

TERAPIA OCUPACIONAL NA CLÍNICA MÉDICA: EXPERIÊNCIAS PRÁTICAS EM ESTÁGIO SUPERVISIONADO*

Occupational therapy in the medical clinic: practical experiences in supervised internship

Terapia ocupacional en la clínica médica: experiencias prácticas supervisadas

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar as vivências da Terapia Ocupacional na enfermaria de clínica médica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, como práticas de estágio supervisionado, no ano de 2019. A experiência evidencia um perfil de adultos e idosos acometidos por múltiplas patologias, com perdas em seu nível de independência funcional e comprometimento das Atividades Básicas de Vida Diária após a hospitalização. As intervenções foram voltadas principalmente para o resgate da funcionalidade e demonstraram efetividade ao longo dos atendimentos. Portanto, reforça-se a importância do terapeuta ocupacional no hospital, para a recuperação da saúde e autonomia dos indivíduos.

Palavras-chave: Estágio; Funcionalidade; Hospital; Terapia ocupacional.

Abstract

The objective of this article is to present the Occupational Therapy experiences in the medical clinic ward of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, as supervised internship practices, in 2019. The experience shows a profile of adults and elderly people with multiple pathologies, with losses in their level of functional independence and impairment of the Basic Activities of Daily Living after hospitalization. The interventions were mainly aimed at the rescue of functionality and demonstrated effectiveness throughout the care. Therefore, the importance of the occupational therapist in the hospital is reinforced for the recovery of health and autonomy of individuals.

Key words: Internship; Functionality; Hospital; Occupational therapy.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar las experiencias de terapia ocupacional en el pabellón de la clínica médica del Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, como prácticas supervisadas, en 2019. La experiencia muestra un perfil de adultos y ancianos con patologías múltiples, con pérdidas en su nivel de independencia funcional y deterioro de las Actividades Básicas de la Vida Diaria después de la hospitalización. Las intervenciones se dirigieron principalmente al rescate de la funcionalidad y la efectividad demostrada en toda la atención. Por lo tanto, la importancia del terapeuta ocupacional en el hospital se refuerza para la recuperación de la salud y la autonomía de las personas.

Palabras clave: Funcionalidad; Hospital; Prácticas; Terapia ocupacional.

Mariana de Pontes Santiago

Acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE, Brasil. marianadepontes@hotmail.com

Janaína Marcelino Rocha de Abreu

Terapeuta ocupacional, Supervisora do estágio de Terapia Ocupacional do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil. janainamarcelinorochoa@gmail.com

Raquel Costa Albuquerque

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE, Brasil. raquel.albuquerque@ufpe.br

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente artigo relata e analisa uma experiência prática no contexto da Terapia Ocupacional hospitalar, em uma enfermaria de clínica médica, baseada nas vivências da disciplina de estágio supervisionado 1, para cumprimento de carga horária obrigatória no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco, no ano de 2019.

1.2 A Enfermaria de Clínica Médica – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP é uma entidade filantrópica, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade do Recife, que atua nas áreas de assistência médico-social, pesquisa, extensão comunitária, e na formação de recursos humanos para a saúde

Fundado em 1960 por um grupo de médicos, liderados pelo Professor Fernando Figueira, seu público alvo é voltado para a população carente pernambucana usuária do SUS. O IMIP é um dos principais centros de atenção à saúde do Brasil e o primeiro a receber o título de Hospital Amigo da criança, pela UNICEF.

O Complexo Hospitalar do IMIP é um conjunto de dez prédios, incluindo o Hospital Pedro II, tem serviços ambulatoriais e hospitalares, atendendo integralmente à crianças, homens e mulheres. Entre seus inúmeros serviços, conta com centro de diagnóstico e medicina intervencionista próprios, hospital-dia, emergências e salas para realização de diferentes terapias. Com mais de mil leitos, o IMIP realiza mais de 600 mil atendimentos anuais.

