

# Uma proposta de atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos hospitalizados<sup>1</sup>

Mariana Boaro Fernandez Canon<sup>a</sup>, Tatiana Vieira do Couto<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Campus Baixada Santista, Santos, SP, Brasil

<sup>b</sup>Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” – HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil

**Resumo: Introdução:** A associação entre doenças crônicas, dependência funcional e hospitalização representa grande risco para a população idosa, pois contribui para diminuição da capacidade funcional. **Objetivo:** Descrever um protocolo de atuação do Terapeuta Ocupacional com idosos hospitalizados com diagnóstico de doenças crônicas, abordando aspectos sensoriais, cognitivos, psicomotores e funcionais, e analisar se esse protocolo maximiza a independência na atividade de alimentação. **Metodologia:** Através dos critérios de inclusão foram selecionados idosos hospitalizados em uma Enfermaria Geriátrica entre os meses de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012. Foi realizada a avaliação funcional, através da Medida de Independência Funcional (MIF – parte motora) e então realizado o protocolo dos atendimentos, abordando aspectos sensoriais, cognitivos, psicomotores e funcionais. Foram 10 atendimentos, o primeiro e o último para avaliação e orientação, com média de duração de 30 minutos. Foram selecionados seis idosos, cinco do gênero feminino e um do masculino, com média de idade de 88,8 anos e de escolaridade de 5,3 anos. **Resultados:** A média do item alimentação (MIF), antes da internação, foi de 2,7 pontos, nos primeiros dias de internação, 1,5, e após a intervenção da Terapia Ocupacional, 3,8 pontos. As médias obtidas na pontuação total da parte motora da MIF antes, nos primeiros dias e após a intervenção foram: 26,8, 16 e 23,2 pontos, respectivamente. **Conclusões:** Todos os idosos se beneficiaram dos atendimentos e melhoraram o desempenho não apenas na atividade de alimentação como outras atividades básicas da vida diária, quando comparada aos primeiros dias de internação.

**Palavras-chave:** *Idoso, Hospitalização, Doença Crônica, Terapia Ocupacional.*

## A proposal of Occupational Therapy service to hospitalized elderly patients

**Abstract: Introduction:** The association between chronic diseases, functional dependency, and hospitalization represents a high risk for the elderly, because it contributes to decreased functional capacity. **Objectives:** This study aimed to describe an action protocol of Occupational Therapy with hospitalized elderly patients with diagnosis of chronic diseases, approaching sensory, cognitive, psychomotor and functional aspects, and to analyze whether this protocol maximizes the independence for the feeding activity. **Methodology:** Patients hospitalized in a Geriatric Ward, between December 2011 and February 2012, were selected according to inclusion criteria. After conduction of the intervention protocol, a functional evaluation, Functional Independence Measurement (FIM – motor part), was performed approaching sensory, cognitive, psychomotor and functional aspects. There were 10 sessions with average duration of 30 minutes, the first and the last ones for the assessment and orientation. Six (6) hospitalized elderly patients were selected: 5 females and 1 male, mean age of 88.8, 5.3 years of schooling. **Results:** The scoreboard mean for the feeding item of the FIM before hospitalization was 2.7 points, it dropped to 1.5 points in the first days of hospitalization, and then increased to 3.8 points after the intervention of Occupational Therapy. The scoreboard means for the motor part of the FIM before hospitalization, during the first days, and after the intervention

were: 26.8, 16 and 23.2 points, respectively. **Conclusions:** All the elderly benefited from this protocol and started to perform more independently not only the activity of feeding, but also the other basic activities of daily living, when compared to the first days of hospitalization.

**Keywords:** *Aged, Hospitalization, Chronic Disease, Occupational Therapy.*

## 1 Introdução

No final do século XX, a explosão demográfica caracterizava o cenário mundial, os números passaram a ser preocupantes, principalmente quando comparados ao do crescimento populacional ao longo de toda a existência da humanidade, e um desafio se apresentava: o envelhecimento populacional (COSTA et al., 2011).

O século XXI deixa claro que a população mundial está “[...] a envelhecer a passos largos [...]” (ORGANIZAÇÃO..., 2012), visto que, entre os anos de 2000 e 2050, a proporção de pessoas acima dos 60 anos duplicará, de um percentual de 11% passará então a 22%. Em números absolutos isso significa que de 605 milhões de idosos em 2000, serão então 2 bilhões em 2050 (ORGANIZAÇÃO..., 2012).

