



PEDIDO DE CONSULTA COMO REFLEXO DA COMPREENSÃO SOBRE O TRABALHO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

PEDIDO DE CONSULTA COMO REFLEXIÓN DE LA COMPRENSIÓN DEL TRABAJO
DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

REQUEST FOR CONSULTATION AS A REFLECTION OF THE UNDERSTANDING ON
THE WORK OF THE OCCUPATIONAL THERAPIST

Dianasi Silva Lima¹, Rita Aparecida Bernardi Pereira²

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar a compreensão da equipe assistencial de um hospital geral sobre o trabalho do terapeuta ocupacional. Estudo de caráter qualitativo, por meio da análise documental. A amostra constituiu-se de 30 pedidos de consulta para o Serviço de Terapia Ocupacional e as respectivas avaliações contidas nos prontuários em resposta a eles. Foi realizada análise dos motivos de solicitação e sua correspondência com a avaliação da Terapia Ocupacional. Foram considerados os pedidos de consultadas unidades atendidas pelo Programa de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, da Residência Multiprofissional. O projeto seguiu todos os trâmites éticos. A Clínica Médica foi a unidade que mais solicitou pedidos de consulta. Não houve nenhuma solicitação das unidades de Urologia e Nefrologia e Cabeça e Pescoço. Dentre as áreas profissionais solicitantes, sobressaíram-se a Fisioterapia e a Psicologia, possivelmente por terem maior proximidade de atuação com terapeutas ocupacionais. A análise dos pedidos de consulta possibilitou classificá-los em categorias, sendo Funções e estrutura do corpo e Atividades de vida diária as mais prevalentes. Concluiu-se que a equipe, de modo geral, tem compreensão adequada sobre o trabalho desenvolvido pelos terapeutas ocupacionais. Os motivos elencados na grande maioria dos pedidos de consulta corresponderam ao registrado na avaliação inicial. Constata-se ainda a necessidade de educação continuada dos profissionais e estudantes, considerando que o referido hospital é um espaço de ensino, e que as equipes de acadêmicos, residentes e profissionais contratados se renovam constantemente.

PALAVRAS-CHAVE

Terapia Ocupacional, Interconsulta, Hospitalização.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar la comprensión del equipo asistencial de un hospital general sobre el trabajo de la terapeuta ocupacional. El estudio es de carácter cualitativo, por medio del análisis documental. La muestra se constituyó de 30 solicitudes de consulta

- 1 Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Residente do Programa de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR. ORCID: 0000-0002-1024-4493, ResearcherID: C-1499-2019. Telefone: +55 41 9-9751-1088. E-mail de contato: dianadlima@yahoo.com.br.
- 2 Terapeuta Ocupacional Universidad Federal de São Carlos y Master en Educación de la Universidad Federal de Paraná. Profesora adjunta del Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Paraná. Terapia Ocupacional en la Residencia Integrada Multiprofesional en Atención Hospitalaria del Complejo Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná. ritaabpereira@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-4191-1252>



para el Servicio de Terapia Ocupacional y las respectivas evaluaciones contenidas en los prontuarios en respuesta a ellos. Se realizó un análisis de los motivos de solicitud y su correspondencia con la evaluación de la Terapia Ocupacional. Se consideró solicitud de consulta, no se ponen siglas en el resumen de las unidades atendidas por el Programa de Atención a la Salud del Adulto y del Anciano, de la Residencia Multiprofesional. El proyecto siguió todos los procedimientos éticos. La Clínica Médica fue la unidad que más se solicitó. No hubo ninguna solicitud de las unidades de Urología y Nefrología y Cabeza y Cuello. Entre las áreas profesionales solicitantes sobresalieron Fisioterapia y Psicología, posiblemente por tener mayor proximidad de actuación con terapeutas ocupacionales. El análisis de las solicitudes de consulta permitió clasificarlos en categorías, siendo Funciones y estructura del cuerpo y Actividades de vida diaria las más prevalentes. Se concluyó que el equipo, en general, tiene una comprensión adecuada sobre el trabajo desarrollado por los terapeutas ocupacionales. Los motivos enumerados en la gran mayoría correspondieron al registrado en la evaluación inicial. Se constata además la necesidad de educación, revisar el uso de esta palabra continuada de los profesionales y estudiantes, considerando que el referido hospital es un espacio de enseñanza, y que los equipos de académicos, residentes y profesionales contratados se renuevan constantemente.

PALABRAS CLAVE

Terapia Ocupacional, Derivación y Consulta, Hospitalización.

ABSTRACT

The aim of the present study was to identify the understanding of the care team, in a general hospital, regarding the role of the occupational therapist. This identification was carried out by means of a qualitative study through document analysis. The sample consisted of 30 consultation requests to Occupational Therapy Service, as well as the respective assessments contained in the medical records in response to them. Furthermore, an analysis of the reasons for the request and its correspondence with the Occupational Therapy evaluation was performed. The requests from consulted units attended by the Multi-Professional Residency Health Care Program for Adult and Elderly were considered. The project followed all ethical procedures. The Medical Clinic was the unit that most requested consultation requests. There was no request from the Urology and Nephrology and Head and Neck units. Among the requesting professional areas, Physiotherapy and Psychology stood out, possibly due to their greater proximity to occupational therapists. The analysis of the consultation requests made it possible to classify them into categories, with Functions and Body Structure and Activities of Daily Living being the most prevalent. It was concluded that the team, in general, has adequate understanding about the work developed by occupational therapists. The reasons listed in the majority of query requests corresponded to those recorded in the initial assessment. It is also noted the need for continuing education of professionals and students, considering that the hospital is a teaching space, and that the teams of academics, residents and professionals hired is constantly renewed.