É no Hospital Pedro II que se encontram as enfermarias da Clínica Médica adulta, que são divididas em 4 alas, 2 femininas, e 2 masculinas, contando com um total de 64 leitos, existe também uma distribuição dos leitos para integrais, que atendem pacientes que necessitam de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica.

A equipe da clínica médica é composta por médicos, residentes de medicina, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e da equipe multiprofissional, que conta com residentes multiprofissionais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Os profissionais também recebem estudantes estagiários de diversas graduações e faculdades pernambucanas. A equipe dá suporte a cerca de 600 internamentos mensais, em sua maioria de curta duração.

A população atendida tem idade a partir dos 18 anos, e apresenta condições clínicas diversas, geralmente de média à alta complexidade, as principais patologias encontradas são: doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias (tumores), doenças do sangue e órgãos hematológicos, transtornos imunitários, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, e doenças do aparelho geniturinário.

O estágio foi supervisionado por uma profissional de Terapia Ocupacional do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, pelo período de março a julho de 2019.

2. PROCESSO DE INTERVENÇÃO/ACOMPANHAMENTO

2.1 A Intervenção da Terapia Ocupacional no contexto de clínica médica

Nas enfermarias, a identificação de quais pacientes devem ser avaliados e admitidos pela Terapia Ocupacional é feita pela equipe médica, que tem o primeiro contato com o paciente e sua clínica, assim, observa se há alguma indicação, e faz a prescrição ou parecer para a equipe multiprofissional.

A Terapia Ocupacional também realizou buscas ativas periodicamente para verificar se realmente todos que precisavam do serviço estavam sendo contemplados. Os profissionais também eram acionados por via de parecer médico para atender pacientes específicos em outros setores que não dispunham de terapeuta ocupacional.

Os pacientes das enfermarias de clínica geral são admitidos e acompanhados pelos profissionais da Terapia Ocupacional, quando é identificado na avaliação e anamnese a necessidade de intervenção terapêutica ocupacional voltada para a funcionalidade, e se o leito for apenas clínico, devido a existência de profissional terapeuta ocupacional responsável especificamente pelos leitos integrais.

A avaliação é realizada com uma ficha padronizada da instituição, que contempla a anamnese geral, para colher os dados de hipótese diagnóstica, história da doença, cirurgias prévias, amputações, ostomias, convulsões, nível de independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), nível de força muscular, tônus, se há contraturas ou deformidades, nível da amplitude de movimento (ADM), nível de consciência, orientação, humor, comunicação, integridade da pele e funções sensoriais. Além dos exames físicos realizados na anamnese, são utilizadas algumas escalas padronizadas que permitem um cuidado mais específico a cada paciente a partir das pontuações evidenciadas.

A escala que é sempre utilizada pela Terapia Ocupacional na enfermaria é a Medida de Independência Funcional (MIF), que avalia a percepção do paciente ou cuidador sobre o nível de independência na realização das ABVD. Os escores variam de 1 a 7, sendo 1 a necessidade de total assistência de terceiros, e 7, a independência completa.

A MIF possui 18 itens, os 13 primeiros itens são relacionados às atividades, funções do corpo, mobilidade e locomoção, os 5 últimos são relacionados à comunicação e conhecimento social. O escore final da MIF é obtido através da soma de cada componente individualmente, sendo 126 o escore máximo de independência funcional deste instrumento.

Entre outras escalas utilizadas, estão: a Escala de Sintomas de Edmonton (ESAS), que avalia a combinação de 10 sintomas físicos e psicológicos, é graduada de 0 a 10, onde 0 representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua pior intensidade. A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, que é um instrumento de triagem e avaliação geriátrica global, para rastreamento da depressão em idosos.

A Escala de Performance Paliativa (PPS) que descreve rapidamente o nível funcional a partir de cinco domínios: deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão, e nível de consciência. E o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que é utilizado para rastreamento cognitivo.

