

Desempenho ocupacional e aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) em um serviço de reabilitação

Occupational performance and application of the International Classification of Functioning (ICF) in a rehabilitation service

Mariana Thereza Alves, Alessandra Cavalcanti, Ivânia Garavello, Edinara Kososki e Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra

Recebido 7 novembro 2018 / Enviado para Modificação 22 fevereiro 2019 / Aprovado 2 junho 2019

RESUMO

Objetivo Descrever o perfil sociodemográfico e analisar o desempenho ocupacional de usuários de um serviço especializado em reabilitação, de acordo com o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Materiais e Métodos Estudo documental e exploratório, com análise dos prontuários de 97 pacientes atendidos entre 2013 a 2015, avaliados pela Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).

Resultados A idade variou de 14 e 83 anos (média de 48,4 anos); sendo a maioria mulheres (57,7%), casados (43,3%) e aposentados (39,2%). A maioria tinha menos de oito anos de estudo (42,3%); 80,4% eram sedentários; 12,4% tabagistas e 19,6% consumiam bebida alcoólica regularmente. Síndrome do manguito rotador, acidente vascular encefálico e fraturas de membro superior foram os diagnósticos mais frequentes. A média do desempenho foi 4,28 pontos (DP=1,84) e da satisfação com o desempenho foi 4,43 pontos (DP=2,41). Verificou-se dificuldades em atividades de autocuidado; mobilidade funcional; atividades produtivas e atividades de lazer e recreação. Em relação aos componentes da CIF, o domínio Mobilidade obteve maior número de categorias citadas pelos usuários, enquanto que o domínio Cuidado Pessoal obteve o maior número de queixas.

Conclusão O desempenho ocupacional dos pacientes apresentou mais limitações em atividades de autocuidado e produtivas. A aplicação da CIF para classificar as atividades identificou demandas específicas em cinco domínios, sendo mobilidade e cuidado pessoal os mais frequentes. Estes resultados permitem direcionar as ações de saúde às reais necessidades dos pacientes e estruturar a prática profissional.

Palavras-chave: Classificação internacional de funcionalidade; incapacidade e saúde; serviços de reabilitação; avaliação da deficiência; terapia ocupacional (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To describe the socio-demographic profile and analyze the occupational performance of users of a specialized rehabilitation service according to the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) model.

Materials and Methods Documentary and exploratory study, in which the medical records from 97 patients treated between 2013 and 2015, were assessed using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

Results The age range of the patients was 14-83 years (average of 48.4 years), the majority being women (57.7%), married (43.3%), and retired (39.2%). Most patients had less than eight years of schooling (42.3%); 80.4% were sedentary; 12.4% smokers and 19.6% regularly consumed alcoholic beverages. Rotator cuff syndrome, stroke, and upper limb fracture were the most frequent diagnoses. The mean of occupational

MA: TO. Esp. Terapia de Membro Superior e Reabilitação Neurologia. Hospital de Amor - Fundação Pio XII e Santa Casa de Misericórdia. Barretos, SP, Brasil.

mariana.t.alves@hotmail.com

AC: TO. Ph.D. Ciências. Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação. Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Uberaba, MG, Brasil.

lelecavalcanti@gmail.com

IG: Fisioterapeuta. Ph.D. Engenharia Elétrica. Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Uberaba, MG, Brasil.

garavello13@gmail.com

EK: TO. M. Sc. Atenção à Saúde. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Participação Social e Saúde - NETRAS Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Uberaba, MG, Brasil.

edinara_kososki@hotmail.com

FD: TO. Ph.D. Ciências da Reabilitação. Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - PPGAS. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Participação Social e Saúde - NETRAS. Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Uberaba, MG, Brasil.

fabiana.dutra@uftm.edu.br

performance was 4.28 points (SD=1.84), and performance satisfaction was 4.43 points (SD=2.41). There were difficulties in self-care activities, functional mobility, productive activities and leisure and recreational activities. Regarding the components of the ICF, the Mobility domain obtained the highest number of categories cited by the users. In contrast, the Personal Care domain received the highest number of complaints.

Conclusion The occupational performance of the patients presented more limitations in self-care and productive activities. The application of ICF to classify activities identified specific demands in five domains, Mobility, and Personal care being the most frequent. These results allow directing health actions towards the real needs of the patients and structuring professional practice.

Key Words: International classification of functioning; disability and health; rehabilitation centers; disability evaluation; occupational therapy (*source: MeSH, NLM*).

RESUMEN

Desempeño ocupacional y aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) en un servicio de rehabilitación

Objetivo Describir el perfil socio demográfico y analizar el desempeño ocupacional de los usuarios de un servicio de rehabilitación de acuerdo con el Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Materiales y Métodos Estudio documental, exploratorio, con análisis de prontuarios de 97 pacientes atendidos entre 2013 a 2015, evaluados por la Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional (COPM).

Resultados La edad varía de 14 y 83 años (promedio de 48,4 años); la mayoría mujeres (57,7%), casados (43,3%) y retirados (39,2%). La mayoría tenía menos de ocho años de estudio (42,3%); 80,4% eran sedentarios; 12,4% eran fumadores y 19,6% consumían bebidas alcohólicas regularmente. Síndrome del manguito rotador, accidente vascular encefálico y fracturas de miembro superior fueron los diagnósticos más frecuentes. La media del rendimiento fue 4,28 puntos (DP = 1,84) y la satisfacción con el rendimiento fue 4,43 puntos (DP = 2,41). Se verificó dificultades en actividades de autocuidado; movilidad funcional; actividades productivas y actividades de ocio y recreación. En relación a la CIF, el dominio Movilidad obtuvo mayor número de categorías citadas por los usuarios, mientras que el dominio Cuidado personal obtuvo el mayor número de quejas.

