

## Avaliação do desempenho ocupacional de indivíduos amputados em um hospital de urgência em Teresina-PI

Evaluation of the occupational performance of hospitalized amputees in an emergency hospital in Teresina-PI

Evaluación del desempeño ocupacional de pacientes amputados en un hospital de emergencia en Teresina-PI

Ana Thuiza de Sousa Ferreira | Gabriela Dantas Carvalho

### Ana Thuiza de Sousa Ferreira

Terapeuta Ocupacional pela faculdade FACID - DEVRV. Terapeuta Ocupacional na Associação Piauiense de Combate ao Câncer (APCC).

anathuizasousa@gmail.com

### Gabriela Dantas Carvalho

Fisioterapeuta pela Universidade federal do Piauí (UFPI), mestre em farmacologia e doutoranda em biotecnologia cardiovascular. Coordenadora e docente do curso de fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física da faculdade (FACID-WYDEN).

ftgabrieladantas@hotmail.com

### Resumo

A Terapia Ocupacional (TO) tem como instrumento de atuação, pesquisa e trabalho o desempenho humano. Portanto, entende-se que a natureza da sua prática é moldada primeira pela identificação dos papéis ocupacionais que os clientes/pacientes possuem, desejam, exigem e estão dentro de sua capacidade. A pesquisa tem por objetivo avaliar o desempenho ocupacional de indivíduos amputados de MMII no Hospital de Urgência no município de Teresina-PI. Trata-se de um estudo quantitativo de caráter exploratório e analítico. Que por meio da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) e uma Avaliação Física. A amostragem do estudo terá um campo finito de 21 participantes, com idade entre 18 a 59 anos, que permanecem hospitalizados por período igual ou superior a 10 dias e sofreram amputação de MMII no setor hospitalar da clínica médica. Foi observado por meio desta pesquisa, que a avaliação desse profissional dentro do ambiente hospitalar pode favorecer ao paciente a possibilidade de ganho na qualidade de vida, pois por meio dessa avaliação é realizado o prognóstico ocupacional desses pacientes. Percebeu-se com os dados coletados dos pacientes amputados na clínica cirúrgica no Hospital de Urgência em Teresina, apresentam queixas ocupacional em decorrência dos comprometimentos nas áreas e componentes de desempenho na realização de suas atividades, em especiais as áreas de atividades básicas de autocuidado, que foram mais mencionadas no estudo.

**Palavras chave:** Terapia Ocupacional, desempenho ocupacional, hospital.

### Abstract

*Occupational therapy (TO) uses human performance in one of its fields of action. Therefore, it is understood that the nature of their practice is shaped first by identifying the occupational roles that clients / patients possess, desire, demand, and are within their ability. The objective of the research was to evaluate the occupational performance of individuals with amputees of MMII at the Emergency Hospital in the city of Teresina-PI. It is a quantitative study of exploratory and analytical character. That by means of the Canadian Measure of Occupational Performance (COPM) and a Physical Assessment. The study sample will have a finite field of 21 participants, aged between 18 and 59 years, who remain hospitalized for a period equal to or greater than 10 days and suffered amputation of MMII in the hospital sector of the medical clinic. It was observed through this research that the evaluation of this professional within the hospital environment can favor the patient the possibility of gain in the quality of life, because through this aviation the occupational prognosis of these patients is carried out. It was perceived with the data collected from patients amputated in the surgical clinic at the Emergency Hospital in Teresina, present occupational complaints due to the commitment in the areas and components of performance in carrying out their activities, in special the areas of basic self-care activities, which were more mentioned in the study.*

**Keywords:** Occupational Therapy, Occupational Performance, hospital.

## Resumen

*La Terapia Ocupacional (TO) tiene el desempeño humano como instrumento de desempeño, investigación y trabajo. Por lo tanto, se entiende que la naturaleza de su práctica se configura primero identificando los roles ocupacionales que los clientes / pacientes tienen, desean, exigen y están dentro de su capacidad. La investigación tiene como objetivo evaluar el desempeño ocupacional de los amputados en la extremidad inferior en el Hospital de Urgencia en la ciudad de Teresina-PI. Es un estudio cuantitativo exploratorio y analítico realizado a través de la Medida de Desempeño Ocupacional Canadiense (COPM) y una evaluación física. La muestra del estudio tendrá un campo finito de 21 participantes, con edades comprendidas entre 18 y 59 años, que permanecen hospitalizados por un período igual o mayor a 10 días y sufrieron amputación de miembros inferiores en el sector hospitalario de clínica médica. A través de esta investigación se observó que la evaluación de este profesional en el entorno hospitalario puede favorecer al paciente en la posibilidad de ganar calidad de vida, porque a través de la misma se realiza el pronóstico ocupacional de estos pacientes. Se observa, a través de los datos recopilados de los pacientes amputados en la clínica quirúrgica del Hospital de Urgencia de Teresina, que presentan quejas ocupacionales debido a los compromisos en las áreas y componentes de desempeño en la realización de sus actividades básicas de autocuidado, que fueron más mencionados en el estudio.*

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, desempeño ocupacional, hospital.

## Introdução

Ao nascer o indivíduo apresenta incoordenação dos movimentos e baixa percepção dos objetos ao seu redor. No entanto, ao longo do seu desenvolvimento passa a desenvolver maior controle dos seus sistemas, como o nervoso, musculoesquelético e o sensorial, conseguindo então mover-se e raciocinar de acordo com suas vontades, podendo assim, realizar diversas experiências, que durante toda a sua vida, o capacitarão a ocupar-se de acordo com suas necessidades pessoais (Gonçalves, 2015).

O engajamento de uma pessoa em ocupações propriamente ditas humanas é organizado pelos papéis ocupacionais que incluem pré-escola, estudante, pai ou mãe, dona-de-casa, empregador, trabalhador ou aposentado, que assumem por escolha ou por necessidade e expectativa. Eles podem ter uma dimensão social, mas são principalmente configurações de atividade de uma ou de todas as principais áreas ocupacionais (American Occupational Therapy Association, 2015).