KEYWORDS

Occupational therapy, Referral and Consultation, Hospitalization.

serviço médico geral. Por meio da prática da interconsulta, é possível desenvolver uma atividade interprofissional e interdisciplinar (Schmitt & Gomes, 2005).

INTRODUÇÃO

A interconsulta psiquiátrica originou-se dentro do hospital geral nos Estados Unidos e na Europa, na década de 1930. No Brasil, a partir dos anos 80 com as mudanças significativas no tratamento à saúde mental e no cuidado dos transtornos mentais, a interconsulta começa a se desenvolver no país (Bambarén, Zimmermann & Sfoggia, 2015).

O trabalho de interconsulta acontece através de um médico psiquiatra que atende solicitações de um médico de outra especialidade dentro de uma unidade ou

A Terapia Ocupacional inicia seu trabalho seguindo esta abordagem dentro do campo da Psiquiatria, conforme elucidado por Gomes (2010). No entanto, a interconsulta em Terapia ocupacional não se limita ao campo da psiquiatria, mas abarca todas as demais condições de saúde presentes no hospital geral. Neste sentido, Morais (2001) aponta como papel do terapeuta ocupacional interconsultor: potencializar os aspectos saudáveis; amenizar a quebra e as modificações da vida cotidiana; auxiliar no processo de alta e reinserção social do sujeito; planejar métodos com a equipe solicitante; e instrumentalizar o familiar no cuidado com o paciente.

Apesar de a Terapia Ocupacional existir no Brasil há décadas e estar presente em praticamente todos os contextos de atendimento à saúde, muitos profissionais não a conhecem, ou têm uma compreensão equivocada de suas possibilidades e contribuição para a assistência integral.

A Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT) (2012, par. 1) define a Terapia Ocupacional como:

...uma profissão de saúde centrada no cliente, preocupada em promover a saúde e o bem-estar através da ocupação. O principal objetivo da terapia ocupacional é permitir que as pessoas participem das atividades da vida cotidiana. Os terapeutas ocupacionais alcançam esse resultado trabalhando com pessoas e comunidades para aumentar sua capacidade de se envolver nas ocupações que desejam, precisam ou devem fazer ou modificando a ocupação ou o ambiente para melhor apoiar seu engajamento ocupacional.

No Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), o trabalho dos terapeutas ocupacionais nas enfermarias foi ampliado e consolidado a partir de 2010 com o início das atividades da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar. Até então, as ações do Setor de Terapia Ocupacional aconteciam prioritariamente nos ambulatórios ligados ao Hospital, inclusive por haver poucos profissionais contratados. Por ser um hospital universitário, a rotatividade de estudantes, de todas as áreas da saúde, é significativa, principalmente nas enfermarias. Assim, muitos estudantes e profissionais desconheciam as atribuições do terapeuta ocupacional.

Com o início da residência, terapeutas ocupacionais passaram a incorporar a equipe de assistência em várias unidades do hospital. No entanto, vários setores ainda não têm o atendimento de rotina. Isto dificulta a convivência da equipe com o profissional e o conhecimento das suas várias possibilidades de atuação e, portanto, de solicitação da parceria. E, em se tratando de hospital de ensino, constata-se que esse conhecimento parcial compromete a informação aos estudantes. No entanto, são realizadas várias solicitações de interconsulta para a área que, no contexto do CHC-UFPR, são chamadas de Pedido de Consulta (PC).

A partir desta realidade, o objetivo deste estudo foi elencar os motivos dos PCs encaminhados ao Serviço de Terapia Ocupacional pela equipe multidisciplinar e sua correspondência com a respectiva avaliação terapêutica ocupacional dos pacientes, de modo a identificar a compreensão dos profissionais solicitantes acerca das funções do terapeuta ocupacional.

METODO

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo por meio da análise documental. A pesquisa qualitativa responde a questões muito específicas e atém-se a um nível de realidade que não pode ser mensurado. Em um sentido mais amplo, ela considera uma gama “de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” que, configuram-se em um plano mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que impossibilita sua redução à operacionalização de variáveis (Minayo, 2002, p. 21-22).

Para Souza, Freitas e Queiroz (2007), a análise documental, é o apanhado de uma coleta restrita de dados de documentos, escritos ou não, denominados como fontes primárias as quais podem ser realizadas no ato ou posteriormente ao fenômeno.

O estudo foi realizado nas seguintes unidades atendidas pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do CHC-UFPR, na área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso e pelas terapeutas ocupacionais do Serviço de Terapia Ocupacional: Clínica Médica (UNICLIN), Infectologia (UNFECT), Urologia e Nefrologia (UNU), Cardiologia/Pneumologia (UCP), Cirúrgica (UCIR), Urgência e Emergência Adulto (UUEA), Sistema Musculoesquelético (USME), e Cabeça e Pescoço (UNICAPE) do CHC-UFPR.

A amostra constituiu-se de PCs para profissionais de Terapia Ocupacional das referidas unidades e suas respectivas avaliações contidas nos prontuários, realizadas em resposta ao PC. Esses foram localizados tanto via sistema quanto por solicitação escrita em formulário próprio e comunicados pelas terapeutas ocupacionais da equipe das unidades e residentes à pesquisadora.