Conclusión El desempeño ocupacional de los pacientes presentó más limitaciones en actividades de autocuidado y productivas. La aplicación de la CIF para clasificar las actividades identificó demandas específicas en cinco áreas, siendo movilidad y cuidado personal los más frecuentes. Estos resultados permiten orientar las acciones de salud a las reales necesidades de los pacientes y estructurar la práctica profesional.

Palabras Clave: Clasificación internacional del funcionamiento; de la discapacidad y de la salud; servicios de rehabilitación; evaluación de la discapacidad; terapia ocupacional (*fuelle: DeCS, BIREME*).

Brasil observa nas últimas décadas um período de transição epidemiológica caracterizado pelo aumento das doenças crônico-degenerativas (1). Esta transição é descrita como mudanças ocorridas no tempo, nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (1). Estas modificações estão associadas com a emergência de novos problemas de saúde, como as morbidades ocupacionais e aquelas relacionadas às causas externas, como acidentes e violência, levando a um novo perfil de adoecimento da população, gerando incapacidades e aumento significativo da demanda por serviços de reabilitação, especialmente os de natureza pública (1).

Frente a estas mudanças e novas demandas em saúde, o Ministério da Saúde/Brasil publicou a Portaria GM/MS nº 1.060 instituindo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência voltada para a inclusão de pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema

Único de Saúde (SUS). Esta Política caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar um processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil (2). Este documento orienta que as ações de reabilitação da pessoa com deficiência deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar com enfoque integral na capacidade funcional e desempenho humano e exigindo dos profissionais da reabilitação uma nova forma de compreensão da funcionalidade humana (2,3). Tradicionalmente, os modelos biomédico e social têm influenciado as ações dos profissionais da saúde na área da reabilitação; no entanto, novas direções têm sido valorizadas, sendo encorajadas abordagens pluralísticas para o estudo do indivíduo em relação à saúde, à doença e à incapacidade (3).

Diante disto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência enfatiza o entendimento da deficiência à luz da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como parte ou expressão de

uma condição de saúde, ampliando a abordagem e a discussão da funcionalidade humana (2,3). O modelo teórico da CIF apresenta a funcionalidade e incapacidade humana como uma interação dinâmica entre o indivíduo com uma condição de saúde a partir da perspectiva do corpo (funções e estruturas do corpo) e da perspectiva do indivíduo e da sociedade (atividades e participação) (3).

A CIF permite um olhar amplo e positivo frente a uma condição de saúde e, nessa perspectiva, as potencialidades do indivíduo são valorizadas (4). O uso desse modelo nos serviços de saúde possibilita homogeneidade das informações coletadas e identificação das demandas funcionais do usuário (5). Assim, a aplicação prática da CIF pode ocorrer em diferentes áreas e com diversos objetivos e tem como pressuposto permitir uma comunicação padronizada entre os profissionais acerca de aspectos que interferem na saúde e na funcionalidade do indivíduo (3-5).

Compondo o campo da saúde, o profissional de Terapia Ocupacional que integra a equipe de reabilitação tem por principal objetivo a restauração do desempenho ocupacional dos indivíduos, a redução do impacto de uma condição de saúde na realização das atividades cotidianas e aumento da participação social em situações significativas da vida (6). O uso da CIF pode auxiliar o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais, servindo de guia para elencar e entender as demandas e necessidades do paciente a partir de uma perspectiva biopsicossocial e embasando sua intervenção na funcionalidade humana (5).

De forma prática, o processo da atuação da terapia ocupacional tem seu início voltado para o uso da avaliação como forma de levantamento de problemas e necessidades do indivíduo (6). No entanto, a realidade dos serviços nem sempre permite ao terapeuta ocupacional selecionar a população a ser atendida de forma específica em seu cotidiano de trabalho. Assim, a etapa da avaliação e identificação de demandas dos usuários deve ser estruturada com instrumentos, testes e medidas funcionais ancorados na lógica teórica do modelo biopsicossocial da CIF. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e analisar o desempenho ocupacional de usuários do setor de Terapia Ocupacional de um serviço especializado em reabilitação, de acordo com o modelo da CIF.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo documental com delineamento retrospectivo e exploratório para descrever o desempenho ocupacional dos usuários do setor de Terapia Ocupacional do Centro de Reabilitação vinculado ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM). O HC/UFTM é um hospital geral de ensino,

pesquisa e extensão que oferece atendimentos de média e alta complexidade e atende 27 municípios do Estado de Minas Gerais, Brasil (7). O Centro de Reabilitação é um setor anexo ao HC/UFTM que aplica os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, enfermagem, psicoterapia e terapia ocupacional (7).

Para identificação e seleção dos dados, foram analisados os prontuários dos usuários admitidos no período de fevereiro de 2013 a dezembro de 2015 pelo Setor de Terapia Ocupacional do Centro de Reabilitação do HC/UFTM. Foram analisados apenas os prontuários que possuíam registro completo, sendo excluídos os prontuários que faltavam dados sobre a avaliação. A amostra totalizou 97 usuários, por meio de seus respectivos prontuários.