O desempenho ocupacional refere-se na simultaneidade das funções e estruturas do corpo, papéis, hábitos, habilidade, rotinas e seus contextos do homem, que é o principal centro de estudo da ocupação (Pedretti & Early, 2004). Quando ocorre déficits nos treinos de aprendizado e execução de tarefas de um componente de desempenho, podendo ele ser sensorial, cognitivo, físico e psicossocial ou nos contextos desfavorecidos de desempenho, podem levar a limitação no desempenho ocupacional (Corrêa & Santana, 2014).

A Terapia Ocupacional (TO), independente do campo de atuação, tem como seu principal foco a análise e estudo do desempenho humano. Portanto, entende-se que a natureza da sua prática é moldada pela identificação dos papéis ocupacionais que os clientes/pacientes possuem, desejam e exigem dentro de sua capacidade (Alexandre, 2016). Desse modo, a TO objetiva que estes indivíduos sejam capazes de identificar, escolher e desempenhar os próprios papéis ocupacionais necessários ou desejados dentro de sua capacidade de satisfazer a si mesmos ou a outras pessoas do seu convívio (Crepeau, Cohn & Schell, 2011).

Compreende-se que é através dos contextos ambientais e temporais que o homem começa a interpretar e a aperfeiçoar o seu desempenho físico, social e de lazer, e pelas ações que o ambiente proporciona a ele (Brum, 2015). Então quando o indivíduo apresenta alterações ou acometimentos, sendo eles fisiológicos, traumatológicos ou neurológicos ocorre um desequilíbrio nas habilidades de desempenhar tais atividades necessárias à sua vida e nas realizações dessas ocupações (Pontes & Polatajko, 2016).

Almeida (2008) afirma que existe a colaboração direta das experiências do dia-a-dia no desempenho do indivíduo e que a ruptura dessas tarefas diárias podem afetar na execução de possíveis novos papéis ocupacionais, como ser o gestor de uma família, colaborador social e profissional.

Diversas são os fatores que podem levar o ser humano a interromper o curso das variadas atividades diárias que este possa

executar, e o principal deles é o adoecimento. Ao passar por um processo de hospitalização devido à circunstância de uma patologia podem se desencadear uma série de agravos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais no paciente/cliente (Gallheigo, 2008). Neste contexto, a TO trabalha com práticas de ocupação funcional que visam reinstaurar a autonomia e independência desse paciente com suas funções físicas e mentais, sendo essas que à mantem com o ambiente, logo sua prática é necessária para estabelecer capacidades ocupacionais perdidas devido o fator abordado (Constantinidis, 2012).

Dito isso, o TO no contexto hospital têm necessariamente a função de desenvolver para os seus pacientes, intervenções que forneçam e favoreçam o treino dos cuidados pessoais, a orientação cognitiva, prescrição de mobiliário adaptado recursos que facilitem a execução das funções básicas, treino de Atividade de Vida Diária, orientações de rotina hospitalar, cuidado ao cuidador e esclarecimento da mudança de desempenho de atividade básica, que por ventura estejam restritas ao paciente durante e após o período de hospitalização (Martins & de Camargo, 2014). Eis então, que aparece a problemática deste trabalho, quais as alterações do desempenho ocupacional que afetam os indivíduos amputados de MMII, que se encontram hospitalizados no maior hospital de Urgência da capital teresinense?

Em face à diversidade dos problemas originados pelas condições de saúde dos indivíduos que sofrem lesões que interrompem sua funcionalidade, com destaque para os comprometimentos traumato-ortopédicos, verificados como as principais causas de entrada em hospitais de urgências, este trabalho propõe uma avaliação sobre a verificação realizada pelo Terapeuta Ocupacional quanto as demandas das disfunções do desempenho ocupacional no hospital de Urgência de Teresina (HUT), analisadas no período de agosto a novembro de 2017, em Teresina, capital do Estado do Piauí.

Compreender a base norteadora do desempenho ocupacional humano leva a entender que a interrupção do mesmo, por quaisquer motivos, levanta à necessidade de identificar as avaliações e reabilitação das disfunções ocupacionais humanas, sendo estas encontradas nos mais diferentes ambientes que o homem possa habitar e conviver (Gritti, Paulino, Marques, Castiglioni & Bianchin, 2015).

Diante disso, foi regulamentado a resolução N° 429 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Cofitto, 2013) que pontua a atuação do TO, quanto especialista em contextos hospitalares, se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases de alteração biológica, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos oferecidos ao paciente/paciente/usuário, familiares, cuidadores e grupos, devendo ser

esse profissional um grande aliado na redução de readmissão hospitalar.

Baseado nisso, o estudo busca evidenciar a importância da análise do quadro de desempenho ocupacional de indivíduos que se encontram por longos períodos hospitalizados e que realizaram o procedimento de amputação de MMII, fazendo o uso de avaliações de desempenho ocupacional, que trabalha com o objetivo de verificar o desempenho de tarefas de forma satisfatória, principalmente aquelas que o indivíduo mais necessita realizar no seu dia-a-dia.

## Método

A pesquisa foi submetida e aprovada na análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Integral e Diferencial (DeVry/Facid), levando em consideração a importância verificação das diretrizes e normas de pesquisas científicas em seres humanos, sendo, portanto, esta pesquisa baseada na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes da pesquisa foram submetidos ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com objetivo de esclarecimento quanto aos métodos e benefícios do estudo, além de obtenção da autorização dos mesmos para que a pesquisa fosse realizada, assim como todos os dados derivados da análise dos prontuários dos mesmos só ocorreu após o consentimento do referido hospital de internação e via Termo de Consentimento de Utilização de dados (TCUD).

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório e analítico, que visa identificar as perdas ocupacionais de pacientes internados por longo período em ambientes hospitalares, impactando diretamente na incapacidade de desempenhar diárias.