Os critérios de inclusão considerados foram: PCs para pacientes de ambos os sexos, com faixa etária mínima de 18 anos, e as avaliações dos terapeutas ocupacionais



em resposta a eles. Nos casos de impossibilidade motora, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada pelo cuidador responsável. Os critérios de exclusão foram: PCs de pacientes com dificuldade em entender os objetivos da pesquisa e pacientes mulheres internadas na Unidade de Infecologia, uma vez que são atendidas por outro programa de residência.

Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha de registro, elaborada pelas pesquisadoras, composta por oito itens: identificação do paciente; dados sociodemográficos; diagnóstico; tempo de internamento anterior ao PC; data de recebimento e resposta ao PC; descrição do motivo do PC, áreas profissionais e unidades solicitantes e resultado da avaliação da Terapia Ocupacional. O acesso ao conteúdo do PC e dos prontuários foi realizado somente após a assinatura do TCLE. Ou seja, anteriormente à coleta dos dados nos prontuários, os participantes da pesquisa receberam o TCLE, foram explicados os objetivos da pesquisa, sendo sanadas suas dúvidas e reforçados os termos da pesquisa sobre confidencialidade e anonimato. E, após se manifestarem cientes da possibilidade de saírem da pesquisa a qualquer momento, se assim desejassem, eles assinaram o TCLE. O estudo seguiu todos os trâmites éticos, sendo aprovado pelo Comitê e Ética do CHC-UFPR, sob parecer nº 533.995, conforme preconiza a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados dos prontuários foram transcritos para a ficha

No que diz respeito às áreas profissionais solicitantes (Gráfico 1), as que se sobressaíram foram a Fisioterapia e a Psicologia.

de registro e, em seguida, tabulados no programa Excel. A análise possibilitou a identificação de categorias relacionadas aos principais motivos de solicitação dos PCs, que posteriormente foram comparadas com as avaliações dos profissionais.

RESULTADOS

A coleta, realizada de março a julho de 2018, foi composta por 39 PCs, sendo que nove foram excluídos da análise. A amostra excluída justifica-se pela falta de tempo hábil para coleta por conta das altas, bem como solicitações de atendimentos para pacientes menores de idade ou com comprometimento cognitivo e sem acompanhante para assinar o TCLE, visto que tais fatores foram determinados como critérios de exclusão.

Os dados sociodemográficos estão representados na Tabela 1.

Quanto aos diagnósticos, considerando-se a variedade de clínicas atendidas, também se apresentaram de forma diversificada. O tempo médio de internamento dos pacientes até a solicitação do PC, foi de 9,42 dias. Quanto à média de tempo de resposta aos PCs, os profissionais corresponderam ao estabelecido pela norma interna do hospital, sendo o prazo de até 48h para resposta após a emissão do PC.

GRÁFICO 1 ÁREAS PROFISSIONAIS SOLICITANTES

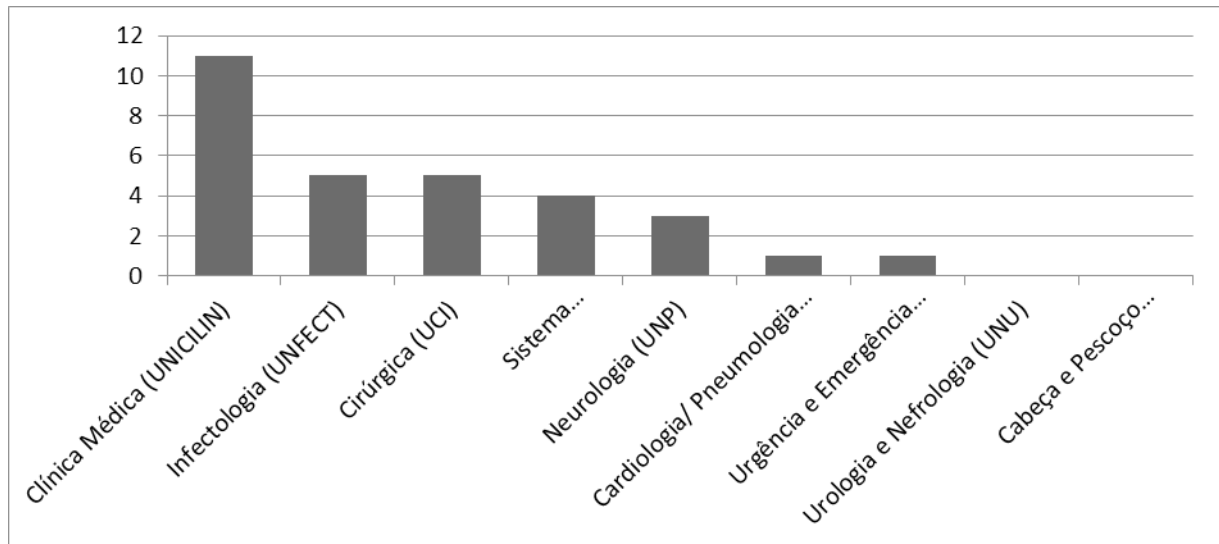
TABELA 1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Características demográficas		N=30
Idade	Idade Média (DP)	52 (2,5)
Gênero	Feminino	15 (50%)
	Masculino	15 (50%)
Estado civil	Solteiro (a)	5 (16%)
	Casado (a)	20 (67%)
	Viúvo (a)	1 (3%)
	Divorciado (a)	2 (7%)
	Não informado	2 (7%)
Escolaridade	Analfabeto	2
	Ensino Fundamental	13
	Ensino Médio	3
	Superior	4
	Não informado	8
Profissão	Não informado	5 (16%)
	Motorista	4 (13%)
	Do lar	3
	Autônomo	2
	Aux. de Limpeza	2
	Diversos	13
Benefício social	Aposentado	8
	Auxílio-doença	4 (13%)
	Sem benefício	8
	Não informado	10
Procedência	Curitiba – PR	18
	Região Metropolitana (RMC)	4
	Interior – PR	5
	Não informado	3