Ressalta-se ainda que o número de pessoas acima dos 80 anos passará a ser de 395 milhões em 2050. Essa impressionante evolução demográfica ganhará ainda mais destaque nos países de baixa e média renda. Atualmente, pessoas acima de 60 anos representam 11,2% da população total brasileira, o que significa 21 milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO..., 2012; INSTITUTO..., 2010).

A mudança em nossa pirâmide demográfica acarretou também um novo paradigma, no qual a população de risco passou a ser a senescente, com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e progressivas, além de doenças infecciosas e degenerativas, que a longo prazo podem gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia (ORGANIZAÇÃO..., 2012; RAMOS, 2011).

Para Alves et al. (2007, p. 1.924),

[...] a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional.

As doenças crônicas são o principal fator para o desenvolvimento da dependência funcional, que pode ser compreendida como a necessidade de auxílio que o indivíduo tem para a realização das atividades que integram o seu cotidiano (MARRA et al., 2007).

Essas atividades são classificadas, segundo a *American Occupational Therapy Association (AOTA)*, em Áreas de Ocupação, que por sua vez são divididas em: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), que por definição relacionam o indivíduo com ele mesmo e incluem tarefas de autocuidado; as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que são aquelas que relacionam o indivíduo com o meio e são frequentemente mais complexas, como gerenciamento financeiro, compras e limpeza; o lazer; o trabalho, a educação e a participação social (AMERICAN..., 2008).

Além da presença das doenças crônicas e da dependência funcional, os idosos são frequentemente acometidos por desnutrição e infecções, que contribuem para o aumento das taxas de internação hospitalar, quando comparados a outros grupos etários (AMARAL et al., 2004).

A hospitalização representa um grande risco para a população idosa, uma vez que a mesma é mais suscetível a complicações causadas pelo período prolongado no leito, contribuindo assim para a diminuição da capacidade funcional e, conseqüentemente, para mudanças na qualidade de vida (SIQUEIRA et al., 2004).

Kawasaki e Diogo (2005) comprovaram em seu estudo que durante a hospitalização de idosos há um declínio em todas as ABVD. Siqueira et al. (2004) demonstraram que de um total de 94 pacientes, 19,1% pioram funcionalmente e que há uma correlação significativa entre essa piora e a presença de déficit cognitivo.

Nesse contexto, a capacidade funcional surge como o paradigma de saúde do idoso, que compreende o grau de preservação do indivíduo em realizar as atividades e é considerada um indicador de saúde para essa população (RAMOS, 2011). Sendo assim, intervenções voltadas para a independência dos idosos tornam-se fundamentais quando almejamos qualidade de vida e promoção de saúde junto a essa população.

O presente estudo tem como objetivo descrever um protocolo de atuação do terapeuta ocupacional junto a idosos hospitalizados com diagnóstico de doenças crônicas, abordando aspectos sensoriais, cognitivos, psicomotores e funcionais, e analisar

se esse protocolo maximiza a independência para a atividade de alimentação.

Justifica-se a escolha da atividade de alimentação visto que na prática clínica observou-se que essa atividade sofre alteração significativa no período de internação, sendo que muitas vezes é a única atividade em que os idosos eram independentes no domicílio, além disso os cuidadores/acompanhantes acabam por privar o paciente de realizar essa atividade por não identificarem seu potencial de desempenho, além de ficarem receosos de ele se sujar.

## 2 Metodologia

O projeto de pesquisa, incluindo o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obtiveram a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (CEP/IAMSPE), através do número de protocolo 072/11.

Foram identificados, através de consulta aos prontuários, os idosos (indivíduos acima de 65 anos) com doenças crônicas, hospitalizados entre os meses de dezembro de 2011 e fevereiro de 2012 na Enfermaria de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO), localizado na cidade de São Paulo.

Em seguida foi apresentado o TCLE e, após assinado, foi realizada a avaliação do perfil funcional dos idosos selecionados, através da Medida de Independência Funcional – MIF (GRANGER apud RIBERTO et al., 2004), que visa medir o grau de solicitação do cuidado de terceiros que o indivíduo necessita para realização de tarefas motoras e cognitivas.

Esse instrumento verifica o desempenho do indivíduo na realização de 18 tarefas subdivididas em: tarefas motoras (autocuidado, controle esfinteriano, transferências, locomoção) e cognitivas (comunicação e cognição social). Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência em sete níveis (1 - dependência total; 2 - dependência máxima; 3 - dependência moderada; 4 - dependência mínima; 5 - supervisão, estímulo ou preparo; 6 - independência modificada; e 7 - independência completa), a pontuação varia de 18 a 126 pontos, sendo que a parte motora da escala varia de 13 a 91 pontos – quanto maior a pontuação, maior o nível de independência do paciente (RIBERTO et al., 2004). Para essa pesquisa foram avaliadas apenas as tarefas do componente motor desse instrumento.