A coleta de dados ocorreu em um hospital público municipal de Teresina, localizado na Rua Dr. Otto Tito 1820 – Bairro Redenção, Teresina - PI, CEP: 64017-775 escolhida devido à estrutura propícia para realização dos estudos, cujo público-alvo será pacientes hospitalizados por um período de 10 dias.

A amostragem do estudo foi um campo finito de 21 participantes, com idade entre 18 a 59 anos, que permaneceram hospitalizados por período igual ou superior a 10 dias no setor hospitalar da clínica cirúrgica e que passaram por processo cirúrgico de amputação dos membros inferiores (MMII), que não apresentem declínios cognitivos, não levando em consideração sexo ou patologia em questão.

Foram excluídos indivíduos que apresentam traumas ortopédicos somente de membro superiores (MMSS), doenças do sistema nervoso ou já apresentam disfunções físicas prévias à hospitalização.

Como já descrito, o período de internação hospitalar contribui para o desencadeamento de problemas ocupacionais dos in-

divíduos ali internados. No intuito de analisar o desempenho ocupacional dos pacientes internados por longo período na clínica médica, será utilizado a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) (Caldas, Facundes & Silva, 2011).

Afim de analisar o impacto direto da internação destes pacientes sobre suas capacidades ocupacionais, foi realizada uma avaliação física na respectiva área acometida, contemplando análise da força, coordenação motora, bem como as atividades ocupacionais desempenhadas pela área acometida.

Para evitar o risco de exposição dos dados dos sujeitos pesquisados cada participante receberá um código que será utilizado no transcrito de toda a pesquisa, além disso, todos os envolvidos serão previamente esclarecidos e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constarão todas as informações pertinentes sobre a pesquisa. A análise dos prontuários ocorrerá por um único pesquisador, no qual tomará medidas preventivas como manuseá-los em ambiente seguro e com mãos limpas, visando a não danificação dos mesmos.

Afim de evitar quaisquer constrangimentos aos participantes será esclarecido tanto verbalmente como por escrito no TCLE. Será garantida sua total autonomia quanto à participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo aos mesmos no que diz respeito ao atendimento no hospital em questão.

Por fim, afim de prevenir quaisquer danos e/ou riscos de infecção durante a avaliação física está ocorrerá em ambiente limpo e iluminado, bem como todos os instrumentos utilizados serão previamente limpos com álcool a 70%. Aos pacientes incapazes de locomoção serão tomadas medidas preventivas e seguras, visando a prevenção de acidentes e lesões.

A pesquisa propõe avaliar possíveis disfunções ocupacionais de indivíduos hospitalizados, aos quais possam afetar seu desempenho ocupacional. Com o uso da avaliação do profissional terapeuta ocupacional que é capacitado para avaliar as necessidades funcionais dos pacientes na fase hospitalar e pós-hospitalar, determinando se os pacientes podem realizar com segurança e de forma independente suas atividades básicas ou se requerer de mais reabilitação. Possibilitando que esse paciente possa voltar a executar seus papéis ocupacionais na sociedade, e evitando a prorrogação das causas do adoecimento fora do contexto hospitalar.

Os dados obtidos foram organizados e tabulados no programa Microsoft Excel 2007.

## Resultados

A amputação é o mais antigo dos procedimentos cirúrgicos da humanidade, que se deu início antes de Cristo (a. c) com Hipócrates, nesse período a realização desse procedimento visava unicamente a retirada do membro para combater os

agravos que estava acometendo na saúde do indivíduo, somente após as Guerras Mundiais que as técnicas de amputação se aprimoraram, possibilitando e garantindo a reabilitação e funcionalidade do membro perdido (Fernandes, 2015).

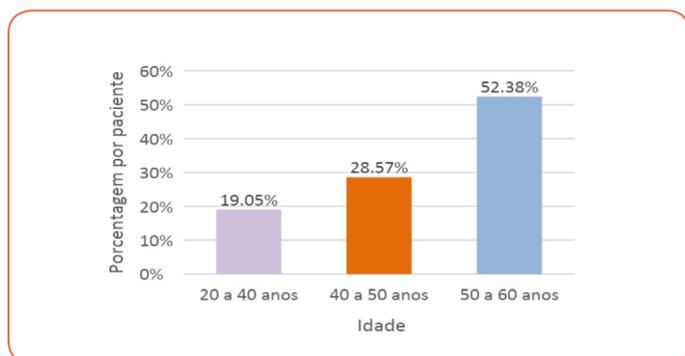
Atualmente, as causas de amputações no mundo vêm crescendo, devido diversos outros fatores que envolvem o cotidiano das sociedades contemporâneas, tais como: o aumento da violência urbana, o envelhecimento populacional e as doenças crônicas adquiridas, como a diabetes (Chamlian & Starling 2013). Em consonância a esses fatores, cerca de 85% dessas amputações no Brasil são de membros inferiores, com média de 94% delas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

Como profissional da saúde funcional, o TO encontrasse como profissional inserido a atuar com essa população, trabalhando na preparação do coto para a realização do enfaixamento no processo de protetização, confecção de instrumentos de adaptações funcionais e ambientais como as próteses que possam ocupar esses sujeitos afetados pela perda motora de um de seus membros, tanto no contexto do lar, do trabalho e do lazer, visando sempre uma maior autonomia do indivíduo (Brasil, 2013).

O estado do Piauí está entre dos três estados do Brasil com maior percentual de amputações, junto com o Rio de Janeiro e Maranhão. O município de Teresina-PI é referência no estado na realização dessas cirurgias de amputações, o Hospital de Urgência de Teresina (HUT) é um dos locais responsável por maior parte delas, pois conta com a estrutura de um Centro Cirúrgico com 09 salas de cirurgia e 55 leitos na enfermaria, sendo o maior e melhor equipado da cidade na prestação desse tipo de serviço (FMS, 2008; ENSP, 2010).