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

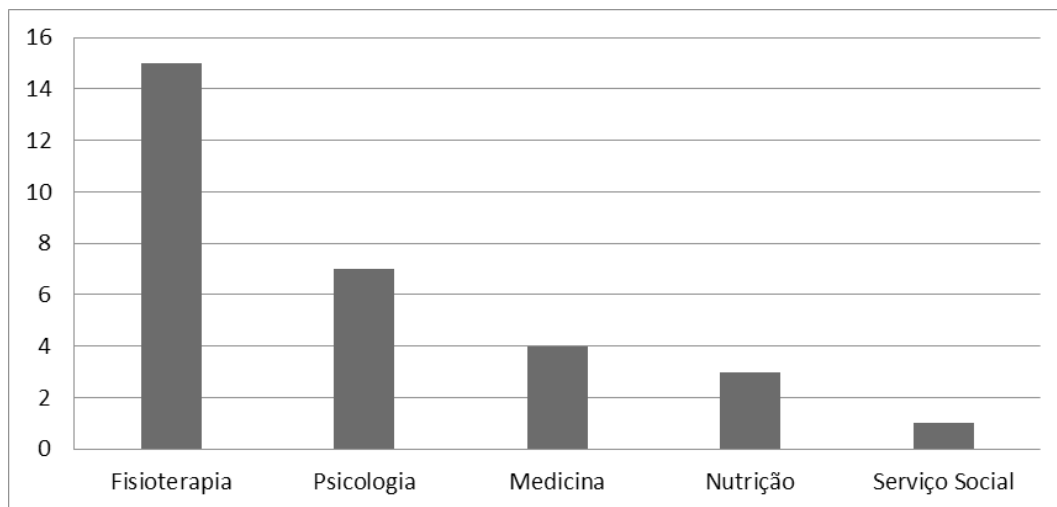


GRÁFICO 2. UNIDADES SOLICITANTES



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Nº	Funções
1	Funções
2	Atividade
3	Internam
4	Habilidad
5	Sem des
6	Demand
7	Dificulda
8	Motivaci



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

A ordem de frequência das solicitações das unidades em que ocorreu a coleta de dados é apresentada no Gráfico 2. A Clínica Médica foi a unidade que mais solicitou PCs para o serviço de Terapia Ocupacional. Apenas as unidades de Urologia e Nefrologia, e Cabeça e Pescoço não apresentaram nenhuma solicitação ao serviço.

A análise dos PCs pelo tipo de solicitação possibilitou classificá-los em oito categorias, de acordo com a Tabela 2:

TABELA 2 CATEGORIAS DAS SOLICITAÇÕES

Categoria	Identificação dos PCs	capacidade funcional, visando à diminuição da sobrecarga do cuidador e/ou o desempenho em ocupações significativas".	Total
Estrutura do corpo	PC 1, PC 2, PC 3, PC 7, PC 8, PC 9, PC 10, PC 13, PC 16, PC 17, PC 19, PC 20, PC 21, PC 22, PC 23, PC 26, PC 27, PC 28	Em relação a procedência dos pacientes, os dados vêm ao encontro das informações prestadas pelo próprio website da instituição, que destaca que o CHC-UFPR	18
Atividades da vida diária	PC 1, PC 4, PC 5, PC 6, PC 7, PC 8, PC 9, PC 13, PC 17, PC 21	atende a uma população de 411 mil pessoas do Estado do Paraná (97% das pessoas atendidas), enfatizando	10
Tempo prolongado	PC 3, PC 7, PC 15, PC 25, PC 30	que a instituição é a maior prestadora de serviços do	5
Níveis de interação social	PC 26, PC 27, PC 29	Sistema Único de Saúde (sus) do estado do Paraná (Universidade Federal do Paraná, 2019)	3
Descrição do motivo	PC 11, PC 14, PC 24	A média de internamento dos pacientes desta pesquisa	3
Uso de tempo da equipe/Atividades	PC 12, PC 18, PC 30	apresentou-se relativamente alta (9,42) quando comparada	3
Níveis de adaptação ao internamento	PC 4, PC 6	ao referenciado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (2013), que destaca que a permanência	2
Funcional	PC 23	nos hospitais de agudos pode variar entre 3 e 5 dias. Contudo, a complexidade dos casos atendidos no CHC-UFPR e, os procedimentos oferecidos, são aspectos que	1

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

DISCUSSÃO

Em relação às características sociodemográficas da amostra, não houve diferenciação em relação ao gênero. Em estudo elaborado por Pelosi e Nascimento (2016), em um hospital universitário, as solicitações para a Terapia Ocupacional foram de 54% do sexo feminino e 46% do sexo masculino, dados que não se distanciam do encontrado nesta pesquisa.

Em outro estudo, com idosos hospitalizados, a prevalência foi do sexo masculino (64%), sendo a média de idade de 76 anos (Cabral & Nunes, 2015). Embora a média da presente pesquisa tenha sido de 52 anos, houve um percentual considerável de solicitações para pacientes idosos (31%), correspondendo a uma média de 71 anos. Cabral e Nunes (2015) ressaltam que a vulnerabilidade do idoso no ambiente hospitalar pode vir a comprometer suas habilidades físicas e mentais para manter uma vida independente, demandando tanto cuidados da equipe de saúde quanto de seus cuidadores.