Como critérios de inclusão do idoso foram utilizados: a classificação a partir de dependência

mínima (nota de corte 4) para a atividade de alimentação na MIF, já os critérios de exclusão foram: idosos em uso de sonda nasoesférica, com gastrostomia, quadro clínico declarado grave, ausência de movimentos em membros superiores e que receberam alta hospitalar antes do término das intervenções.

Em seguida foi aplicado o protocolo de atuação da Terapia Ocupacional, que consistiu em 10 atendimentos, sendo o primeiro e o último para aplicação da MIF, TCLE e orientações finais e os oito atendimentos nesse intervalo para a efetiva intervenção. A média de duração das intervenções foi de 30 minutos, podendo ocorrer uma ou duas vezes ao dia, dependendo da disponibilidade, vontade e desempenho do paciente no dia. Destaca-se que a abordagem do paciente e de seu cuidador/familiar era feita após três dias de internação, para permitir o impacto ou não da mesma no desempenho do paciente.

Para identificar o desempenho do paciente no domicílio, antes da internação, foi aplicada a MIF com os cuidadores/acompanhantes, de forma a garantir relatos fidedignos, uma vez que os idosos participantes deste estudo, em sua maioria, tinham os aspectos cognitivos comprometidos significativamente devido ao quadro clínico que apresentavam. Tal comprometimento foi identificado através do desempenho apresentado pelos pacientes e não por avaliações cognitivas.

A aplicação da MIF nos primeiros dias de internação e após a intervenção da Terapia Ocupacional foi realizada através da análise, pelo terapeuta ocupacional do desempenho dos pacientes com contribuição dos cuidadores/acompanhantes e da equipe de enfermagem.

Ressalta-se que os atendimentos propiciaram momentos de discussão e reflexão junto aos cuidadores/acompanhantes e que contribuíram para a discussão apresentada neste artigo.

Os atendimentos abordaram os aspectos sensoriais, cognitivos, psicomotores e funcionais que compõem a atividade de alimentação, através de técnicas como: estimulação sensorial, estimulação cognitiva, treino de coordenação motora final e grossa, lateralidade e amplitude de movimento, além do treino funcional de alimentação.

A Tabela 1 apresenta o protocolo de atuação da Terapia Ocupacional aplicado aos idosos participantes do estudo.

Os dados foram digitados em planilhas do programa *Excel 2007* para *Microsoft Windows Vista*.

Tabela 1. Protocolo dos atendimentos propostos para a intervenção da Terapia Ocupacional junto a idosos hospitalizados com doenças crônicas.

Atividades	Objetivos	Materiais	Atendimento
<b>Avaliação inicial: apresentação do TCLE e aplicação da MIF</b>	Avaliar o perfil funcional (ABVD) do paciente na admissão hospitalar.	Instrumentos de avaliação: MIF	1º atendimento
<b>Atividade 1: Reconhecendo os materiais – os materiais foram apresentados um por vez ao paciente, que deveria nomeá-lo ou relatar a sua função (percepção).</b>	Estimulação sensorial (visão – gnosia); estimulação cognitiva (reconhecimento, percepção e nomeação)	Copo; talheres (garfo, faca e colher); prato; guardanapo; sachês de açúcar e sal	2º, 3º, 4º e 5º atendimentos
<b>Atividade 2: Reconhecimento tátil – de olhos vendados foi apresentado ao paciente um material por vez e solicitado que ele o reconhecesse através do tato.</b>	Estimulação sensorial (tato – estereognosia)	Copo; talheres (garfo, faca e colher); prato; guardanapo; sachês de açúcar e sal	2º, 3º, 4º e 5º atendimentos
<b>Atividade 3: Psicomotricidade – encaixe e desencaixe de copos; agrupamento de talheres em diferentes copos.</b>	Coordenação motora fina e grossa; lateralidade e amplitude de movimento	Copos; talheres (garfo, faca e colher)	2º, 3º, 4º e 5º atendimentos
<b>Atividade 4: Posicionamento adequado no leito para a alimentação – posição sentada.</b>	Posicionamento adequado para facilitar a alimentação e prevenir complicações (broncoaspiração)	Leito e travessieiros	6º, 7º, 8º e 9º atendimentos
<b>Atividade 5: Treino de alimentação com o lanche (café da manhã ou café da tarde).</b>	Treino funcional – estimulação da independência	Copo; talheres (garfo, faca e colher); prato; guardanapo; sachês de açúcar e sal; embalagens de alimentos (bolo, pão e fruta); mesa de apoio; tecnologia assistiva, caso necessário	6º e 7º atendimentos
<b>Atividade 6: Treino de alimentação, com o almoço.</b>	Treino funcional – estimulação da independência	Copo; talheres (garfo, faca e colher); prato; guardanapo; sachês de açúcar e sal; alimentos; mesa de apoio; tecnologia assistiva, caso necessário	8º e 9º atendimentos
<b>Avaliação final: Aplicação da MIF e orientações para continuação da estimulação da independência do idoso.</b>	Avaliar o perfil funcional após a intervenção da Terapia Ocupacional e estimular a continuação no domicílio.	Instrumento de avaliação: MIF; panfleto de orientações à estimulação à independência, com as possíveis consequências caso o idoso deixe de realizar as atividades	10º atendimento