A análise dos dados dos prontuários consistiu em identificar as informações sociodemográficas, laborais, de hábitos de vida, e sobre a condição de saúde dos usuários, além do resultado da avaliação de desempenho ocupacional. As informações sociodemográficas, laborais, de hábitos de vida e da condição de saúde dos usuários incluíam: gênero; idade; estado civil; escolaridade; renda; situação atual de trabalho; ocupação; prática de atividade física regular; hábito de fumar; consumo de bebida alcoólica; diagnóstico principal e co-morbidades.

Para a avaliação do desempenho ocupacional, o prontuário continha dados do resultado da aplicação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). A COPM permite a identificação das principais atividades nas quais os pacientes apresentavam dificuldades e que são significativas para eles (8). Esta medida tem recebido atenção internacional como um importante instrumento para guiar intervenções da Terapia Ocupacional e constitui-se em uma forma de avaliação que facilita a implementação da prática centrada no cliente em consonância com o modelo conceitual proposto pela CIF (9).

A aplicação da COPM consiste em uma entrevista semiestruturada na qual o paciente seleciona as atividades de que precisa e deseja realizar, mas que não tem conseguido ou não está satisfeito com seu desempenho, identificado problemas no desempenho ocupacional nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer (8). A partir disso, o paciente seleciona até cinco atividades para as quais atribui maior importância, e dá a cada uma delas, uma pontuação de 1 a 10, em relação ao desempenho nessas atividades (1-não é capaz de desempenhar; e 10-capaz de desempenhar muito bem) e à satisfação com o desempenho (1-não satisfeito de forma nenhuma; e 10-extremamente satisfeito). Por fim, fazem-se as médias das notas atribuídas ao desempenho e à satisfação (8).

Pela análise do prontuário, foram identificadas as cinco principais atividades auto referidas por cada usuário do serviço como as ocupações nas quais eles apresentavam problemas no desempenho, bem como as notas do desempenho e da satisfação. Em seguida, cada atividade identificada nos prontuários foi codificada de acordo com os componentes Atividade e Participação da CIF, baseada nos procedimentos recomendados por Cieza (10). Os componentes atividade e participação da CIF contam com nove domínios descritos como: aprendizagem e aplicação do conhecimento (d1); tarefas e demandas gerais (d2); comunicação (d3); mobilidade (d4); cuidado pessoal (d5); vida doméstica (d6); relações e interações interpessoais (d7); áreas principais de vida (d8); e vida comunitária, social e cívica (d9) (3).

Na análise dos dados, empregou-se estatística descritiva para caracterizar a amostra e apresentar os escores de desempenho ocupacional. As variáveis quantitativas foram analisadas por meio de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo). Cálculo de frequência foi empregado para as variáveis categóricas. As análises e os gráficos e tabelas foram diagramados no programa *Microsoft Office Excel for Windows* versão 2013.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) de acordo com o parecer nº 2394 de 2012.

RESULTADOS

De acordo com a análise dos prontuários, 97 pacientes foram admitidos entre fevereiro de 2013 e dezembro de 2015 e apresentavam registro completo dos dados. Destes, a maioria era do sexo feminino (57,7%), com média de idade de 48,4 anos (DP=17,7), variando de 14 a 83 anos. A amostra possuía apenas quatro adolescentes (idade inferior a 18 anos) e três idosos com mais de 80 anos. A maioria (43,3%) era casada e 42,3% tinham ensino fundamental incompleto, o que corresponde a menos de oito anos de estudo.

Em relação ao trabalho, 40,4% estavam aposentados pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS/BRASIL); 23,4% estavam afastados recebendo auxílio doença do INSS; 19,1% eram trabalhadores desempregados e 17% trabalhadores empregados e ativos na ocupação. A renda variou de R\$250,00 a R\$3.390,00 reais, com média de R\$1.158,07 reais (DPR\$717,03 reais) que correspondia em dezembro de 2015 a cerca de U\$ 297,00 dólares por mês. Do total de pacientes, 42 não recebiam nenhuma renda ou não quiseram informá-la. Quanto aos hábitos de vida, 78 pacientes eram sedentários (80,4%), 12 eram ta-

bagistas (12,4%) e 19 faziam ingestão regular de bebidas alcoólicas (19,6%). As informações sobre as características sociodemográficas, ocupacionais e dos hábitos de vida dos pacientes estão apresentadas na Tabela 1.

Quanto à ocupação, a maioria dos pacientes trabalhava como empregada doméstica/diarista (20), em serviços gerais (11), pedreiro/ajudante de pedreiro (7) e motorista/ajudante de motorista (7). Do total, sete eram estudantes e 12 não relataram a ocupação ou nunca havia realizado atividade laboral remunerada. De forma geral, os entrevistados trabalhavam em atividades relacionadas ao setor econômico de serviços ou como profissionais liberais (Figura 1).

Os pacientes tinham 32 diferentes condições de saúde/diagnósticos, sendo síndrome do impacto (23%), acidente vascular encefálico (13,3%) e fraturas de membro superior (7,1%), as mais frequentes. As co-morbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (27,9%), diabetes tipo II (11,62%), depressão (10,46%), problemas cardíacos (10,46%) e desvios na coluna (4,51%). A Figura 2 apresenta a distribuição de frequência das condições de saúde apresentadas pelos pacientes.

A avaliação de desempenho ocupacional apontou ampla variação dos escores, indicando uma amostra composta por pacientes com diferentes perfis funcionais. A média do escore de desempenho foi 4,28 (DP=1,84). O escore da satisfação também teve uma grande variabilidade entre os pacientes apresentando média de 4,43 pontos (DP=2,41).

De acordo com a COPM, as atividades de autocuidado mais mencionadas foram: 'vestir-se' (27); 'tomar banho' (25); 'lavar/arrumar/escovar o cabelo' (14); 'mobilidade dentro/fora de casa' (13); 'alimentar-se' (08); e 'utilizar o transporte urbano' (08). Em relação às atividades produtivas, destacaram-se as dificuldades em 'limpar a casa' (18); 'procurar emprego ou realizar atividades específicas do trabalho' (16); 'lavar e torcer roupa' (11) e 'preparar uma refeição' (10). As atividades de lazer mais citadas como relevantes e difíceis de serem realizadas foram: 'visitar amigos e parentes/passear' (11); 'dançar' (06); 'ler' (05); 'escrever' (05); 'jogar vôlei/peteca/basquete/futebol' (05) (Tabela 2).

Após a análise das dificuldades no desempenho ocupacional autorrelatada pelos pacientes e identificadas pela COPM, cada atividade foi categorizada de acordo com os componentes atividade e participação da CIF. Esta categorização mostrou que o perfil de demandas funcionais dos usuários foi descrito através de cinco domínios classificados como de primeiro nível pela CIF: Mobilidade (d4); Cuidado Pessoal (d5); Vida Doméstica (d6); Áreas Principais de Vida (d8); e Vida Comunitária, Social e Cívica (d9). A categorização das atividades no primeiro

Tabela 1. Características sociodemográficas, ocupacionais e de hábitos de vida dos pacientes. Uberaba/MG (n=97)

Características		N	%
Gênero	Masculino	41	42,3
	Feminino	56	57,7
Faixa Etária	Até 20 anos	9	9,3
	De 21 a 30 anos	12	12,4
	De 31 a 40 anos	11	11,3
	De 41 a 50 anos	14	14,4
	De 51 a 60 anos	26	26,8
	De 61 a 80 anos	25	22,9
	Acima de 80 anos	03	2,9
Estado Civil	Solteiro	31	32
	Casado	42	43,3
	Separado/divorciado	16	16,5
	Viúvo	8	8,2
Escolaridade	Não estudou	3	3,1
	Ensino fundamental incompleto	41	42,3
	Ensino fundamental completo	11	11,3
	Ensino médio incompleto	8	8,2
	Ensino médio completo	16	16,5
	Ensino superior incompleto	4	4,1
	Ensino superior completo	8	8,2
Situação atual de Trabalho	Pós-graduação	2	2,1
	Ativo	16	16,5
	Afastado	22	22,7
	Desempregado	18	18,6
Renda	Aposentado	38	39,2
	Até um salário mínimo	15	27,3
	De um a dois salários mínimos	28	50,9
	De dois a três salários mínimos	5	9,1
Atividade Física	Acima de três salários mínimos	7	12,7
	Não	78	80,4
Hábitos de Fumar	Sim	17	17,5
	Não	83	85,6
Consumo moderado de álcool	Sim	12	12,4
	Não	76	78,4
	Sim	19	19,6

e no segundo nível da CIF é detalhada na Tabela 3, na qual são apresentadas as porcentagens de participantes que relatam problemas nas categorias de cada domínio. Nesta categorização, quando analisados o primeiro nível de classificação, o domínio Mobilidade (d4) obteve maior número de categorias com dificuldades, enquanto que os domínios, Cuidado Pessoal (d5) obtiveram o maior número de queixas por atividades.

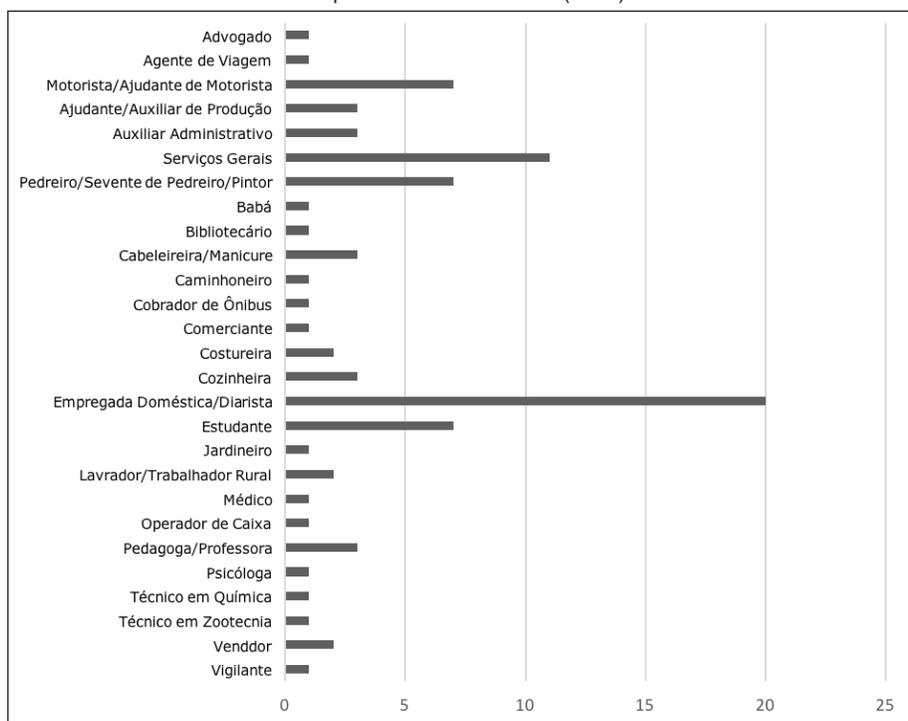
Na classificação do segundo nível, observou-se maior número de queixas nas categorias 'Recreação e lazer' (49,48%), 'Realização das tarefas domésticas' (35,05%), 'Vestir-se' (30,92%), 'Lavar-se' (25,77%) e 'Uso fino das mãos' (25,77%). As categorias 'Cuidado das partes do corpo', 'Conseguir manter um emprego', 'Comer' e 'Preparação das refeições' obtiveram 17,52%, 16,49%, 13,40% e 10,30% de queixas, respectivamente. Por fim, as categorias 'Levantar e carregar objetos' (6,18%), 'Transferir a própria posição do corpo' (5,15%), 'Carregar, mover e manusear objetos' (3,09%), 'Dirigir' (3,09%), 'Trabalho não remunerado' (1,03%) e 'Religião

e espiritualidade' (1,03%) são descritas com um percentual menor de queixas.

DISCUSSÃO

Os dados apresentados neste estudo buscam delinear as principais características dos usuários de um serviço especializado em reabilitação, bem como suas demandas e necessidades funcionais de acordo com a CIF. As características por gênero e idade encontradas nos resultados confirmam as alterações na funcionalidade já analisados em outros estudos que também investigaram demandas de serviços de reabilitação (5,9,11). A maior frequência de mulheres entre as usuárias pode estar relacionada a uma maior busca pelos serviços de reabilitação pelo sexo feminino, como descrito em outros estudos (12).

Em relação às condições de saúde, os diagnósticos mais frequentes entre os pacientes estudados foram síndrome do impacto, acidente vascular encefálico e fraturas

Figura 1. Distribuição ocupacional das atividades de trabalho dos pacientes. Uberaba/MG (n=97).

de membro superior, bem como hipertensão, diabetes e depressão como as comorbidades mais prevalentes. Esses dados reafirmam a relevância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) neste momento de transição epidemiológica do Brasil (1). Assim como em outras pesquisas que analisam demanda funcional em serviços de reabilitação (5,9,11,13), este estudo também observou a prevalências de condições crônicas não transmissíveis como as mais frequentes no serviço de reabilitação.

Entre as condições de saúde apresentadas nos resultados, destaca-se o grande percentual de doenças musculoesqueléticas diagnosticadas. Segundo o Ministério da Saúde (14), distúrbios osteomusculares são caracterizados como transtornos dolorosos e prejudiciais causados pelo uso ou atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético. O elevado percentual de pacientes com doenças do sistema osteomuscular identificados nesta pesquisa pode estar associado à realização de tarefas de vida diária ou ao perfil ocupacional. Isto é, houve grande frequência de pacientes que realizam atividades laborais que exigem esforço físico intenso. É importante destacar que entre as ações oferecidas por este serviço de reabilitação encontra-se a realização de atendimento grupal a pacientes com dor crônica, o que também pode explicar o elevado percentual de pacientes com doenças musculoesqueléticas.

O número de pacientes afastados e/ou aposentados já era um dado esperado para um serviço especializado de

reabilitação (5,11,15). No entanto, é importante destacar que 16,5% dos usuários, mesmo em processo de reabilitação, estavam ativos em suas atividades de trabalho. Por um lado, a realização de atividades laborais por pacientes em reabilitação pode estar associada a um melhor quadro funcional com um menor número de limitações em atividades e restrições na participação social (13). Por outro, dificuldades para conseguir auxílios do INSS ou para se aposentar, associada à baixa renda, podem explicar o percentual de pacientes que desenvolvem atividades de trabalho, mesmo estando em reabilitação.

A média de renda familiar encontrada neste estudo (R\$1.466,00) foi maior do que a renda domiciliar per capita do brasileiro apontada pelo IBGE (16) em 2015 (R\$1.441,00). Entretanto, o rendimento mensal dos pacientes é menor quando comparado com a renda da população economicamente ativa de Uberaba/MG (R\$1.575,09 reais), nesta mesma época (16). Quanto à escolaridade, os pacientes atendidos têm menor nível de escolaridade comparado com a média brasileira que, em 2013, indicava 49,5% da população com ensino médio ou mais (16).

Em relação aos hábitos de vida, 17,5% dos pacientes praticavam atividades físicas, 12,4% eram fumantes e 19,6% tinham consumo moderado de bebida alcoólica. Estes dados seguem as características da população brasileira a qual apresenta cerca de apenas 25% da população ativa fisicamente; média de 13% de fumantes

entre homens e 9,3% de mulheres tabagistas; e 14,9% da população com 18 anos ou mais de idade consome bebida alcoólica acima do recomendado pela OMS (1). Apesar dos hábitos de vida seguirem a tendência dos dados nacionais, estes resultados são preocupantes. Os resultados sugerem uma dificuldade dos pacientes em realizar atividades físicas e a manutenção de hábitos considerados fatores de risco associados a doenças crônico-degenerativas como sedentarismo, hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica (1). Estas informações sobre os hábitos de vida dos pacientes são importantes em termos de planejamento de ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis pelos serviços de saúde,

principalmente intervenções voltadas à prevenção de doenças junto à população mais vulnerável.

Os resultados encontrados mostraram valores de moderado a baixo para os escores da COPM segundo a percepção dos próprios usuários do serviço, o que informa limitações significativas em atividades e restrição em participação. Outras investigações com usuários de serviços de reabilitação corroboram estes achados, mostrando altos escores relacionados com limitações na realização de atividades diárias (9,17-19). Pacientes com lesão de mão no trabalho, ao serem admitidos em um serviço especializado em reabilitação e pacientes pós-acidente vascular encefálico avaliados em um serviço específico de Terapia

Figura 2. Distribuição das condições de saúde dos pacientes. Uberaba/MG (n=97)

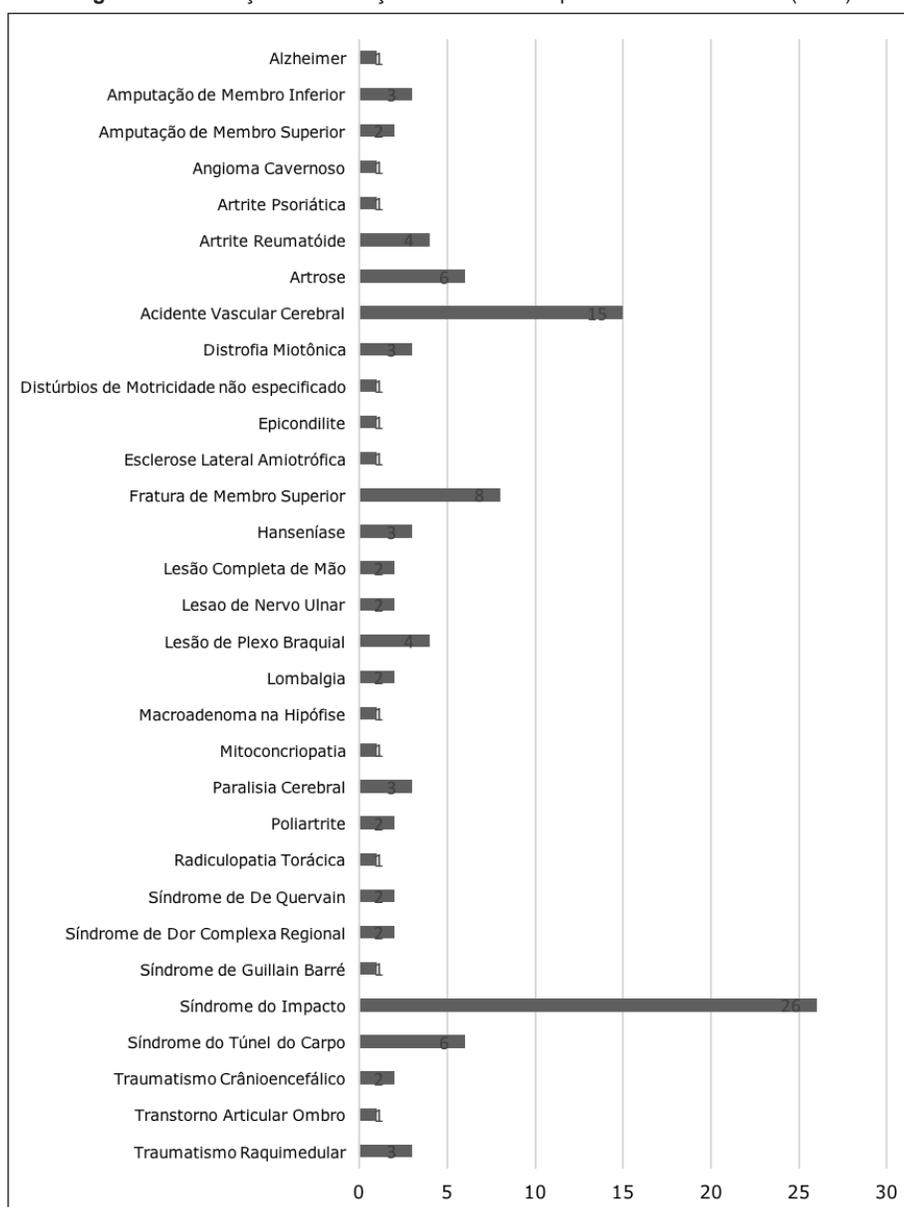


Tabela 2. Atividades que representam dificuldades de desempenho ocupacional relatadas pelos pacientes, de acordo com os domínios da COPM. Uberaba/MG (n=97)

Domínio segundo a COPM	Atividade citada pelo paciente	N	% ¹
Autocuidado	Vestir-se	27	27,8
	Tomar banho	25	25,7
	Mobilidade dentro/fora de casa	13	13,4
	Escovar/arrumar o cabelo	10	10,3
	Alimentar-se	8	8,2
	Utilizar transporte urbano	8	8,2
	Manusear dinheiro e moeda	6	6,1
	Fazer compras/carregar sacolas	6	6,1
	Cortar alimento	5	5,1
	Transferências	5	5,1
	Lavar o cabelo	4	4,1
	Segurar objetos	3	3,1
	Colocar o sutiã	3	3,1
	Dirigir (carro ou moto)	3	3,1
	Amarrar lenço/cadarço	2	2,1
	Abotoar	2	2,1
	Cortar a unha	2	2,1
	Andar de salto	1	1,0
	Abrir torneira	1	1,0
	Tirar o esmalte	1	1,0
Colocar brinco	1	1,0	
Subir/descer escada	1	1,0	
Produtividade	Limpar a casa	18	18,5
	Procurar emprego ou realizar atividades do trabalho	16	16,4
	Lavar/torcer roupa	11	11,3
	Preparar refeição	10	10,3
	Escrever/Digitar	9	9,2
	Lavar louça	3	3,0
	Pendurar roupa no varal	2	2,0
	Brincar de bola	1	1,0
	Costurar	1	1,0
	Trabalho voluntário	1	1,0
Lazer	Visitar amigos e parentes/passear	11	11,3
	Dançar	6	6,1
	Jogos esportivos ²	6	6,1
	Ler	5	5,1
	Exercício físico ³	4	4,1
	Realizar telefonemas	4	4,1
	Usar computador, celular ou vídeo game	4	4,1
	Bordado/crochê/pintura	4	4,1
	Viajar	3	3,0
	Andar de bicicleta	2	2,0
	Ir ao teatro	1	1,0
Ir à missa	1	1,0	

¹ O somatório das variáveis pode somar mais de 100% uma vez que cada sujeito pode relatar até 5 atividades como problema;

² Foram citados jogos de peteca, vôlei, basquete, futebol e natação; ³ Foram citadas atividades de ginástica, exercício de musculação e caminhada

Ocupacional também apresentaram valores similares de desempenho e satisfação mensurados pela COPM (9,18). Alves (19), avaliando pacientes com lesões/traumas de mão também encontraram grande variação da pontuação dos escores da COPM, com médias de desempenho e de satisfação parecidas com os valores deste estudo.

Os estudos descritos acima e os resultados desta pesquisa destacam a importância do uso de uma avaliação centrada no paciente que permita a formulação de problemas relevantes e de objetivos específicos, além do planejamen-

to de intervenções mais apropriadas. Assim, a COPM pode ser usada como avaliação que informa sobre o arcabouço teórico da CIF, uma vez que apresenta informações dos componentes atividade e participação e auxilia o terapeuta ocupacional a incorporar na prática clínica, instrumentos de avaliação condizentes com o modelo da CIF.

De forma mais específica, os componentes atividade e participação da CIF estão associados com as três áreas da COPM – autocuidado, produtividade e lazer. No que se refere às atividades apontadas nesse estudo como as

Tabela 3. Atividades que representam dificuldades de desempenho ocupacional relatadas pelos pacientes, de acordo com os domínios e componentes da CIF. Uberaba/MG (n=97)

Domínio segundo a CIF: Atividade e Participação	Categorias da CIF	N	% ¹
Mobilidade (d4)	Uso fino da mão (d440)	25	25,7
	Utilização de transporte (d470)	8	8,2
	Levantar e carregar objetos (d430)	6	6,1
	Transferir a própria posição (d420)	5	5,1
	Carregar, mover e manusear objetos, outro especificado e não especificado (d449)	3	3,0
	Dirigir (d475)	3	3,0
Cuidado Pessoal (d5)	Vestir-se (d540)	30	30,9
	Lavar-se (d510)	25	25,7
	Cuidado das partes do corpo (d520)	17	17,5
	Comer (d550)	13	13,4
Vida Doméstica (d6)	Realização das tarefas domésticas (d640)	34	35,1
	Preparação das refeições (d630)	10	10,3
Áreas principais da vida (d8)	Conseguir, manter e sair de um emprego (d845)	16	16,4
	Trabalho não remunerado (d855)	1	1,03
Vida comunitária, social e cívica (d9)	Recreação e lazer (d920)	48	49,4
	Religião e espiritualidade (d930)	1	1,03

¹ O somatório das variáveis pode somar mais de 100% uma vez que cada sujeito pode relatar até 5 atividades como problema

dificuldades funcionais apresentadas pelos pacientes, observa-se que as tarefas vestir-se; tomar banho; escovar/arrumar o cabelo; mobilidade; alimentar-se e utilizar o transporte urbano foram as mais frequentes na área de autocuidado. Limpar a casa, procurar emprego ou realizar atividades específicas do trabalho, lavar/torcer roupa e preparar refeição foram as mais frequentes na área de produtividade. Visitar amigos e parentes/passear, dançar, ler, escrever e jogar vôlei/peteca/futebol foram as mais frequentes na área de lazer.

Um estudo sobre ganhos funcionais em trabalhadores com lesão de mão, também identificou que as atividades mais mencionadas estavam relacionadas à área de autocuidado e, posteriormente, produtividade, não havendo menção a dificuldades em atividades da área de lazer (9). No estudo de Chaves (17), 74,6% dos idosos relatou alguma dificuldade no desempenho ocupacional, sendo 41,2% em autocuidado, 31,4% na produtividade e de 27,4% no lazer. Outro estudo que destaca a importância das dificuldades na área de autocuidado (cuidado pessoal) é o de Alves (19), sobre pessoas com lesões/traumas de mão. Os autores descrevem que além da área de autocuidado ser a mais frequente, as atividades codificadas nos domínios de cuidados pessoais e mobilidade funcional foram as mais ressaltadas, indo de encontro com os achados deste estudo (19).

Quando observadas as limitações nas atividades, o domínio de autocuidado também foi citado como o de maior dificuldade de desempenho em 46,6% dos pacientes com

dores vertebrais (20). Já em avaliações de pacientes com doença Parkinson, destacaram-se atividades voltadas para lazer e vida comunitária, ambas codificadas no componente participação da CIF, seguidas pelas atividades de cuidado pessoal, mobilidade funcional e vida doméstica (21). Os resultados obtidos por Faria-Fortini (22) se assemelham parcialmente aos encontrados neste trabalho. Avaliando apenas pacientes hemiplégicos, estes autores encontraram problemas de desempenho também nas categorias classificadas na CIF, como dirigir (d475), vestir-se (d540) e comer (d550) (22).

Para fins de detalhamento, o delineamento descritivo deste estudo apresenta algumas limitações. Mas a partir da descrição e análise detalhada do desempenho ocupacional dos pacientes, pode-se identificar demandas e necessidades reais, orientadas para uma prática centrada no cliente e ancorada nos fundamentos do modelo da CIF. A mensuração de desempenho fornecida pela COPM informa sobre autocuidado; mobilidade funcional; atividades produtivas e atividades de lazer e recreação. A COPM tem sido usada na prática para elencar as atividades significativas dos pacientes (9,17,19-21), o que permite ao terapeuta ocupacional conhecer as demandas dos pacientes e planejar intervenções ancorado em um modelo teórico. Especificamente neste estudo e seguindo as recomendações da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2), a CIF foi utilizada como modelo estruturador do serviço. Espera-se que as informações disponibilizadas neste estudo possam contribuir para a organização e

o planejamento de ações. A estruturação do serviço de acordo com a CIF e o uso sistematizado da COPM para coleta de informação do paciente permitem a identificação das demandas funcionais mais relevantes e contribui para a definição de um fluxo terapêutico adequado (11).

Assim, como apresentado neste estudo, sugere-se a possibilidade de utilização da COPM como um instrumento de avaliação que facilita a implementação prática do modelo teórico da CIF em diferentes serviços de reabilitação, em especial de Terapia Ocupacional e direciona a intervenção desde profissional para uma abordagem funcional e centrada no cliente ♣

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado IE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev bras epidemiol.* 2017; 20(S 1): 217-232.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.
4. Cortés-Reyes E, Riveros LT, Pineda-Ortiz GA. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia. *Rev. salud pública. (Bogotá).* 2013; 15 (1): 129-137.
5. Dutra FCMS, Mancini MC, Neves JA, Kirkwood RN, Sampaio RF. Empirical analysis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) using structural equation modeling. *Braz J Phys Ther.* 2016; 20(5):384-4.
6. American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). Traduzido para o português por Alessandra Cavalcanti, Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra e Valéria Meirelles Carril Elui. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015; 26(ed.esp.):1-49.
7. EBSERH Hospitais Universitários Federais. Hospital de clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro [Internet]. 2016 [citado em setembro de 2018]. Disponível em: <https://bit.ly/2RWepPA>.
8. Law M, Cardoso AA, Magalhães LV, Magalhães LC. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). Organização e tradução. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
9. Sampaio RF, Figueiredo I, Mancini MC, Silva FCM, Alves GBO, Vaz D. Work Related Hand Injuries: Analyses of the Cases from Rehabilitation in a Public Hospital in Belo Horizonte/Brazil. *Disabil Rehabil.* 2006; 28(12):803-808.
10. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med.* 2005; 37: 212-218.
11. Souza MAP, Dias JF, Ferreira FR, Mancini MC, Kirkwood RN, Sampaio RF. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. *Ciênc saúde colet.* 2016; 21(10):3277-86.
12. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc saúde colet.* 2014; 19(4): 1263-74.
13. Dutra FCMS, Costa LC, Sampaio RF. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. *Fisioter Pesqui.* 2016; 23(1): 98-104.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Dor relacionada ao trabalho – lesões por esforços repetitivos (LER) Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
15. Silva FCM, Sampaio RF, Ferreira FR, Camargos VP, Neves JA. Influence of context in social participation of people with disabilities in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 34(4): 250-6.
16. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema Brasil em Síntese. Panorama das Cidades Brasileiras – Uberaba [internet]. 2017 [citado em setembro de 2018]. Disponível em: <https://bit.ly/3cFFA9p>.
17. Chaves GFS, Oliveira AM, Chaves JAS, Forlenza OV, Aprahamian I, Nunes PV. Assessment of impairment in activities of daily living in mild cognitive impairment using an individualized scale. *Arq Neuro-Psiq.* 2016; 74(7): 549-554.
18. Meneses KVVP, Duarte JS, Alencar VO, Pereira ACS. Desempenho ocupacional e satisfação de indivíduos pós-acidente vascular encefálico. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2014; 22(3): 515-520.
19. Alves AL, Cavalcanti A, Castro SS, Andrade VS, Nunes CMP. Perfil sócio demográfico e de funcionalidade/incapacidade de pessoas atendidas em um programa de reabilitação da mão. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2012; 23(1): 62-71.
20. Torres GC, Garcia RR. Perfil do desempenho ocupacional de pacientes com algias vertebrais crônicas, atendidos em uma clínica-escola de fisioterapia. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2009; 7(19): 38-44.
21. Nickel R, Pinto LM, Lima AP, Navarro EJ, Teive HAG, Becker N, et al. Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação. *Acta Fisiatr.* 2010; 17(1): 13-17.
22. Faria-Fortini I, Michaelsen SM, Cassiano JG, Teixeira-Salmela LF. Upper extremity function in stroke subjects: relationships between the international classification of functioning, disability, and health domains. *J Hand Ther.* 2011; 24(3):257-64.