Isto reforça a necessidade da intervenção do terapeuta ocupacional com a população idosa. Neste sentido, Rebellato (2018, p. 402) explica que, na atuação do terapeuta ocupacional com o público idoso, o foco está “na manutenção, resgate, maximização ou adequação da

“No sus, desconsiderando as internações de longa permanência (cuidados prolongados, psiquiatria, pneumologia sanitária e reabilitação), observou-se uma média de permanência de 4,5 dias no período de 2009 a 2012”. Quando observado os hospitais gerais do sus, que não realizam atividade de ensino, a média geral foi entre 3,5 e 6,4 dias (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2013).

O CHC-UFPR é um hospital geral e de ensino, cujos atendimentos são de alta complexidade, que são fatores que podem interferir na média elevada de permanência dos pacientes. Ramos et al. (2015) realizaram um estudo que analisou a média de permanência dos pacientes nos hospitais com atividades de ensino ou não, hospitais gerais e especializados (públicos e privados) do estado de São Paulo, Brasil. O estudo identificou que, apesar da maior taxa de ocupação hospitalar (63,3%) e o maior índice de rotatividade do leito (43,6) ter sido constatado nos hospitais voltados para o ensino, o tempo médio de permanência foi de 6,8 com DP de 5,3; e uma taxa de mortalidade hospitalar de 4,2 com DP de 3,2, as quais não apresentaram diferença significativa entre os grupos.



No entanto, ao se pensar nos benefícios da intervenção do terapeuta ocupacional, estes números apontam para a importância das solicitações para o serviço. De Carlo, Bartalotti e Palm (2004, p. 22) descrevem com detalhes alguns destes benefícios:

Prevenção da incapacidade e/ou promoção da recuperação da capacidade funcional, identificando, mantendo ou desenvolvendo no paciente, gradativamente, essa capacidade, valorizando suas perspectivas, necessidades funcionais e independência ocupacional; promover a reeducação sensorial e da coordenação motora, a independência na alimentação, a higiene, a locomoção, o trabalho, a escrita e o lazer. O terapeuta ocupacional pode indicar exercícios terapêuticos, medidas de analgesia e prevenção de deformidades, rigidez e incapacidades para o desempenho das atividades de vida diária (AVD), etc. Os posicionamentos podem diminuir a dor e o edema, seja pelo uso de órteses indicadas ou confeccionadas pelo terapeuta ocupacional, seja pelo uso de adaptações simples ou de equipamentos de tecnologia assistiva, etc.

No que tange às categorias elencadas de acordo com os motivos das solicitações, a nomeada de “Funções e estruturas do corpo” foi a mais prevalente. Pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004), conceitua-se funções e estruturas do corpo como as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas), foram compreendidos os PCs que utilizaram terminologias conforme exemplificado nos extratos: “Paciente com hemiparesia à direita...”- (PC 1); “...déficits de coordenação motora...”- (PC 2); “...plegia em mão esquerda...”- (PC 3); “...redução de força muscular proximal...”- (PC 13); “...Apresenta espasticidade do lado direito...”- (PC 19); “...contratura em dorso e MMII...”- (PC 23).

Os achados corroboram com o que Macedo (2003) aborda: comumente a Terapia Ocupacional recebe solicitações para atender pacientes com limitações motoras por conta de procedimentos e/ou equipamentos utilizados, e com sequelas físicas em sua maioria irreversíveis, impactando no desempenho das atividades de vida diária e atividades de vida prática. A autora ressalta que a Terapia Ocupacional pode intervir por meio de adaptações de equipamentos, materiais e atividades,

bem como na organização de uma rotina viável durante o período de internação e no pós-alta, tendo em vista as limitações condicionadas pela doença.

Foi observado que as terminologias supracitadas foram utilizadas por profissionais da Fisioterapia, sendo a área profissional que mais realizou solicitações para o serviço, seguida da Psicologia. Na rotina do hospital em questão, as intervenções da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional encontram-se atreladas em vários momentos, visto a preocupação em comum com a funcionalidade do paciente internado.

Quanto à Psicologia, da mesma forma que a Fisioterapia, observa-se uma aproximação no desempenho do trabalho no contexto hospitalar. Além disso, as solicitações mostraram, em sua grande maioria, uma compreensão coerente sobre o papel do terapeuta ocupacional, conforme os extratos: “...possui limitações de movimentos de MMII...”- (PC 10); “Peço avaliação da TO a respeito da funcionalidade de MMII e MMSS...”- (PC 20); “... averiguação da possibilidade de comunicação alternativa... orientação quanto à funcionalidade.”- (PC 27); “...orientação quando às medidas de conservação de energia.”- (PC 28).