Este hospital dispõe de uma equipe multidisciplinar, incluindo o profissional de Terapeuta Ocupacional, que atua com o objetivo de manter e/ou recuperar as complicações decorrentes do processo de hospitalização, relacionados ao funcionamento de atividades ocupacionais, desde as mais básicas, como vestir, alimentar e banhar, até as mais complexas que visam o retorno desse indivíduo na sociedade, como as que dizem respeito ao seu trabalho. O único profissional terapeuta que atua na instituição tem também o papel de realizar adaptação de mobiliário e ofertar orientação aos familiares quanto ao cuidado pós alta (Caillet-Bois, Hernández, Muñoz, Murray, & Illán, 2012).

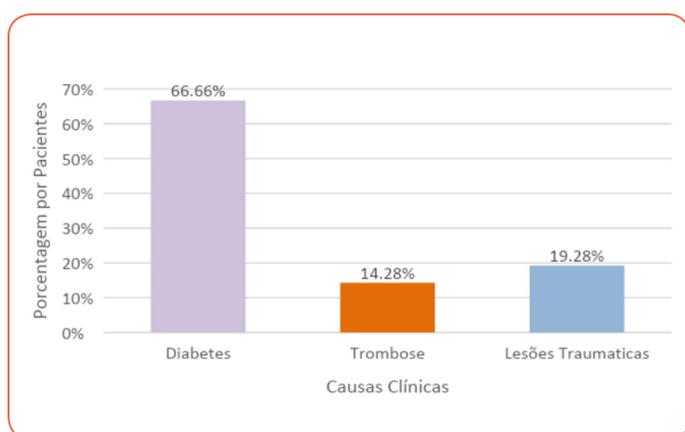
Esta pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2017, foram avaliados 21 pacientes amputados dos Membros Inferiores (MMII) na Clínica Médica do HUT, que permaneceram, especificamente por mais de uma semana internados na referida instituição, como mostra o Gráfico 1.

**Gráfico 1 - Quantidade de pacientes por idade e sexo da Clínica Médica do HUT**

Fonte: FERREIRA, 2017.

Dos 21 participantes da pesquisa, 12 eram do gênero masculino (57,14%) e 09 do feminino (42,85%). A faixa etária variou entre 29 e 60 anos (20 a 40 = 19,05%, entre 40-50 = 28,57, entre 50-60 = 52,38%). Quanto as causas que levaram esses sujeitos a serem hospitalizados, o resultado entra em concordância com o estudo realizado por Nogueira & Ferreira (2016), foi verificado que pessoas do gênero masculino têm como principal motivo de amputação a ocorrência de traumas provocados por acidentes no trânsito e as do gênero feminino são em decorrência de doenças vasculares, dentre elas a diabetes.

Quando abordado as causas mais frequentes da amputação no HUT, observou-se que 66,6% são de origem metabólica por disfunção glicêmica (diabetes), depois foi a trombose com 14,28% e 19,28% por lesões traumáticas, como verificado no Gráfico 2.

**Gráfico 2 - Fatores etiológicos das Amputações**

Fonte: FERREIRA, 2017.

Embora esteja crescente o avanço para diminuição dos agravantes da diabetes, ainda é notório a existência da alta incidência de amputações de membros inferiores, decorrentes dos fatores estigmatizantes da doença, sendo eles, o tempo de diagnóstico, amputações anteriores, doença vasculares periféricas e complicações cardiovasculares e até mesmo a

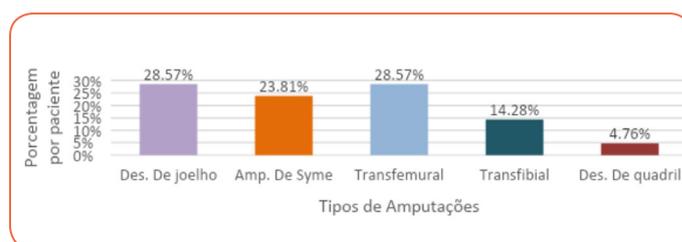
desorientação em relação ao cuidado pessoal (Bueno, Batista, & Thomazelli, 2016).

A trombose como vista na pesquisa, também é uma das complicações responsáveis pelas amputações. Caracteriza-se por ser uma doença que causa inflamação das paredes dos vasos sanguíneos, na maioria das vezes os de médio calibre, acarretando na formação de trombos nas paredes desses vasos, ocasionando dores fortes e perda de tecido no membro, consequentemente levando a amputação, que na sua maioria ocorrem em pessoas idosas, acamadas, sedentárias e fumantes (Tinoco, 2016).

No estudo de Mascarenhas, 2016 aponta que outra importante causa de amputação são os traumas gerados pelos acidentes automobilísticos, com maior predominância na população jovem, devido a imaturidade no trânsito como o uso de altas velocidades nas pistas, a ausência de capacete na condução das motocicletas e a realização de ultrapassagens perigosas.

Como anteriormente colocado, as principais intercorrências que geram as amputações, são de predominância em diabéticos, em sua grande maioria devido ao uso inadequado de calçados, ferimentos no pé e principalmente a manipulação incorreta dos MMII, em decorrência dessas observações podemos verificar que elas determinam também os níveis de amputações (Almeida, 2008; Bortello, 2010; Senefonte, *et al.*, 2012).

Quanto aos níveis de amputações encontrados no HUT, sua maioria está relacionada a desarticulação de joelho (28,57%), transfemural (28,57%), amputação de syme (23,81%), transfibial (14,28%) e desarticulação de quadril (4,76%) como mostra o Gráfico 3. Segundo Silveira, *et al.*, (2015), dependendo do nível de amputação do MMII, a capacidade funcional motora é alterada. Os tipos de amputações são responsáveis por terminar o grau de funcionalidade que o indivíduo passa a ter, quais os tipos de órteses/próteses que podem usar e as adaptações que são necessárias para cada nível.

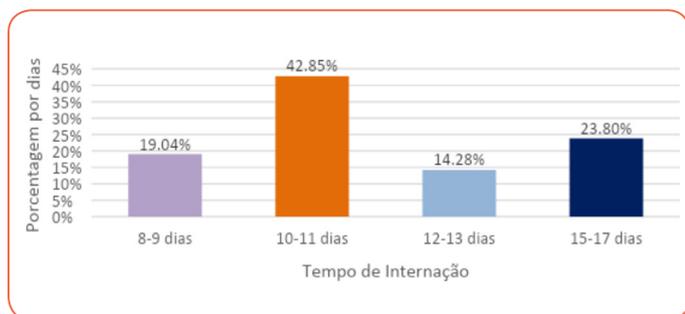
**Gráfico 3 - Tipos de Amputações**

Fonte: FERREIRA, 2017.

A recuperação do procedimento cirúrgico da retirada de membro (amputação) em sua maioria é longo, pois, trata-se de cirurgias evasivas e minuciosas. Silva (2015) em seu estudo

verificou que o período de hospitalização de pacientes amputados variou de 8 a 16 dias, valores altos quando relacionados as outras intervenções cirúrgicas.

**Gráfico 4 - Tempo de Internação na Clínica Cirúrgica**



Fonte: FERREIRA, 2017.

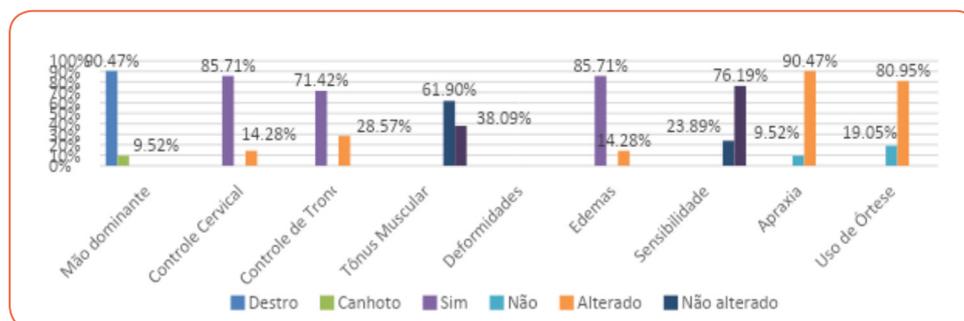
O período de hospitalização dos pacientes encontrados na clínica cirúrgica, ficou entre 8 a 17 dias relatado no Gráfico 4. Dado a partir da entrada no hospital até o encaminhamento para clínica cirúrgica. Segundo Nogueira (2015)

relatar a rotina e/ou estadia do paciente no ambiente hospitalar, implica fornecer informações acerca do impacto negativo que esse processo pode ocasionar ao paciente e ao seu tratamento, como decorrência um dos fatores, o imobilismo.

A síndrome do imobilismo desencadeia diversos prejuízos ao indivíduo gerando alterações das características morfológicas, bioquímicas e biomecânicas podendo também demorar os aspectos psicológicos ocasionando patologias psicológicas, como ansiedade, depressão, isolamento e labilidade emocional (Santos Boechat, Manhães, da Gama Filho & Istoe, 2015).

Visando verificar os acometimentos das capacidades motoras destes indivíduos hospitalizados, realizou-se uma avaliação física para apurar as complicações secundárias à amputação e o tempo de hospitalização. Quando realizada a avaliação física observou-se os aspectos negativos devido grande incidência de tônus muscular alterado e a presença de edemas, que se apresentaram como maior número de amostra, explicado no Gráfico 5.

**Gráfico 5 - Aspectos avaliados na avaliação Física**



Fonte: FERREIRA, 2017.

A mudança dos aspectos motores em pacientes decorrentes a hospitalização é observada constantemente pelos profissionais de saúde no ambiente hospitalar. Como forma de avaliar a execução de tarefas dos pacientes e o desempenho ocupacional durante o processo de adoecimento, amputação e hospitalização, utilizou-se como ferramenta avaliativa a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), avaliação publicada em 1990 por Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, & Pollock criada por pesquisadores canadense a partir do Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (MDCO), para ser utilizada como guia para terapeutas ocupacionais, na avaliação baseado na prática centrada no cliente (Law, et al., 2009).

O MDCO tem como base de compreensão a relação do indivíduo, ambiente e ocupação, esses componentes são os responsáveis por determinar o conceito do desempenho ocupacional humano. Em decorrência desse pensamento, a COPM

foi criada para avaliar o desempenho voltado nos anseios pessoais do cliente. Devido a singularidade de cada indivíduo, essa avaliação tem suas variáveis de acordo com seu cliente (Law *et al.*, 2009).

A estrutura da COPM não foi desenvolvida para avaliar desvios de normalidade provenientes empiricamente, já que esta avaliação não impõe padrão para desempenho ocupacional baseado na população em geral, os escores obtidos com cada sujeito são comparados com ele mesmo (Andolfato, 2009).

A maneira como a COPM se baseia está voltada para prática centrada no cliente e na sua ocupação, que é uma prática que melhora a funcionalidade e auto eficácia do indivíduo. Essa abordagem é uma das mais utilizadas pelo profissional da TO, pois abrange as escolhas do cliente, proporcionando o engajamento as ocupações que ele considera mais importantes (Pontes & Polatajko, 2016).

A COPM é dividida em duas etapas, a primeira consta com o perfil epidemiológico do cliente junto com uma tabela de atividades que é o local de coleta dos “problemas de desempenho” que os clientes vão julgar com os numerais de 1 a 10 como importantes a eles e que estão prejudicados, um outro quadro encontra-se subdividido em três esferas de acordo com áreas de desempenho denominadas autocuidado, produtividade e lazer (Law et al., 2009).

O tempo médio para a avaliação variou entre 20-40 minutos. Em seu estudo Sousa de Andrade, Araújo Seabra, & de Moura Ramos, (2015), pontuou que com base na aplicação da COPM o paciente, unicamente, disponibiliza as suas ocupações consideradas importantes. Os participantes dessa pesquisa enumeraram as atividades mais importantes para eles, assim como relataram o maior nível de dificuldade em executá-las. Como nessa pesquisa foi exposto no Quadro 1.

**Quadro 1: Problemas citados pelos pacientes**

| Autocuidado                                   | Quantidade vezes citadas por pessoas | Produtividade                        | Quantidade vezes citadas por pessoas | Lazer                    | Quantidade vezes citadas por pessoas |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Lavar-se                                      | 8                                    | Voltar a trabalhar                   | 2                                    | Participar de esportes   | 3                                    |
| Vestir-se                                     | 14                                   | Locomover-se pela sala da enfermaria | 17                                   | Ir para igreja           | 5                                    |
| Usar o vaso sanitário                         | 3                                    |                                      |                                      | Visitar Família e amigos | 5                                    |
| Transferir-se da cama para a cadeira de rodas | 7                                    |                                      |                                      | Ir para festas           | 2                                    |

Fonte: Ferreira (2017).

Analisando os dados do Quadro 1, verifica-se que uma grande quantidade de participantes demonstrou importância às atividades de autocuidado, ao qual estão inseridas as AVDs<sup>1</sup> e AIVDs<sup>2</sup> de lavar-se, vestir-se, usar o vaso sanitário e transferir-se da cama para a cadeira de rodas. De acordo com Bastista & Luz (2012) no procedimento da amputação o indivíduo que antes com total autonomia realiza suas atividades básicas, passa a realizá-las com auxílio de outra pessoa, que acarreta nele sentimentos de incapacidades, impotência e um empobrecimento da autoimagem, principalmente na execução de atividade básicas a si.

Dentre os fatores pontuado na avaliação está a locomoção, que é um comprometimento limitante, uma vez que a habilidade de locomoção demanda um grupo de capacidades motoras, que permeia o deslocamento do indivíduo de um lugar para outro (Gallahue, Ozmun & Goodway, 2013). A ruptura da locomoção envolve diretamente na prática diária humana, acarretando baixos escores para desempenho e satisfação

ocupacional (Biffi, Aramaki, Silva, Garavello & Cavalcant, 2017).

Grande parte dos participantes estão em idade produtiva, poucos deles citaram dificuldades relacionadas a essas atividades. Mesmo que a maioria da população de amputados de MMII exibam múltiplas limitações funcionais, a amputação em si não implica por completo na sua independência. Outros fatores irão determinar essas limitações a pessoa amputada, dentre eles os contextos nos quais vivem, sua interação neles, a informação sobre seus direitos e a reabilitação pós alta hospitalar (Biffi, et al.,2017).

A segunda etapa da avaliação é responsável por referenciar os dados anteriormente coletados pelo cliente como mais importantes, para então serem julgados com maior detalhe, pois nessa etapa é avaliado os 5 (cinco) itens de problemas mais elucidados na primeira etapa. Que são destrinchados de acordo com o desempenho e satisfação ao qual está executando as atividades (Law et al., 2009).

Existem três variáveis na avaliação, os problemas, o desempenho e a satisfação, sendo que não necessariamente estas precisem demonstrar relação direta. Pois a importância dada

1 Atividades Básicas de Vida Diária.

2 Atividades Instrumentais de Vida Diária.

a uma atividade, exclusivamente, não significa que o paciente conseguiu desempenhá-la, e ainda expressar satisfação em realizá-la (Viêro, Ponte, Pommerehn & Delboni, 2017).

Observou-se que existe correlação significativa entre desempenho e satisfação em relação aos problemas citados pelos entrevistados no HUT, a média dos valores de desempenho em relação as de satisfação. Como é mostrado na Quadro 2 o grau de insatisfação dos participantes em realizar as tarefas ditas como importantes relacionados ao desempenho de autocuidado.

**Quadro 2: Análise descritiva dos fatores citados pelos participantes – Autocuidado**

| Autocuidado                                   | Desempenho Média | Satisfação Média |
|---|------------------|------------------|
|   | (+/-)            | (+/-)            |
| Lavar-se                                      | 4,85             | 2,57             |
| Vestir-se                                     | 5,3              | 3,0              |
| Usar o vaso sanitário                         | 4,75             | 4,0              |
| Transferir-se da cama para a cadeira de rodas | 4,16             | 2,3              |

Fonte: Ferreira (2017).

A média referente ao desempenho e satisfação, respectivamente, dos entrevistados sobre as atividades de lavar-se [ (4,85) ;(2,57) ] vestir-se [ (5,3); (3,0) ]; usar o vaso sanitário [ (4,75); (4,0) ]; transferir-se da cama para a cadeira [ (4,16); (2,3) ], foram as atividades mais citadas como problemas de desempenho ocupacional pelos participantes, no autocuidado.

O estudo de Abdalla, et al., 2013 mostra que os principais aspectos afetados na qualidade de vida do amputado estar relacionado aos aspectos físicos e psicossociais e apresentam dificuldades em aceitar a relação de dependência que inicialmente apresenta de atividades de autocuidado.

Quanto aos fatores de produtividade, estes foram destinados as atividades que relacionadas a socialização e produção de renda, foi abordado dos entrevistados as atividades das quais houve ruptura e apresenta dificuldade devido a sua atual condição, notou-se uma ênfase dada pelos pacientes a necessidade de poder voltar a trabalhar [ (5,0); (3,2) ] e locomover-se pela sala da enfermaria [ (4,6); (3,33) ], como mostra na Quadro 3.

**Quadro 3: Análise descritiva dos fatores citados pelos participantes – Produtividade**

| Produtividade                        | Desempenho Média | Satisfação Média |
|--------------------------------------|------------------|------------------|
|                                      | (+/-)            | (+/-)            |
| Voltar a Trabalhar                   | 5,0              | 3,2              |
| Locomover-se pela sala da enfermaria | 4,6              | 3,33             |

Fonte: Ferreira (2017).

Um fator relacionado aos problemas de produtividade, destacado pelos autores na literatura e verificado no quadro acima, é a acessibilidade, que em locais, no geral, como as residências dos pacientes e em ambientes públicos é bastante restrita a esses indivíduos, as quais são causadas, na grande maioria dos casos, em decorrência das falhas nas construções urbanas e na falta de políticas públicas direcionadas ao acesso a mobilidade no nosso país (Sousa de Andrade, Araújo Seabra, & de Moura Ramos, 2015).

Quanto aos componentes de lazer analisados e mensurados pelos sujeitos pesquisados, verificou-se as seguintes médias: participar de esportes [ (4,6); (3,33) ], ir para igreja [ (5,5); (2,5) ], visitar família e amigos [ (3,3); (2,3) ] e ir para festas [ (3,25);(2,25) ]. Almeida (2008) relata que o sujeito quando passa a depender de terceiros para realizar atividades de lazer e dos meios sociais tem seu grau de autonomia prejudicado em decorrência, principalmente, dos fatores psicológicos afetados por essa perda em questão, causando sentimentos, incapacidade, ansiedade, inferioridade e isolamento. O Quadro 4 mostra a correlação significativa das variáveis desempenho e satisfação quanto ao componente de lazer dos participantes.

A existência de estudos sobre a prática do lazer com pessoas amputadas é escassa, porém, Martinelli (2011) aponta que o lazer é importante para o desenvolvimento das escolhas relacionadas aos interesses e desejos pessoais de pessoas com deficiência, pois favorece a elas o ganho de independência, que nesse caso encontram-se excluídas socialmente.

Devido a esse estigma preconiza-se que é de fundamentação do profissional da TO oferecer ao paciente a autonomia de opinar sobre o que importante as suas necessidades significativas de lazer.

**Quadro 4: Análise descritiva dos fatores citados pelos participantes – Lazer**

| Lazer                    | Desempenho Média | Satisfação Média |
|--------------------------|------------------|------------------|
|                          | (+/-)            | (+/-)            |
| Participar de esporte    | 4,6              | 3,33             |
| Ir para igreja           | 5,5              | 2,5              |
| Visitar Família e amigos | 3,3              | 2,3              |
| Ir para festas           | 3,25             | 2,25             |

Fonte: Ferreira (2017).

Nos três quadros de componentes de desempenho da avaliação ocupacional dos pacientes do HUT, apontaram significância acentuada nas variáveis de desempenho e satisfação, as mesmas mostram índices mais elevados na média quando eram discutidos o ato de desempenhar as atividades, contudo o grau de satisfação ao qual eram realizados apresentavam-se inferior, mostrando a relação de insatisfação no desempenho ocupacional dos participantes da pesquisa em realizar as atividades devido o processo de amputação.

**Discussão**

A realização de estudos que enfocam a avaliação com sujeitos em alterações do estado funcional demonstra relevância significativa no contexto hospitalar. Este estudo mostrou a relação entre desempenho ocupacional e amputação de MMII.

Percebeu-se com os dados coletados dos pacientes amputados na clínica cirúrgica no Hospital de Urgência em Teresina, apresentam queixas ocupacional em decorrência dos comprometimentos nas áreas e componentes de desempenho na realização de suas atividades, em especiais as áreas de atividades básicas de autocuidado, que foram mais mencionadas no estudo.

Apesar do número reduzido de pesquisa realizadas no Brasil nessa área por terapeutas ocupacionais, conclui-se a necessidade de desenvolvimento de outros estudos com essa temática, sobretudo com propostas de intervenção precoce sobre a prevenção da amputação que em sua maioria é decorrente de doenças metabólicas, devendo assim apresentar orientações de cuidado e execução de suas atividades básicas e produtivas a esse público, levando em consideração que terapeuta ocupacional é o profissional que tem entendimento dos por-

menores das atividades, estando habilitado para intervir na melhoria no desempenho ocupacional desses pacientes. Incluindo essa intervenção não somente na atenção secundária (ambiente hospitalar) mas na atenção primária.

Os resultados da pesquisa relacionados as atividades cotidianas justificam, pois, o encaminhamento, presença e intervenção do terapeuta ocupacional no atendimento ao sujeito amputado. Foi observado por meio desta pesquisa, que a avaliação desse profissional dentro do ambiente hospitalar pode favorecer ao paciente a possibilidade de ganho na qualidade de vida, pois por meio dessa avaliação é realizado o prognóstico ocupacional desses pacientes. ■

[Recibido: 23/09/2019- Aprobado: 16/05/2020]

**Referencial**

- Abdalla, A. A., Galindo, J., de Carvalho Ribeiro, S., Riedi, C., Ruaro, J. A., & Fréz, A. R. (2013). Correlação entre qualidade de vida e capacidade locomotora de indivíduos com amputação de membros inferiores. *ConScientiae Saúde*, 12(1),106-113.
- Alexandre, T. D. N. P. (2016). *A vivência do tempo ocioso na internação de longo período em um hospital geral*. [25] f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) — Universidade de Brasília.
- Almeida, A. E. C. G. D. (2008). *Diabetes mellitus como causa de amputação não traumática no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia*. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia.
- American occupational therapy association AOTA (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*,26, 1-49.
- Andolfato, C., & Mariotti, M. C. (2009). Avaliação do paciente em hemodiálise por meio da medida canadense de desempenho ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(1), 1-7.
- Batista, N. N. L. D. A., & Luz, M. H. B. D. A. (2012). Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 244-250.
- Biffi, R. F., Aramaki, A. L., Silva, F. C. M., Garavello, I., & Cavalcanti, A. (2017). Levantamento dos problemas do dia a dia de um grupo de amputados e dos dispositivos de auxílio que utilizam. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 28(1), 46-53.
- Bortoletto, M. S. S., Viude, D. F., Haddad, M. D. C. L., & Karino, M. E. (2010). Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 32(2), 205-213.
- Brum, M. (2015). A influência do comportamento humano dentro das organizações. *Revista Pós-graduação: desafios contemporâneos*, 2(3), 181-198.
- Bueno, D. S., Batista, C. R., & Thomazelli, F. C. S. (2016). Amputação de membros inferiores em pacientes diabéticos qual é o controle dos fatores de risco? *Rev. AMRIGS*, 60(3), 220-229.

- Caillet-Bois, C., Hernández, M. E., Muñoz, P., Murray, S., & Illán, V. (2012). Prevalencia de intervenciones de terapia ocupacional en un hospital de agudos. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2). doi:10.5354/0719-5346.2012.25312
- Caldas, A. S. C., Facundes, V. L. D., & Silva, H. J. (2011). O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(3), 238-244.
- Chamlian, T. R., & Starling, M. (2013). Avaliação da qualidade de vida e função em amputados bilaterais de membros inferiores. *Acta Fisiátrica*, 20(4), 229-223.
- Conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional. Aprova a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e das outras providências. *Resolução 429, de 08 de julho de 2013. Lex: Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional – COFFITO. 2013*
- Constantinidis, T. C. (2012). “Cabeça vazia, oficina do diabo”: concepções populares do termo ocupação e a terapia ocupacional. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 691-700.
- Corrêa, G. C., & Santana, V. C. (2014). Avaliação do impacto de uma intervenção de terapia ocupacional com ênfase no desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com deficiência visual. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1), 43-50.
- Crepeau, E., Cohn, E., & Schell, B. (2011). Prática de terapia ocupacional contemporânea nos Estados Unidos. *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 218-223.
- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP. Amputações atingem mais de 40 mil pacientes diabéticos no SUS, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/4262>. Acesso em: 05.11.2017.
- Fernandes, A. C., Ramos, A. C. R., Filho, M. C. de M. & Ares, M. de J. J. (2015). *Reabilitação*. 2ed. Barueri (SP): Manole, 256-267.
- Fundação Municipal de Saúde de Teresina FMS. Hospital de Urgência Dr. Zenon Rocha (HUT). Piauí, 2008. Disponível em: <http://fms.teresina.pi.gov.br/hospital-de-urgencia-dr-zenon-rocha-hut>. Acesso em: 09. Nov.2017.
- Galheigo, S. M. (2008). Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(1), 20-28.
- Gallahue, D. L., Ozmun, J. C., & Goodway, J. D. (2013). Compreendendo o desenvolvimento motor-: bebês, crianças, adolescentes e adultos. AMGH Editora.
- Gritti, C. C., Paulino, V. U., Marques, L. H. N., Castiglioni, L., & Bianchin, M. A. (2015). Desempenho ocupacional, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 93-101.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2009). Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM). *Belo Horizonte: Editora UFMG*.
- Martinelli, S. A. (2011). A importância de atividades de lazer na terapia ocupacional/the importance of leisure activities into occupational therapy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 19(1).111-118.
- Martins, L. A., & de Camargo, M. J. G. (2014). O significado das atividades de Terapia Ocupacional no contexto de internamento de gestantes de alto risco/The meaning of the Occupational Therapy activities in the hospitalization context of high risk pregnancy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(2). 361-371.
- Nogueira, I. L. S. (2015). A importância do ambiente físico hospitalar no tratamento terapêutico do paciente hospitalizado. *Revista On-Line IPOG*,9(10) 1-15.
- Nogueira, M. I., & Ferreira, F. R. M. (2016). Teorias, tecnologia e seu uso na compreensão do cérebro humano. *Khronos*, (2), 50-70.
- Pedretti, L. W., & Early, M. B. (2005). *Terapia ocupacional-capacidades práticas para as disfunções físicas*. Editora Roca. (5)126-132.
- Pontes, T. B., & Polatajko, H. (2016). Habilitando ocupações: prática baseada na ocupação e centrada no cliente na Terapia Ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(2), 403-412.
- Santos Boechat, J. C., Manhães, F. C., da Gama Filho, R. V., & Istoe, R. S. C. (2015). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *InterSciencePlace*, 1(22).89-193.
- Senefonte, F. R. D. A., Rosa, G. R. D. P. S., Comparin, M. L., Covre, M. R., Jafar, M. D. B., Andrade, F. A. M. D. , & Nogueira Neto, E. (2012). Amputação primária no trauma: perfil de um hospital da região centro-oeste do Brasil. *Jornal Vascular Brasileiro*, 11(4), 269-276.
- Silveira, J. F., de Lima, K. B., da Luz Goulart, C., Adolfo, J. R., Cardoso, D. M., da Silva, A. C. F., & Paiva, D. N. (2015). Avaliação da capacidade funcional, força muscular e função pulmonar de pacientes amputados e protetizados ao nível transfemural: estudo piloto. *Cinergis*, 16(1).01-04.
- Sousa de Andrade, V., Araújo Seabra, M. M., & de Moura Ramos, I. E. (2015). Correlação entre fadiga e desempenho ocupacional de indivíduos com esclerose múltipla. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(4). doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0592>
- Tinoco, P. C. A. (2016). Tromboangeíte obliterante: diagnóstico, manejo e tratamento. *RBAC*, 48(4), 307-10.
- Viêro, P. B., Ponte, A. S., Pommerehn, J., & Delboni, M. C. C. (2017). Diabetes Mellitus tipo 1 e 2: interferência das complicações vasculares e neurológicas no desempenho ocupacional/Type 1 and 2 Diabetes Mellitus: interference of vascular and neurological complications in occupational performance. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(1), 75-84.

#### Cómo citar este artículo:

Thuiza de Sousa A. y Ferreira Dantas Carvalho G.(2020). Avaliação do desempenho ocupacional de indivíduos amputados em um hospital de urgência em Teresina-pi. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 23-32.