. J Nurs UFPE [Internet]. 2013 Oct [cited 2014 June 10];7(spe):6169-73. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3062/pdf_3759.
29. World Health Organization. World report on disability; WHO: 2011.

Submissão: 29/11/2015

Aceito: 14/08/2016

Publicado: 01/11/2016

Correspondência

Jéssica Carolina Gomes da Silva
Universidade Federal de Pernambuco
Departamento de Terapia Ocupacional
Av. Prof. Moraes Rego, 1235
Cidade Universitária
CEP 50670-901 – Recife (PE), Brasil