Foram feitas análises descritivas (média, desvio padrão e porcentagem) das variáveis sociodemográficas (idade, gênero e escolaridade) e dos dados da caracterização das amostras utilizando-se os dados da MIF. Para isso utilizou-se o *Excel 2007*, uma vez que essas análises não necessitam de um programa estatístico de maior complexidade (DORIA FILHO, 1999).

### 3 Resultados

A Tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos, a partir da análise descritiva (média, desvio padrão e porcentagem).

Ressalta-se que três idosos foram excluídos do estudo visto que receberam alta antes do término do protocolo de intervenção, totalizando ao final seis idosos participantes. Destaca-se a prevalência do gênero feminino e da média de idade elevada: apenas um paciente tinha menos de 80 anos.

Com relação aos diagnósticos obteve-se que quatro idosos tinham Demência, sendo três (N., L. e M.) com doença de Alzheimer e um (F.) sem o tipo esclarecido; um (A.) paciente havia sofrido um Acidente Vascular Encefálico (AVE), sem seqüela motora, e um (T.) tinha Insuficiência Cardíaca Congestiva e Transtorno de Ansiedade.

Vale ressaltar que as causas da internação dos pacientes devem-se a Infecção do Trato Urinário (ITU) e Broncopneumonia (BCP), três pacientes

para cada diagnóstico. E que a média de dias de internação foi de aproximadamente 15, com mínimo de nove e máximo de 24 dias.

A Tabela 3 apresenta a pontuação de cada paciente com relação ao item alimentação da escala MIF um mês antes da internação (no domicílio), nos primeiros dias de internação (primeiro, segundo e terceiro dia de internação) e após a intervenção da Terapia Ocupacional.

Destaca-se que todos os pacientes sofreram perda funcional nos primeiros dias de internação, evoluindo após a intervenção da Terapia Ocupacional, aumentando assim sua capacidade funcional e a pontuação no instrumento de medida. Apenas um paciente não melhorou sua pontuação quando comparado ao período em que estava em seu domicílio, o que pode ser justificado com a evolução do seu quadro de base, que nesse caso era a doença de Alzheimer.

A Tabela 4 apresenta a média da pontuação do item alimentação e da pontuação total da parte motora da escala MIF um mês antes da internação, nos primeiros dias de internação e após a intervenção da Terapia Ocupacional.

Observa-se um aumento na média da pontuação do item alimentação após a intervenção da Terapia Ocupacional, de 2,3 pontos, quando comparado ao início da internação, e de 1, 1 ponto, quando comparado ao desempenho no domicílio, antes da internação.

**Tabela 2.** Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos idosos selecionados para o estudo.

N	Gênero	Idade	Escolaridade
6	83,4% (Feminino) 16,6% (Masculino)	88,8 (±6,3)	5,3 (±3,4)

**Tabela 3.** Pontuação dos idosos participantes do estudo no item alimentação da escala MIF um mês antes da internação, nos primeiros dias de internação e após a intervenção da Terapia Ocupacional.

Pacientes	T.	N.	F.	A.	L.	M.
Um mês antes	2	4	1	4	4	1
Primeiros dias de internação	1	1	1	3	2	1
Após a intervenção	5	2	4	5	5	2

**Tabela 4.** Média da pontuação do item alimentação e da pontuação total da parte motora da escala MIF um mês antes da internação, nos primeiros dias de internação e após a intervenção da Terapia Ocupacional

	Item Alimentação da MIF	Pontuação total da parte motora da MIF
Um mês antes da internação	2,7 (±1,5)	26,8 (±9,7)
Primeiros dias de internação	1,5 (±0,8)	16 (±3,8)
Após a intervenção da Terapia Ocupacional	3,8 (±1,5)	23,2 (±8,7)

A média da pontuação total da parte motora da MIF aumentou 7,2 pontos quando comparada à do início da internação, porém diminuiu 3,6 pontos quando comparada ao período anterior à internação, mesmo com a intervenção da Terapia Ocupacional.