Dentro desta categoria, nas avaliações realizadas pelos profissionais identificou-se que apenas um PC não correspondeu diretamente ao motivo mencionado, e outros dois, parcialmente. Observou-se também que, além da avaliação inicial, ocorreram intervenções com frequência significativa logo neste primeiro contato, como orientações referentes a posicionamento no leito, exercícios para estímulo motor e sensorial, indicação de adaptações, bem como encaminhamentos para outros serviços do hospital. Isto pode ser justificado pela alta rotatividade dos pacientes, e pelo fato de o terapeuta ocupacional não compor a equipe de rotina de todas as unidades pesquisadas. Conforme elucidado por De Carlo e Luzo (2004), a inclusão do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar necessitou ser revista para acompanhar o novo modelo da instituição hospitalar, tornando sua prática mais precisa para corresponder ao campo de ação em questão. O que inicialmente foi uma prática focada no paciente crônico, com o passar do tempo seguiu uma tendência internacional que primava por uma reorganização dos cuidados em saúde, contribuindo para períodos de internação mais curtos, como resultado, atendimentos direcionados aos pacientes agudos (Borges, Leoni & Coutino, 2012)

No que diz respeito às “Atividades de vida diária”, vários PCs não destacaram a atividade em questão, contudo, em sua maioria, os motivos vieram associados à categoria anterior, como exemplificado: “Paciente com hemiparesia à direita, dependente na maioria das AVDS.”- (PC 1); “...perda de autonomia em AVDS...”- (PC 4); “Paciente restrita em AVDS.... restrita ao leito.”- (PC 5); “... Solicito avaliação e seguimento para reeducação em atividades diárias dado às limitações físicas...”- (PC 7).

Observou-se que nesta categoria todos os pedidos corresponderam com a avaliação, sendo a Medida de Independência Funcional (MIF) o protocolo utilizado por todos os profissionais.

Percebeu-se também que termos como independência e autonomia vieram associados à funcionalidade denotando o mesmo sentido. A definição de autonomia e independência podem aparecer de formas distintas a partir do referencial utilizado. Para Hammel, Charlton, Jones, Kramer e Wilson (2011, p. 885), a independência pode ser entendida “como a capacidade do indivíduo de realizar, sozinho, atividades com segurança”, de acordo com o modelo de reabilitação, ou, “como uma condição de liberdade de escolha, acesso e oportunidade na sociedade com base em direitos e autonomia para gerenciar as decisões da própria vida”, segundo o modelo de grupo minoritário (Hammen et al., 2011). Em relação à autonomia, ela pode ser entendida como a competência que um indivíduo apresenta de acordo com as suas regras, valores e crenças para gerir a sua vida sem a mediação de outrem (Baptiste, 2010).

Sobre o “Internamento prolongado”, as justificativas apresentadas foram: “Longo período de internação por uso de ventilação mecânica e estadia em UTI”- (PC 7); “...imobilizado com tala gessada, aguardando cirurgia. Paciente em internamento prolongado.”- (PC 15); “... Paciente demonstra desânimo devido internamento prolongado.”- (PC 25); “Hospitalização prolongada e sem previsão de alta. Queixa-se por não poder manter sua rotina de atividades...”- (PC 30).

Para Macedo (2003), o internamento prolongado pode gerar um sentimento de vazio no paciente, sendo comum a queixa de que o tempo não passa, além de ter que enfrentar a espera de um resultado de exames, ou a conclusão de um tratamento medicamentoso, ou permanecer restrito ao leito. Frequentemente, o internamento prolongado está associado às doenças crônicas

graves e incapacitantes, apesar de ocorrerem também nos casos agudos; sintomas depressivos podem surgir em reação ao internamento prolongado. Nestes casos, a reorganização do cotidiano através do uso de atividades pode contribuir na manutenção das suas atividades de vida diária e atividades de vida prática.

Na categoria “Habilidades de Interação Social” enquadraram-se os PCs que se referiram à dificuldade na comunicação da equipe com os pacientes. A Associação Americana de Terapeutas Ocupacionais (2015) conceitua as habilidades de interação social como “Habilidades de desempenho ocupacional observadas durante o fluxo contínuo de trocas”. No documento base da Associação Americana de Terapeutas Ocupacionais é descrita uma vasta lista de habilidades que compõem esse grupo, como a gesticulação, fala fluente, jogo de linguagem, entre outras. Nas solicitações, os motivos vieram descritos da seguinte forma:

“sons incompreensíveis emitidos pelo paciente”- (PC 26); “averiguação de possibilidade de comunicação alternativa”- (PC 27); “meios de comunicação mais expressivos”- (PC 29).

Tendo em vista os motivos apresentados e os que estavam em consonância com as avaliações de Terapia Ocupacional, foi possível perceber que houve entendimento adequado por parte dos solicitantes de que o terapeuta ocupacional poderia auxiliar nas demandas do paciente constatadas por eles.

As avaliações mostraram que a afasia, que de acordo com Capuano (2012, p. 340) é “um distúrbio decorrente de lesão cerebral que afeta algumas ou todas as modalidades de linguagem (compreensão, expressão, leitura, escrita, capacidade de nomear, repetir e organizar o discurso de forma coerente)”, foi a principal causa limitante na comunicação e estava associada à doença infecciosa com comprometimento neurológico ou doença crônica em estágio avançado. Em conformidade com alguns estudos, no contexto hospitalar as limitações na comunicação comumente estão relacionadas a “traumatismo cranioencefálico, acidente vascular encefálico, doenças degenerativas, traumas em estruturas responsáveis pela fala, ou como consequência de intubações durante a internação hospitalar” (Pelosi & Nascimento, 2018).

Nas avaliações, identificou-se que os profissionais utilizaram vários recursos na intenção de avaliar o grau de



dificuldade e escolher o recurso que melhor favorecesse a comunicação do paciente com a equipe e familiares. O uso da prancha de comunicação, a escrita, e até mesmo objetos de uso pessoal disponíveis no quarto do paciente, foram aliados neste processo de avaliação e orientação ao paciente e aos familiares.