Após a avaliação era definida a conduta a ser tomada com o paciente, que variava de acordo com o nível de independência funcional. A maioria dos pacientes avaliados apresentava um declínio em sua capacidade funcional após a hospitalização, devido ao estado clínico, procedimentos invasivos, lesões por pressão, restrição ao leito, limitações de movimento, déficit de força, alterações sensoriais, nutricionais e cognitivas.

Pacientes que não apresentassem grandes alterações em sua funcionalidade ficavam sendo acompanhados para gerenciamento do quadro clínico, e eles e seus acompanhantes eram orientados a comunicar qualquer alteração que percebessem. Idosos e pessoas que caíram ou tiveram convulsões nos últimos 12 meses eram mantidos em protocolo de prevenção de quedas. Pessoas com comprometimento do sistema cardiorrespiratório, ou que relatavam muita fadiga na realização das ABVD recebiam intervenções voltadas para as técnicas de conservação de energia.

Pacientes com bom prognóstico para a reabilitação e ganhos em sua capacidade funcional tinham atendimentos voltados para prevenção de agravos ou manutenção do estado geral, através da estimulação sensorio-motora, treino cognitivo, treino das ABVD – transferências, mobilidade funcional, alimentação, vestir superior e inferior, higiene pessoal, e banho; Cinesioatividades – para o ganho de força, ADM, equilíbrio, adequação postural.

Da mesma forma eram estimulados a realizar passeios terapêuticos, jogos e atividades significativas, por vezes em grupo. Os dispositivos de tecnologia assistiva também eram confeccionados, adaptados, ou prescritos, como: copos e talheres adaptados, adaptação de sandálias, dispositivos de mobilidade – como cadeiras de roda, andador e muletas.

Alguns pacientes necessitavam de órteses de posicionamento, a maioria para membros inferiores, algumas foram confeccionadas com tala gessada, mas quando o paciente mantinha um padrão de tônus espástico, as órteses de polipropileno eram solicitadas. Pacientes que necessitavam de próteses ou continuidade no tratamento de reabilitação, eram encaminhados para o centro de reabilitação do IMIP.

Pacientes críticos, com pouco ou nenhum nível de consciência, comunicação e orientação, geralmente restritos ao leito e com escores baixos na MIF recebiam atendimento em conjunto pela equipe multiprofissional, e as intervenções aconteciam de forma gradual.

As principais técnicas realizadas pelos terapeutas ocupacionais com estes pacientes eram, medidas de conforto, hidratação e higiene de cavidade oral, hidratação da pele, tricotomia de unhas, controle de edemas, prevenção de lesões por pressão, organização de decúbito, posicionamento no leito.

Também eram realizadas reuniões de equipe, com apresentações de seminários e discussões de casos clínicos, tornando-se um espaço importante para trocas, discussões e definições de conduta terapêutica entre a equipe multiprofissional, com exceção dos médicos.

3. ANÁLISE CRÍTICA DA PRÁTICA

O ambiente hospitalar é um local geralmente limitador da autonomia, na qual o indivíduo é submetido a procedimentos dolorosos, se depara com dúvidas sobre seu processo de adoecimento ou questões sobre a finitude da vida, assim como tem sua rotina quebrada em torno dos horários e procedimentos logísticos do hospital, que de maneira mecanicista visam atender as necessidades do cuidado médico curativo¹.

Concomitante a isto, também devem ser levados em conta o contexto de vida, condição física e capacidade funcional anteriores ao processo de hospitalização, bem como ao tipo específico de patologia e suas comorbidades, ao tipo de tratamento e cuidados que serão necessários, para avaliar os possíveis impactos na independência funcional e desempenho ocupacional no ambiente hospitalar².

Compreender a história de vida, trajetória da doença, complicações e consequências na vida do indivíduo possibilita que o profissional trace um plano de tratamento exequível, pertinente e que atenda às necessidades do paciente. A equipe multiprofissional tem um papel muito importante na escuta e coleta dessas informações, e o trabalho interdisciplinar é fundamental para que os profissionais proporcionem um cuidado integral ao paciente³.

Dentre os profissionais da equipe multiprofissional, o terapeuta ocupacional no contexto hospitalar é o responsável por avaliar as ocupações, as habilidades e o desempenho dos sujeitos nas ABVD, bem como auxiliar a manter, resgatar ou descobrir as potencialidades, favorecendo a independência, autonomia e bem-estar⁴.

Para isso, os terapeutas ocupacionais usam ocupações e atividades de forma significativa, e se beneficiam da especificidade através da análise das atividades, estabelecendo metas, objetivos e estratégias de intervenção, o que é de extrema importância em uma clínica geral, que atende múltiplas patologias, condições e pessoas em diferentes ciclos da vida. Por essa razão, os espaços para intervenção e ensino-aprendizado da Terapia Ocupacional precisam ser conquistados cada vez mais no contexto hospitalar⁵.

Como os atendimentos da Terapia Ocupacional aconteciam mediante prescrição e parecer pelo médico responsável pelo paciente, esta dinâmica dificultava o trabalho, pois mesmo quando era identificada a necessidade de atendimento terapêuticoocupacional, era preciso solicitar a prescrição do médico para que os atendimentos fossem registrados, de acordo com a macropolítica da instituição.

Foram colocados cartazes com explicações sobre o que é Terapia Ocupacional e qual seu papel no contexto da clínica médica, e houve uma tentativa de comunicação direta com os responsáveis pela equipe médica, esse processo acabou sendo pouco efetivo, assim os profissionais da Terapia Ocupacional buscaram sua autonomia dentro da instituição e passaram a admitir todos os pacientes que tivessem perfil para atendimento.

O estágio é o momento em que o estudante tem a oportunidade de testar seus conhecimentos, ao mesmo tempo em que assume a responsabilidade profissional diante dos clientes e suas famílias, o que exige uma mudança de comportamento, e reflete nas suas autopercepções. Além disso, seu desempenho pode ser debatido por toda equipe multiprofissional, que o retroalimenta, e regula⁶.

4. SÍNTESE DE CONSIDERAÇÕES

O estágio supervisionado na clínica generalista é ímpar na formação do terapeuta ocupacional, pois desafia o acadêmico a ter um raciocínio clínico flexível a inúmeras condições clínicas e sociais. Com uma alta rotatividade de pacientes e poucos recursos, incentiva o desenvolvimento de aptidões positivas do estudante para lidar com adversidades.

Referências

1. Angeli A do AC de, Luvizaro NA, Galheigo SM. O Cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanaria do cuidar em terapia ocupacional no hospital. *Interface Comun Saúde Educ.* 2012;16(40):261–71.
2. Pelosi MB, Nascimento JS. Identificação De Demandas Para Atendimento E Implantação Do Serviço De Terapia Ocupacional Em Um Hospital Universitário. *Cad Ter Ocup da UFS-Car.* 2016;24(4):715–21.
3. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2008;19(2):i.
4. Associação Americana de Terapia Ocupacional. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo -3ed. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015;26(3):1–49.
5. Nascimento JS, Mannini J, Pelosi MB, Paiva MM de. Cuidados do Terapeuta Ocupacional na Introdução de Recursos De Comunicação Alternativa no Ambiente Hospitalar. *Cad Ter Ocup da UFSCar.* 2017;25(1):215–22.
6. Evenson ME. Estágio Supervisionado: A Transição de Aluno para Profissional. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB, editors. *Willard & Spackman Terapia Ocupacional.* 11th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1–1506.

* Este artigo não é parte de pesquisa, não possui financiamento, e não foi apresentado em eventos científicos.

Contribuições das autoras: Mariana de Pontes Santiago realizou a redação do texto; Janaína Marcelino Rocha de Abreu e Raquel Costa Albuquerque realizaram a revisão do artigo.

Submetido em: 01/10/2019

Aprovado em: 25/10/2019

Publicado em: 31/01/2020