## 4 Discussão

A incidência de internações na Enfermaria de Geriatria do HSPE-FMO é em média de 60 pacientes ao mês e por diversos diagnósticos, entre eles destacam-se as infecções (ITU, BCP, Pneumonia, entre outras) e doenças crônicas descompensadas, como Insuficiência Cardíaca Congestiva e Insuficiência Renal Crônica (Senso da Enfermagem da Geriatria do HSPE-FMO, 2012).

Segundo Loyola Filho et al. (2004), as três causas mais frequentes de internação entre idosos no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2001, foram: Insuficiência Cardíaca, Bronquite/Enfisema e outras doenças pulmonares crônicas, seguidas pelas pneumonias. Demonstrando proporção inversa à encontrada na Enfermaria de Geriatria deste estudo, porém com relação aos mesmos diagnósticos.

No perfil dos idosos dessa Enfermaria, destacam-se a prevalência do gênero feminino e a média de idade acima de 80 anos, dados que condizem com a amostra deste estudo e que corroboram os achados de Ovando e Couto (2010) em estudo que realizaram nessa mesma Enfermaria Geriátrica.

Além disso, observa-se que muitos pacientes têm como doença de base a Demência, que acarreta maior número de hospitalizações devido às condições clínicas associadas. Szlejć (2010) constatou em seu estudo que, de um total de 171 idosos internados, 29,8% tinham como principal síndrome geriátrica a Demência.

A maioria desses pacientes encontra-se no estágio avançado da doença, caracterizado por um comprometimento grave da cognição e da realização das AIVD e ABVD. A fluência verbal se reduz a ecolalia, palilalia ou até mesmo mutismo (NOVELLI, 2006; CARAMELLI; AREZA-FEGYVERES, 2007).

Diante desse cenário e associado a outros fatores como a ausência do responsável e a alta hospitalar antes do término dos atendimentos é que se justifica o número baixo da amostra.

Este estudo evidenciou perda significativa da funcionalidade dos pacientes entre um mês antes da internação até os primeiros dias dela. A capacidade funcional é influenciada por fatores externos, ambientais, físicos e culturais, interferindo

na independência do indivíduo (KAWASAKI; DIOGO, 2005).

Fatores como a gravidade da doença, o quadro nutricional e um ambiente não responsivo, englobando tanto questões estruturais como atitudes exacerbadas de protecionismo e zelo por parte dos profissionais e dos acompanhantes contribuem para esse elevado declínio na funcionalidade (KAWASAKI; DIOGO, 2005).

Associado a isso, o paciente depara-se com um período prolongado no leito, como o constatado neste estudo (aproximadamente 15 dias), que pode ocasionar perda de 10% da massa muscular por semana. Sabe-se que a reserva fisiológica de um idoso é reduzida e que, associada a essa perda muscular, ela gera consequências significativas no desempenho das ABVD e AIVD (OVANDO; COUTO, 2010)

Este estudo demonstrou também a redução da média da pontuação motora da MIF no momento da alta hospitalar (23,2 pontos), quando comparada à de há um mês antes da internação (26,8 pontos), tal ocorrência pode ser justificada pelo elevado impacto da hospitalização na funcionalidade, como apontam alguns autores (SIQUEIRA et al., 2004; KAWASAKI; DIOGO, 2005), e por esta pesquisa ter objetivado a estimulação de uma única ABVD, sendo todas as atividades de estimulação relacionadas à alimentação.

A rotina hospitalar, principalmente da equipe de enfermagem, é composta por diversos procedimentos que requerem elevado nível de atenção e dedicação. Segundo Benincá, Fernandez e Grumann (2005), é comum que a equipe hospitalar tenha a população idosa como difícil de lidar, poliqueixosa e pouco colaborativa, acrescentando-se a isso que frequentemente há situações de estresse físico e psicológico, uma vez que lida-se com questões de envelhecimento e finitude humana, o que leva a afastamento e faltas frequentes dos funcionários.

Diante desse cenário e associado ao excesso de zelo por parte dos profissionais e dos acompanhantes é que os idosos, ao serem hospitalizados, além de perderem sua privacidade e estarem em um momento delicado de sua vida, são sujeitos a diversas regras e procedimentos inerentes à rotina hospitalar.

Situações como o uso de fraldas, mesmo quando o paciente não apresenta incontinência, banho e higiene pessoal feitos no leito e permanência excessiva nele são frequentes devido à falta de funcionários para acompanhar os pacientes nessas atividades e como forma de se prevenir acidentes, como quedas. Tais situações, principalmente a higiene pessoal no leito

e a permanência excessiva nele, foram frequentes entre os participantes deste estudo.