Esses tipos de recurso possibilitam a expressão do paciente de uma forma alternativa, bem como ampliam e facilitam a compreensão da equipe, familiares e cuidadores, sendo muito utilizados em terapia ocupacional. Nascimento, Mannini, Pelosi e Paiva (2017) esclarecem que a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) é uma das áreas da Tecnologia Assistiva que auxilia pessoas com comprometimento na fala ou escrita, que impeçam sua comunicação. Valoriza assim todas as formas de expressão do sujeito e da criação de recursos próprios desta metodologia, para ampliar as suas possibilidades de expressão e comunicação. Materiais como pranchas de comunicação, elaboradas com simbologia gráfica (desenhos representativos de ideias), letras ou palavras escritas, facilitam a expressão dos desejos, sentimentos, entre outras questões apresentadas pelo sujeito. Recursos de alta tecnologia também contribuem neste aspecto, como vocalizadores (pranchas com produção de voz) ou do computador, com softwares específicos, ampliando a eficiência na função comunicativa (Burei, Rodrigues & Stangherci, 2016).

Desta forma, a CAA é um recurso muito utilizado para facilitar a comunicação destes pacientes. A utilização da CAA no contexto hospitalar tem contribuído de maneira significativa para o cuidado de pacientes que apresentam dificuldades na fala ou escrita. Dentre vários profissionais que se utilizam da CAA, incluem-se os terapeutas ocupacionais (Nascimento, Mannini, Pelosi e Paiva 2017). Assim, a existência de vários pedidos de consulta com esse tipo de indicação denotam o reconhecimento por parte da equipe das possibilidades do terapeuta ocupacional com a facilitação da comunicação dos pacientes.

A categoria “Sem descrição do motivo”, correspondeu aos PCs que apenas solicitaram a avaliação do profissional, sem detalhamentos. Inicialmente, essa questão deixou uma lacuna sobre a interpretação dos profissionais quanto ao trabalho do terapeuta ocupacional. Contudo, as avaliações revelaram que os pacientes apresentaram demandas para o serviço, as quais estavam voltadas para a dependência no desempenho das

atividades de vida diária e necessidade de auxílio no planejamento da retomada ao trabalho. Apesar de não haver descrição do motivo, entende-se que a ideia da necessidade de intervenção do terapeuta ocupacional para melhora das condições do paciente estava presente na avaliação do solicitante. Gomes (2010) esclarece que o indivíduo que necessita de atendimento pode ser identificado pelo que não faz ou pelo que vai de encontro à doença e não da saúde e que, além disso, pode apresentar insatisfação ao interagir com a família, escola, e trabalho, incluindo, o ambiente hospitalar. Pelosi e Nascimento (2016, p. 719) corroboram com seu estudo quando destacam que os principais objetivos do terapeuta ocupacional no hospital foram: “treinar, orientar, adaptar e/ou criar estratégias para melhorar o desempenho das atividades; auxiliar e instrumentalizar o paciente na elaboração e na conclusão de projetos de vida...”.

Na categoria “Dificuldade de adaptação ao internamento” as avaliações não corresponderam aos motivos registrados nos PCs, o que pode sugerir uma preocupação do solicitante, ou essa questão não foi explicitada pelo profissional que realizou a avaliação. Contudo, os pacientes apresentaram limitações na realização das atividades de vida diária. Embora, os motivos não tenham sido esclarecidos, Gomes (2010) ressalta que pacientes que apresentam dificuldades para se adaptar à rotina hospitalar e/ou fazem críticas ao funcionamento da instituição —considerados os pacientes “problemas” ou “difíceis” ou “poliqueixosos”—, normalmente são encaminhados para a Terapia Ocupacional. Para auxiliar nesta questão, o terapeuta ocupacional procura dar abertura ao paciente para expressar sua individualidade, intermediando negociação da rotina com a equipe, além da elaboração de projetos individuais, não caracterizando como um cotidiano dentro do hospital (Gomes, 2010).

Os extratos a seguir exemplificam as categorias “Demanda de tempo da equipe/Atividades” e “Motivacional”: “...Demanda muita atenção da equipe, a mesma não dispõe de tempo para se envolver em atividades de distração.” – (PC12); “...Necessita de acompanhamento para realização de atividades.” – (PC18); “... Solicito avaliação para paciente acreditar que está melhorando.” – (PC23); “... Demonstrou interesse por atividade manual: crochê.” – (PC30).

Por esses extratos, é possível identificar a falta de especificidade do profissional solicitante quanto às atividades que necessitavam de acompanhamento. O entendimento parece ser que o terapeuta ocupacional é o profissional que realiza atividades de distração, conduz atividades manuais e motiva pacientes. Desse modo, foi possível perceber que em alguns momentos ainda há falta de clareza sobre o papel do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar. Contudo, essas situações podem ser vistas como oportunidade para reforçar o trabalho da profissão.

Os dados mostraram que o maior número de solicitações de PCs ocorreu em unidades atendidas por residentes multiprofissionais do Programa de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, como a Clínica Médica, Infectologia, Cirúrgica, Sistema Musculoesquelético e Neurologia. Assim, pressupõe-se que este fato contribuiu de maneira significativa para ampliar a visibilidade da profissão, visto que o formato da residência favorece as discussões de casos em visitas clínicas, em aulas e apresentações de estudos de casos dos eixos, além das discussões informais, ampliando as trocas de conhecimento entre as profissões. Neste sentido, a “integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente...” é ressaltada em um dos eixos norteadores da Residência Multiprofissional. (Brasil, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que a equipe, de modo geral, tem compreensão adequada sobre o trabalho desenvolvido pelos terapeutas ocupacionais. Contudo, não conseguem descrevê-lo adequadamente nos encaminhamentos. Os motivos elencados nos PCs na grande maioria corresponderam ao registrado na avaliação inicial, apesar de alguns equívocos demonstrados nas solicitações.