Pena e Diogo (2009) realizaram um estudo com o objetivo de identificar as atividades no cuidado do idoso hospitalizado que cuidadores/acompanhantes realizam e atividades que a equipe de enfermagem espera que o cuidador/acompanhante realize.

As tarefas de menor complexidade como higiene, alimentação e eliminações, de certa forma, são delegadas à família, enquanto procedimentos como medicação, sondagens, punções, entre outros, são de responsabilidade da equipe de enfermagem. Porém os autores ressaltam que os procedimentos e cuidados do paciente hospitalizado são de responsabilidade da equipe de enfermagem e por isso não devem ser delegados aos cuidadores/acompanhantes, independentemente da complexidade da atividade (PENA; DIOGO, 2009).

Na Enfermaria em que ocorreu este estudo identifica-se uma tentativa da equipe de enfermagem de realizar todos os procedimentos e cuidados dos pacientes, porém a falta de funcionários faz com que atividades como alimentação e higiene pessoal, consideradas de menor complexidade, sejam realizadas e/ou supervisionadas pelos cuidadores/acompanhantes ou até mesmo pelos voluntários do hospital.

Antigamente esperava-se um papel passivo do paciente hospitalizado, em que lhe era proibido qualquer tipo de esforço. Tal crença permanece para alguns pacientes, que atualmente são idosos, e por isso os cuidadores/acompanhantes são responsáveis por realizarem todas as atividades que a equipe de enfermagem não realiza. Esse ato é compreendido como forma de carinho e atenção para com aquele que se encontra doente (OVANDO; COUTO, 2010).

Tal atitude é constante e frequente e por isso a atividade de alimentação é pouco estimulada por parte dos cuidadores/acompanhantes, que acabam ofertando o alimento aos pacientes e não permitindo que eles ajudem nem nas tarefas mais simples, como segurar o copo.

Outro fator relatado pelos cuidadores/acompanhantes é que quando o idoso alimenta-se sozinho, ele despense maior tempo e podem ocorrer quedas de alimento no vestuário e roupa de cama, e, segundo o relato deles, a limpeza e a troca das roupas demoram a ser realizadas, uma vez que necessitam do auxílio da equipe de enfermagem.

Esses são outros fatores que podem justificar a perda excessiva da funcionalidade ao longo da internação e que justificam a média baixa da pontuação motora da MIF (16 pontos) nos primeiros

dias no hospital, assim como o item de alimentação também apresentou uma média baixa, sendo de apenas 1,5 ponto, correspondendo ao nível de dependência total.

Com relação às características dos pacientes, ressalta-se que um possuía o lado dominante hemiplégico e o restante apresentava um pequeno tremor nas mãos no início dos atendimentos, reduzido ou encerrado após o término da intervenção.

Os aspectos mais limitantes foram os cognitivos, visto que quatro dos seis pacientes tinham Demência e um, seqüela de AVE. Estudos nacionais e internacionais (FERREIRA et al., 2011; OLIVEIRA; MATTOS, 2012; YOSHIDA et al., 2012) demonstram que o declínio cognitivo está associado ao comprometimento da capacidade funcional.

Alguns recursos foram utilizados nos atendimentos, entre eles destacam-se as estratégias de aprendizagem ou técnicas mnemônicas, para aprimorar o armazenamento, codificação e/ou evocação de informações aprendidas através do uso da estimulação verbal e visual, por exemplo, a associação das características do objeto com a sua nomeação. Tais técnicas são consideradas eficazes com pacientes com Demência, principalmente doença de Alzheimer (BOTTINO et al., 2002).

Outro recurso utilizado foi o treino funcional, que compreende a realização da atividade com a supervisão e/ou auxílio do terapeuta ocupacional: nesse momento é que o profissional consegue avaliar com exatidão as limitações e habilidades do paciente e ter propriedade para adaptar e/ou graduar a atividade.

A psicomotricidade, também utilizada nesse protocolo de intervenção, pode ser definida como o movimento do corpo em relação ao mundo, bem como suas possibilidades de perceber, atuar, de agir com outro, com os objetos e consigo mesmo. Afirma-se que o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas (SOCIEDADE..., 1999).

Segundo Bastos (2007), a vivência psicomotora promove a estruturação do psiquismo. A psicomotricidade contribui para normalizar o comportamento geral do indivíduo, promove a conscientização do corpo, o equilíbrio, a coordenação motora grossa e fina, entre outros aspectos (SILVA, 2004).

Além da intervenção através desses recursos ser positiva ao paciente, destaca-se também a melhora no seu quadro clínico, uma vez que isso significa, na maioria das vezes, um melhor funcionamento cognitivo e físico, contribuindo assim para o

desempenho nas ABVD. Siqueira et al. (2004) concluem em seu estudo que a melhora funcional está associada, entre outros fatores, à melhora das condições clínicas.

Vale ressaltar que não apenas o desempenho para a alimentação melhorou como também o resultado total da parte motora da MIF, quando comparado aos primeiros dias de internação, sendo essa melhora de, em média, 7,2 pontos.

Para uma análise qualitativa dessa melhora observou-se que alguns cuidadores/acompanhantes perceberam o interesse do idoso em participar mais das ABVD, tornando-se mais ativos durante algumas atividades como banho e higiene pessoal.

Este estudo demonstrou a falta de informações que os cuidadores/acompanhantes têm sobre a capacidade funcional do idoso de que cuidam, não sabendo quais são as habilidades e limitações deles.

Garrido e Menezes (2004) apontam que a maioria dos cuidadores informais não possui as informações e o suporte necessários para a assistência ao idoso dependente e que o sistema de saúde pública nacional não está preparado para oferecer suporte ao idoso que adoecer e nem à família que cuida, provocando um aumento na sobrecarga e estresse.

Além disso, percebeu-se nível elevado de dependência comportamental que, segundo Pavarini e Neri (2000), ocorre quando o indivíduo está em um ambiente não responsivo e não continente, fazendo com que o idoso, mesmo sem apresentar limitações funcionais, torne-se dependente.

Moreira e Caldas (2007) apontam a necessidade de programas direcionados aos cuidadores de idosos, para que as informações sejam transmitidas e as práticas tornem-se adequadas, beneficiando quem cuida e quem é cuidado. Os autores destacam ainda a importância de se modificar o atendimento prestado à população idosa, para que esse seja voltado ao cuidado e às orientações e não se limite apenas a informações técnicas e pouco explicativas.

Diante desse cenário de comprometimento da capacidade funcional, a atuação da Terapia Ocupacional torna-se fundamental, uma vez que contribui para a manutenção ou melhora da independência e autonomia do idoso (BESSE; WEBER; ROLIM, 2010).

Através da análise da atividade, técnica utilizada pelos terapeutas ocupacionais, é possível identificar os componentes de desempenho necessários e os significados culturais atribuídos a determinadas atividades e, com isso, selecioná-las, adaptá-las e graduá-las de forma a alcançar os objetivos pretendidos (CREPEAU, 2002).

Como limitações do estudo aponta-se o número baixo da amostra, a falta de um instrumento de avaliação cognitiva que permita outras análises, uma vez que julgou-se erroneamente que a avaliação clínica desses aspectos foi suficiente, e a necessidade de se aplicar um protocolo de intervenção para todas as ABVD, visando com isso reduzir ao máximo o impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso. Sugere-se que outros estudos sejam realizados em enfermarias em que não haja atuação de terapeuta ocupacional, como forma de comparação, para justificar a presença desse profissional na rotina de uma enfermaria geriátrica.

## 5 Conclusões

Este estudo concluiu que mesmo com um protocolo de atendimento visando à estimulação apenas da alimentação, houve um aumento na média total da parte motora da MIF, sendo que essa avaliação, de 16, passou a 23,2 pontos, em média, mas que mesmo com a intervenção ainda ocorreu perda funcional, quando comparados com a condição de um mês antes, o que representa uma redução de 3,6 pontos, em média.

Com relação à alimentação houve um aumento significativo na média das pontuações tanto quando comparamos os primeiros dias de internação (média de 1,5 pontos) e após a intervenção da Terapia Ocupacional (média de 3,8 pontos), correspondendo a um aumento de 2,3 pontos, como quando comparamos um mês antes da internação (média de 2,7 pontos) e após a intervenção da Terapia Ocupacional (média de 3,8 pontos), correspondendo a um aumento de 1,1 ponto.

Foi possível identificar também que o impacto da hospitalização na funcionalidade do idoso é elevado e que há uma perda significativa entre um mês antes da internação e os primeiros dias de internação, mesmo não sendo esse o objetivo central do estudo.

Tal protocolo de atuação, constando estimulação cognitiva, sensorial, funcional e psicomotora, demonstrou ser viável e eficaz em uma Enfermaria Geriátrica, contribuindo para a redução das consequências de tempo prolongado no leito e também para a melhora na qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores e/ou familiares.

A orientação aos cuidadores com a relação à forma correta de estimulação e a informação sobre a capacidade funcional do idoso foram fundamentais para os resultados positivos obtidos neste estudo.

Ressalta-se que a Terapia Ocupacional na Enfermaria Geriátrica contribuiu para a manutenção



ou melhora da independência e autonomia do idoso, atuando diretamente com a capacidade funcional, que atualmente é compreendida como um dos marcadores de saúde dessa população.

## Agradecimentos

À equipe de Aprimorandas, pela contribuição na seleção dos pacientes, e em especial às terapeutas ocupacionais Elisa Rossi Novetti e Natalia G. Cardoso, pelas discussões e reflexões acerca do estudo. Ao dr. Maurício de Miranda, diretor do Serviço de Geriatria, por permitir a realização do estudo.

## Referências

- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, 2004.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. Occupational therapy practice framework: domain and process. 2nd ed. *The American Journal of Occupational Therapy*, Rockville, v. 62, n. 6, p. 625-683, 2008.
- BASTOS, L. G. M. *A psicomotricidade como promotora da qualidade da vida na terceira idade*. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 2007.
- BENINCÁ, C. R.; FERNANDEZ, M.; GRUMANN, C. Cuidado e morte do idoso no hospital: vivência da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 17-29, 2005.
- BESSE, M.; WEBER, L. P.; ROLIM, R. A. O enfoque da Terapia Ocupacional. In: DOMINGUES, M. A.; LEMOS, N. D. (Coords.). *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. 1. ed. São Paulo: Manolo, 2010. p. 333-340.
- BOTTINO, C. M. C. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 70-9, 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000100013>
- CARAMELLI, P.; AREZA-FEGYVERES, R. Transtornos demenciais: doença de Alzheimer. In: FORLENZA, O. V. *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 169-174.
- COSTA, C. K. F. et al. Envelhecimento populacional e a necessidade de reforma da saúde pública e da previdência social brasileiras. *A Economia em Revista*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 121-131, 2011.
- CREPEAU, E. B. Análise de atividades: uma forma de refletir sobre desempenho ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 121-133.
- DORIA FILHO, U. *Introdução à bioestatística: para simples mortais*. São Paulo: Negócio, 1999.
- FERREIRA, P. C. S. et al. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600012>
- HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL “FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA” – HSPE. Equipe de Enfermagem. Serviço de Geriatria *Senso da enfermagem do serviço de geriatria*. São Paulo, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2013.
- KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. E. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 55-60, 2005.
- LOYOLA FILHO, A. I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.
- MARRA, T. A. et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 267-273, 2007.
- MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007.
- NOVELLI, M. M. P. C. *Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores familiares*. 2006. 156 f. Tese (Doutorado em Neurologia)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- OLIVEIRA, P. H.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 395-406, 2012. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300005>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Guia para o Dia Mundial da Saúde, 7 de Abril de 2012*. Brazzaville, 2012. Disponível em: <<http://www.afro.who.int/fr/angola/press-materials/item/4452-guia-para-o-dia-mundial-da-sa%C3%BAde-7-de-abril-de-2012/4452-guia-para-o-dia-mundial-da-sa%C3%BAde-7-de-abril-de-2012.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

- OVANDO, L. M. K.; COUTO, T. V. Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 176-182, 2010.
- PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamento. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 49-70.
- PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. E. Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 351-357, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200014>
- RAMOS, L. R. A Mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, L. R.; CENDOROGLO, M. S. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP - EPM: geriatria e gerontologia*. São Paulo: Manole, 2011. p. 1-7.
- RIBERTO, M. et al. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE - SBP. *Definição de psicomotricidade*. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.psicomotricidade.com.br/apsicomotricidade.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2012.
- SILVA, A. C. *O idoso e a psicomotricidade*. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 2004.
- SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000500011>
- SZLEJF, C. *Eventos adversos médicos em idosos hospitalizados: frequência e fatores de risco em enfermaria geriátrica*. 2010. 100 f. Tese (Doutorado em Patologia)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- YOSHIDA, D. et al. Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: the Hisayama study. *Journal of Epidemiology*, Tokyo, v. 22, n. 3, p. 222-229, 2012.

---

## Contribuição dos Autores

Mariana Canon: Contribuiu na realização efetiva da pesquisa, desde a elaboração do projeto até a análise e discussão dos resultados, assim como na elaboração deste artigo. Tatiana Couro: Responsável pela orientação durante a elaboração da pesquisa e artigo, contribuindo com a revisão e correção do texto.

## Notas

- <sup>1</sup> Esta pesquisa foi apresentada como Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO). Foram cumpridos todos os procedimentos éticos vigentes para pesquisas com seres humanos (CEP/ IAMSPE 072/11).