Apesar disso, constata-se ainda a necessidade de educação e conscientização continuada dos profissionais e estudantes, considerando que o CHC-UFPR é um espaço de ensino, e que as equipes de acadêmicos, residentes e profissionais contratados se renovam constantemente.

Como limitações para o estudo, destaca-se a falta de detalhamento nos PCs, o que dificultou a análise dos dados, o curto tempo de coleta e as altas inesperadas

que comprometeram o número da amostra. Além disso, a pesquisa foi realizada em apenas um dos três programas da residência multiprofissional com a presença de terapeutas ocupacionais, o que influenciou não apenas no número da amostra, mas também nos resultados, haja vista a diversidade do público atendido. Contudo, para este momento do estudo optou-se por não incluir os demais programas no estudo.

Nesta pesquisa, a residência multiprofissional mostrou-se uma importante via de divulgação da Terapia Ocupacional, e a presença de terapeutas ocupacionais no Programa de Residência contribuiu de maneira significativa para a visibilidade da profissão e do serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2013). *Média de Permanência Geral*. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>
- Associação Americana de Terapia Ocupacional. (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26, 1–49. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496/96423>
- Bambarén, C. Y., Zimmermann, P. R. & Sfoggia, A. (2015). Características das solicitações de interconsultas psiquiátricas em idosos internados em hospital universitário da região sul do Brasil. *PAJAR*, 3 (1), 8–14.
- Baptiste, S. (2010). Enabling communication in a person-centred, occupation-focussed context. In: Curtin, M., Molineux, M. & Supyk, Churchill, J. (Ed.), *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Enabling Occupation* (pp. 151–160). New York: Churchill Livingstone.
- Borges, F., Leoni, T. F. & Coutino, I. (2012). Terapia Ocupacional no contexto hospitalar: um delineamento da profissão em hospitais gerais e especializados na cidade de Salvador, B. A. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 20(3), 426–433.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2013). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- Brasil. Ministério da Educação (2009). Portaria n. 1.077 de 12 de novembro de 2009. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192
- Burei, A. P., Rodrigues, R. V. & Stangherçin, D. C. (2016). Comunicação alternativa: discutindo a prática pedagógica e a utilização desses recursos. *Criar Educação*, 6(1), 1–25.



- Capuano, A. M. N. (2012). Fonoaudiologia e Comunicação. In: Cruz, D. M. C. (Ed.), *Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico* (pp. 339–354). São Paulo: Santos.
- Cabral, B. P. A. L., Nunes C. M. P. (2015). Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 118–127.
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (2004). Recuperado de http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- De Carlo, M. M. R, Bartalotti, C. C. & Palm, D. C. M. (2004). A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática. In: De Carlo, M. M. R. P. & Luzo, M. C. M. (Ed.), *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares* (p. 20). São Paulo: Roca-Brasil.
- De Carlo, M. M. R. P. & Luzo, M. C. M. (2004). *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca – Brasil.
- Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (2012). Sobre a Terapia Ocupacional. Recuperado de <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>
- Gomes, M. G. J. P. B. (2010). A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: um convite feito há mais de 10 anos. *Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, 12(2), 21–26. Recuperado de <http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-04.pdf>
- Hammel, J., Charlton, J., Jones, R., Kramer, J. M. & Wilson, T. (2011). Dos direitos da incapacidade à conscientização esclarecida. In: Crepeau, E. B., Cohn, E. S., Schell, B.A.B., Williard & Spackman – *Terapia Ocupacional* (pp. 880–900). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Macedo, P. C. M. (2003). O trabalho em equipe multiprofissional. In: De Marco, M. A. (Ed), *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial* (pp. 147–156). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M. C. S. (2002). Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: Deslandes, S. F., Neto, O. C. & Gomes, R. (Ed.), *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (pp. 21–22). Petrópolis: Vozes.
- Morais, L. V. (2001). A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: um espaço para a saúde. *Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, 6(6), 9–13.
- Nascimento, J. S., Mannini, J., Pelosi, M. B. & Paiva, M. M. (2017). Cuidados do terapeuta ocupacional na introdução de recursos de comunicação alternativa no ambiente hospitalar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(1), 215–222.
- Pelosi, B. M. & Nascimento, J. M. (2016). Identificação de demandas para atendimento e implantação do serviço de Terapia Ocupacional em um hospital universitário. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(4), 716–721.
- Pelosi, M. B. & Nascimento, J. S. (2018). Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(1), 53–61.
- Ramos, M. C. A., Cruz, L. P., Kishima, V. C., Pollara, W. M., Lira, A. C. O. & Couttolenc, B. F. (2015). Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Revista Saúde Pública*, 49(43), 1–10.
- Rebellato, C. (2018). Terapia Ocupacional com idosos hospitalizados. In: Bernardo, L. D., Raymundo, T. M. (Ed.), *Terapia Ocupacional e Gerontologia: interlocuções e práticas* (pp. 401–407). Curitiba: Appris.
- Schimitt, R., & Gomes R. H. (2005). Aspectos das interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. *Revista Psiquiátrica*, 27(91), 71–81.
- Souza, J. A. V., Freitas, M.C. & Queiroz, T. A. (2007). Violência contra os idosos: análise documental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 268–272.
- Universidade Federal do Paraná. Complexo Hospital de Clínicas. (2019). *Histórico*. Recuperado de <http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufp>