

Raciocínio clínico em terapia ocupacional no campo da reabilitação: um modelo a partir do referencial dos cuidados paliativos

Clinical reasoning in occupational therapy and rehabilitation: a model based on the palliative care framework

Marilia Bense Othero

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e206041>

Othero MB. Raciocínio clínico em terapia ocupacional no campo da reabilitação: um modelo a partir do referencial dos cuidados paliativos. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 jan.-dez.; 32(1-3):e206041.

RESUMO: A Organização Mundial da Saúde reitera a importância do modelo dos Cuidados Paliativos precoces, presentes desde o diagnóstico inicial do paciente, como parte da assistência integral saúde, no tratamento às doenças crônicas. A literatura científica aponta que há uma subutilização da reabilitação neste contexto, com ainda menos evidências sobre a especificidade clínica da atuação do terapeuta ocupacional. O objetivo deste artigo é apresentar um modelo de raciocínio clínico e organização do plano de cuidados em Terapia Ocupacional a partir dos conceitos e princípios dos Cuidados Paliativos, com foco na intervenção clínica da Terapia Ocupacional no contexto da reabilitação. Foi desenvolvido a partir deste referencial teórico conjuntamente com reflexões sobre a prática cotidiana e sistematização das ações desenvolvidas. A ação terapêutica ocupacional ocorrerá em três momentos distintos: fase inicial, fase crônica, fase de doença avançada/final de vida). Para cada um deles, as prioridades são diferentes, assim como os recursos, ferramentas e estratégias a serem utilizadas na intervenção. Por fim, para a definição de prioridades de tratamento (e seus objetivos de curto, médio e longo prazos), exige-se uma composição entre a avaliação específica e a identificação do momento atual do paciente no processo de adoecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Reabilitação; Terapia ocupacional; Raciocínio clínico.

Othero MB. Clinical reasoning in occupational therapy and rehabilitation: a model based on the palliative care framework. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 Jan.-Dec.; 32 (1-3):e206041.

ABSTRACT: The World Health Organization reiterates the importance of the early Palliative Care model, implemented from the patient's initial diagnosis, as part of comprehensive health care in the treatment of chronic diseases. The scientific literature points out that rehabilitation is underused in this context, with even less evidence on the clinical specificity of the occupational therapist's role. The objective of this article is to present a model of clinical reasoning in Occupational Therapy and Rehabilitation, based on the concepts and principles of Palliative Care. It was developed combining theoretical framework together with reflections on daily practice and systematization of the actions developed. The occupational therapeutic action will take place in three distinct moments: initial phase, chronic phase, advanced disease phase/end of life. For each one of them, the priorities are different, as well as the resources, tools and strategies to be used in the intervention. Finally, in order to define treatment priorities (and their short-, medium-, and long-term goals) a combination between the specific assessment and the identification of the patient's current moment in the illness process is required.

KEYWORDS: Palliative care; Rehabilitation; Occupational therapy; Clinical reasoning.

A noção tradicional de reabilitação está associada ao cuidado de pessoas com condições estáveis, com pacientes que possam participar ativamente do processo de ganho funcional, aplicando na vida prática o conteúdo aprendido durante as terapias, com resultados rápidos^{1,2,3,4}. Entretanto, muitos dos sujeitos atendidos têm incapacidades graves crônicas, de mau prognóstico funcional e/ou doenças graves e progressivas^{1,2,3,4,5}.

Assim, faz-se necessário propor formas mais inovadoras de compreender, planejar e conduzir o processo de reabilitação^{1,2,6,7}, nas quais pessoas em diferentes perfis de funcionalidade e de prognóstico possam se beneficiar do cuidado em saúde, na busca por uma melhor qualidade de vida, com mais autonomia e dignidade. E os Cuidados Paliativos emergem como um referencial teórico que pode contribuir muito nesta empreitada.

A finalidade deste artigo é contribuir para a construção de um modelo de raciocínio clínico e organização do plano de cuidados em Terapia Ocupacional a partir dos conceitos e princípios dos Cuidados Paliativos, com foco na intervenção clínica da Terapia Ocupacional no contexto da reabilitação, e a partir da clínica cotidiana e do exercício contínuo de reflexão e sistematização da prática profissional.

CUIDADOS PALIATIVOS

O surgimento oficial dos Cuidados Paliativos como prática distinta na área da atenção em saúde remonta à década de 1960, no Reino Unido, tendo Dame Cicely Saunders como um personagem importantíssimo⁸. Com o avanço das práticas, pesquisas e sistematizações na área, em 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe o primeiro conceito de Cuidados Paliativos, neste momento direcionado à assistência a pacientes oncológicos em final de vida⁹. A partir de 2002, o conceito é ampliado englobando todo o tratamento do paciente e as mais variadas doenças crônicas⁹. Sua revisão mais recente é de 2020, definindo Cuidados Paliativos como¹⁰:

“Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares que estão enfrentando problemas associados a uma doença ameaçadora da vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, correta avaliação e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais”.

A OMS reitera a importância do modelo dos Cuidados Paliativos precoces, isto é, desde o diagnóstico inicial do paciente, incluindo-os como parte da assistência

completa à saúde, no tratamento às doenças crônicas, tais como doenças cardiovasculares, câncer, falências orgânicas, queimaduras, injúrias neurológicas abruptas, doenças degenerativas, síndromes genéticas, entre outras. As ações que envolvem os cuidados paliativos podem ser ampliadas e adaptadas às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos. A atenção primária tem sido enfatizada como o local principal para investimento em Cuidados Paliativos, especialmente para ampliar o acesso a este tipo de assistência^{10,11}.

É imprescindível ressaltar que, a partir de 2010, em um estudo publicado no *New England Journal of Medicine*, por Temel et al.¹², os resultados das pesquisas têm apontado que o modelo dos Cuidados Paliativos precoces traz melhora na qualidade de vida de pacientes e familiares e aumento da sobrevida comparativamente ao modelo tradicional (no qual presta-se este tipo de cuidado somente nas fases mais avançadas e/ou final de vida).

Outros dados mais recentes da OMS¹⁰ apontam:

- Estima-se que, anualmente, cerca de 57 milhões de pessoas necessitem de Cuidados Paliativos, sendo que 78% delas estão em países de baixa e média renda;
- Mundialmente, apenas aproximadamente 14% das pessoas que necessitam deste tipo de cuidado estão de fato recebendo-o;
- Cuidados Paliativos precoces permite melhor racionalização no uso dos serviços, bem como evita admissões hospitalares desnecessárias;
- Falta de capacitação e políticas excessivamente restritivas para prescrição de medicamentos opioides são duas das principais barreiras mencionadas para a efetivação de um modelo mais ampliado em Cuidados Paliativos.

Os pilares que embasam a intervenção em Cuidados Paliativos podem resumidos da seguinte maneira: prevenção e manejo de problemas de ordem física, psicossocial e espiritual; trabalho em equipe; paciente e família como unidade de cuidados; autonomia e independência; comunicação adequada, especialmente no que se refere às notícias difíceis; acompanhamento da família no período do luto^{13,14,15}.

Além destes aspectos conceituais descritos, a OMS¹⁶ propõe um gráfico que ilustra de forma esquemática a organização do plano de cuidados de uma pessoa com alguma condição elegível para os Cuidados Paliativos, conforme pode ser visto na Figura 1.

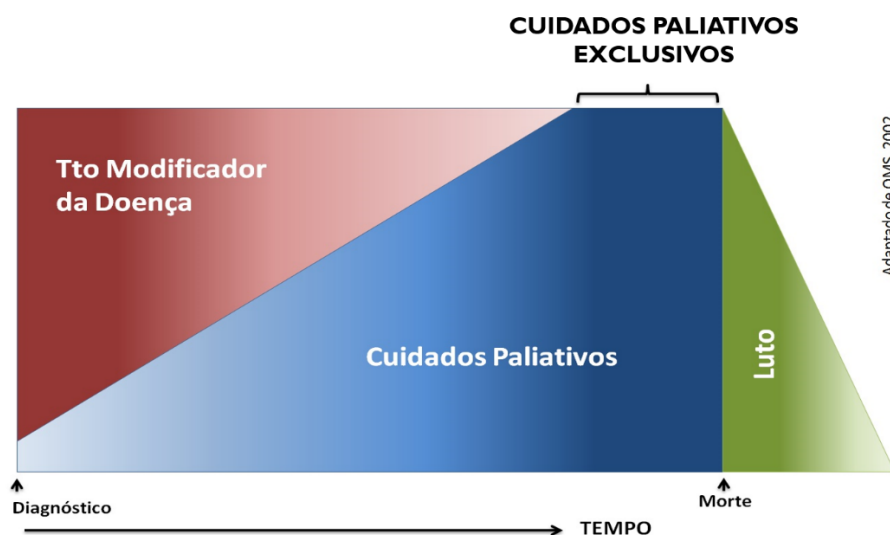


Figura 1 – Gráfico representativo do plano de cuidados no modelo dos Cuidados Paliativos precoces. Adaptado por Othero (2022)

Este gráfico ressalta como os Cuidados Paliativos são propostos como parte integrante do tratamento desde o diagnóstico da doença e sua predominância vai crescendo no plano de cuidados conforme o tempo passa e a doença progride, numa inversão de prioridades. O tratamento impecável de sintomas e os suportes emocional, social e espiritual dos quais pacientes e familiares necessitam devem ter início quando se realiza o diagnóstico de qualquer doença ameaçadora da vida. Além disso, a assistência não cessa após a morte do doente, mas deve-se oferecer o apoio à família no período do luto^{16,17}.

Verifica-se que muitas populações atendidas pela Terapia Ocupacional na reabilitação são elegíveis para Cuidados Paliativos (tais como, pessoas com doenças neurológicas de longa duração, crianças com síndromes genéticas, indivíduos com falências orgânicas e doenças autoimunes, entre outros), ainda que as equipes especializadas de Cuidados Paliativos concentrem sua atuação nos momentos de doença mais avançada, especialmente por falta de recursos^{18,19}.

CUIDADOS PALIATIVOS, TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO: MODELO PARA O RACIOCÍNIO CLÍNICO

O modelo de organização do plano de cuidados em Terapia Ocupacional em Reabilitação, a partir dos conceitos

dos Cuidados Paliativos vem sendo construído a partir da prática clínica da autora, iniciada em 2006, atuando como terapeuta ocupacional em um hospital de Cuidados Paliativos, especializado no atendimento a pacientes não-oncológicos, especialmente com doenças neurológicas de longa duração.

Além do estudo dos referenciais anteriormente mencionados, a forma de compreender as demandas e necessidades dos sujeitos ali atendidos foi sendo sistematizada, conjuntamente com as possibilidades de intervenção, recursos e estratégias. Este texto representa uma síntese desse processo, na busca de cada vez mais produzir uma prática embasada em arcabouços teóricos e com efetividade na melhoria da qualidade de vida daqueles a quem estamos comprometidos no cuidado.

Diversos autores têm trabalhado a relação entre Cuidados Paliativos e Reabilitação, destacando estratégias da reabilitação que focam nos ganhos na qualidade de vida, controle de sintomas, alívio do sofrimento e melhor aproveitamento do tempo remanescente que estes pacientes possuem para sua vida pessoal^{1,20,21}. Enfatiza-se também a restauração da dignidade e da auto-estima ao reinseri-los em suas atividades de vida diária de maneira ativa e independente^{20,21,22}, apontando-se que a reabilitação multidisciplinar é impactante na funcionalidade e no manejo de sintomas de pacientes com doenças crônicas graves^{20,21,22}.

Antes mesmo da definição de Cuidados Paliativos da OMS em 2002, Twycross²³ já indicava que a reabilitação

é uma parte integral dos Cuidados Paliativos, buscando a realização do potencial máximo de autonomia e independência dos pacientes. Para o autor, ainda que na presença de uma doença grave e em fase avançada, o paciente não está necessariamente incapacitado ou restringido para a realização de suas atividades cotidianas. A ênfase no “fazer” ao invés do “ser atendido” ajuda os pacientes a viver e a morrer como sujeitos, com dignidade²³.

Entretanto, a literatura aponta que há uma subutilização da reabilitação neste contexto, relacionada a diversos aspectos: falha na detecção precoce de incapacidades na fase aguda do tratamento; problemas no encaminhamento à equipe de reabilitação; falta de conhecimento acerca da disponibilidade de serviços de reabilitação; pouco ou nenhum conhecimento por parte da família²⁴.

Mesmo com aumento das publicações nos últimos anos^{5,25}, há ainda menos evidências na literatura sobre a especificidade clínica da atuação do terapeuta ocupacional no modelo que interrelaciona Cuidados Paliativos e Reabilitação, considerando a intervenção desde o diagnóstico, conforme proposto pela OMS.

Assim, faz-se relevante estudos para melhor sistematizar a Terapia Ocupacional neste contexto. Trabalha-se aqui com a noção de um modelo de raciocínio clínico, isto é, uma proposta que interrelaciona teoria e prática; Schell²⁶ explica que raciocínio clínico como o processo usado pelos profissionais para planejar, orientar, realizar e refletir sobre os cuidados junto aos usuários atendidos²⁶.

Portanto, amparado por um referencial teórico-metodológico, permitirá ao terapeuta: reflexões sobre o que acontece nos atendimentos; planejamento de ações, recursos e estratégias; organização de propostas a curto, médio e longo prazo; além da dimensão sobre os reais benefícios das propostas no cotidiano das pessoas atendidas.

AVALIAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

No enfoque de Cuidados Paliativos e Reabilitação, Jorge e Othero¹ mencionam os aspectos gerais referentes à avaliação do usuário, os quais devem – segundo as autoras – serem aplicados de forma sistemática e rigorosa: é avaliado do ponto de vista funcional e clínico no início da reabilitação, para a definição das demandas, etapas do programa e plano terapêutico. Estão incluídos na avaliação: história da doença e seu tratamento; sintomas atuais; percepção do paciente sobre seus problemas; e avaliação física, emocional e cognitiva¹.

De maneira similar, o processo de atendimento em Terapia Ocupacional inicia-se com uma avaliação, compreendida aqui como uma forma de aprofundamento no contato com o paciente, a partir de critérios estabelecidos previamente, conforme resumido na figura 02. Seu objetivo centra-se no estabelecimento de prioridades para a intervenção, numa composição entre as necessidades identificadas pelos terapeutas e as demandas trazidas pelo sujeito.

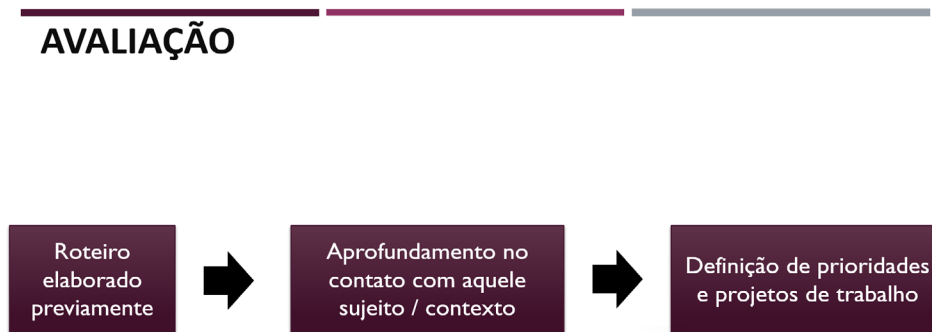


Figura 2 – Fluxograma resumido sobre o processo de avaliação em Terapia Ocupacional

A avaliação pode ser feita através de escuta, observação, entrevistas, proposição de atividades e/ou instrumentos padronizados^{14,25,27,28}. É fundamental ressaltar que os aspectos relacionados a biografia, cultura, valores, experiências, repertório de atividades dos sujeitos atendidos

são temas absolutamente centrais e imprescindíveis, que devem ser incluídos na avaliação em TO no modelo aqui proposto.

O conteúdo específico da avaliação dependerá da população atendida, do tipo de serviço prestado, da instituição

em questão e do referencial teórico do profissional. Alguns aspectos gerais podem ser elencados: minucioso levantamento do repertório de atividades e das capacidades remanescentes da pessoa assistida; rotina e cotidiano; níveis de independência e autonomia; posicionamento e necessidade de órteses/tecnologia assistiva, entre outros.

Na área da pediatria, estes tópicos são fundamentais e devem estar incluídos na avaliação do TO: estágios do desenvolvimento; aspectos sensório-motores; aspectos neuromusculares; integração dos reflexos; percepção e integração sensorial; coordenação motora; força e equilíbrio; aspectos relacionados à cognição; condição emocional; brincar / lazer / presença de atividades lúdicas na rotina da criança; autocuidado; inclusão no sistema escolar; situação familiar e social²⁹.

A atenção a partir do referencial dos Cuidados Paliativos demanda a inclusão de um novo tópico na avaliação: presença e intensidade de sintomas, sejam eles de ordem física ou psicossocial. Jorge e Othero¹ apresentam os principais sintomas cuja intervenção depende diretamente da equipe de reabilitação: dependência, espasticidade, síndrome do imobilismo, descondicionamento físico, dor, xerostomia, fadiga, linfedema, alterações psíquicas e distúrbios cognitivos.

Os instrumentos padronizados para a avaliação podem ser agrupados em três grupos distintos: os instrumentos específicos em Terapia Ocupacional, os instrumentos da área da Reabilitação em geral e os instrumentos específicos do campo dos Cuidados Paliativos. São exemplos de avaliações de TO que podem ser utilizadas: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional³⁰, Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais³¹ e LOTCA³². Na Reabilitação, destacam-se os instrumentos de avaliação funcional, tais como Teste de Katz³³, Índice de Barthel³⁴, Medida de Independência Funcional³⁵, Mini Exame do Estado Mental³⁶, entre outros. As avaliações específicas em Cuidados Paliativos mais utilizadas nos serviços têm sido a Escala de Performance Paliativa³⁷ e a Escala de Sintomas de Edmonton³⁸, no entanto, existem inúmeras avaliações para sintomas específicos, como por exemplo a Escala Visual Analógica de Dor³⁹ e o Pictograma de Fadiga⁴⁰.

Ainda na avaliação, há um aspecto importantíssimo a ser considerado: o estágio de evolução e avanço da doença, o qual auxiliará no estabelecimento de metas realistas para o acompanhamento e na escolha de ferramentas e estratégias mais eficazes para cada situação. Considera-se três momento principais^{9,14,25}:

- 1º momento: corresponde à fase inicial do tratamento. O diagnóstico é recente e a prioridade no plano de

cuidados é o tratamento modificador da doença, mesmo que existam possíveis desconfortos e efeitos colaterais. Para a Terapia Ocupacional, o objetivo geral da intervenção junto a uma pessoa neste momento é a reabilitação em seu sentido estrito, isto é, busca-se ganhos funcionais, independência e aquisição de habilidades;

- 2º momento: refere-se às situações crônicas. Os Cuidados Paliativos aumentam sua atuação junto a este sujeito, porém existem aspectos relacionados ao tratamento modificador de doença que podem beneficiá-lo, considerando-se sempre os custos e os benefícios de cada uma destas intervenções. Na TO, destaca-se como objetivo central do acompanhamento a manutenção da capacidade funcional e/ou a diminuição da velocidade das perdas funcionais inerentes ao avanço de uma patologia;
- 3º momento: envolve a fase de doença avançada e, posteriormente, a terminalidade. A intervenção baseia-se nos Cuidados Paliativos exclusivos. Com isso, o conforto deve ser a prioridade máxima na intervenção junto a esta pessoa, por parte de todos os profissionais da equipe.

A partir do gráfico proposto pela OMS¹⁶, já abordado na Figura 1 anteriormente, no qual considera-se a intervenção desde o diagnóstico e a inversão de prioridades do plano de cuidados com o avanço da doença, é possível esquematizar estes diferentes momentos, dividindo-o em três partes, conforme a Figura 3.

O tempo de avanço da patologia e do tratamento dependerá da população atendida: existem situações cujo prognóstico é mais curto (como doenças do neurônio motor e algumas distrofias musculares, por exemplo) e outras nas quais o tempo é bastante longo, tais como síndromes demenciais e doenças autoimunes^{9,10}.

Para estabelecer corretamente em qual momento a pessoa atendida está, além do contato direto com os outros profissionais da equipe, o terapeuta ocupacional possui ferramentas e conhecimentos específicos que podem auxiliá-lo. Deve-se conhecer a patologia, sua maneira de evolução ao longo do tempo, o que é esperado para cada fase e os marcadores clínicos e funcionais de doença avançada. Estão publicadas diversas diretrizes que auxiliam o profissional nesta etapa, com destaque para o instrumento NECPAL CCOMS-ICO, traduzido e validado para a Língua Portuguesa Brasil por Santana et al.⁴¹ e o *Prognostic Identification Guidance*, publicado pelo “The Gold Standards Framework”, no Reino Unido⁴².

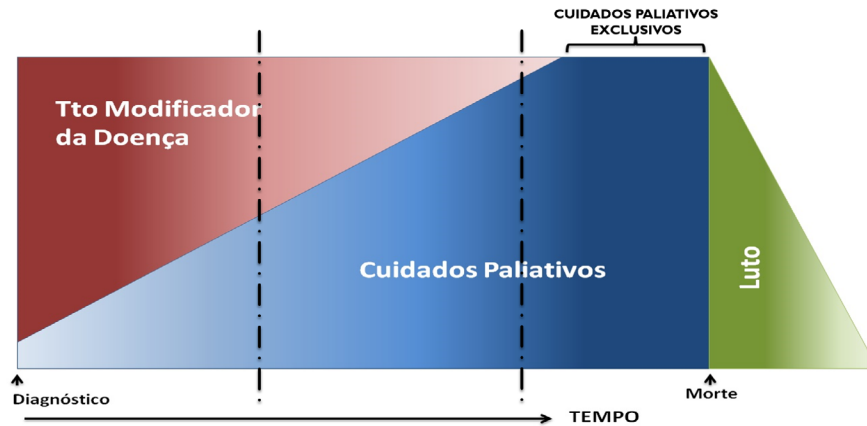


Figura 3 – Gráfico dos Cuidados Paliativos adaptado para representar os três momentos de evolução da doença e acompanhamento. Adaptado por Othero (2022)

O tempo de avanço da patologia e do tratamento dependerá da população atendida: existem situações cujo prognóstico é mais curto (como doenças do neurônio motor e algumas distrofias musculares, por exemplo) e outras nas quais o tempo é bastante longo, tais como síndromes demenciais e doenças autoimunes^{9,10}.

Para estabelecer corretamente em qual momento a pessoa atendida está, além do contato direto com os outros profissionais da equipe, o terapeuta ocupacional possui ferramentas e conhecimentos específicos que podem auxiliá-lo. Deve-se conhecer a patologia, sua maneira de evolução ao longo do tempo, o que é esperado para cada fase e os marcadores clínicos e funcionais de doença avançada. Estão publicadas diversas diretrizes que auxiliam o profissional nesta etapa, com destaque para o instrumento NECPAL CCOMS-ICO,

traduzido e validado para a Língua Portuguesa Brasil por Santana et al.⁴¹ e o *Prognostic Identification Guidance*, publicado pelo “The Gold Standards Framework”, no Reino Unido⁴².

Cabe ao profissional investigar a funcionalidade atual e prévia do sujeito e sua condição clínica (especialmente no que se refere à estabilidade do quadro e a reversibilidade de possíveis agravamentos), considerando-se ainda a idade e a presença de comorbidades (estes últimos como fatores que pioram o prognóstico).

Portanto, para a definição de prioridades de tratamento em Terapia Ocupacional (e seus objetivos de curto, médio e longo prazos), exige-se uma composição entre a avaliação específica em Terapia Ocupacional e a identificação do momento do adoecimento. Tal processo pode ser resumido em um diagrama didático, conforme apresentado na Figura 4.

AVALIAÇÃO COGNITIVA EM TO

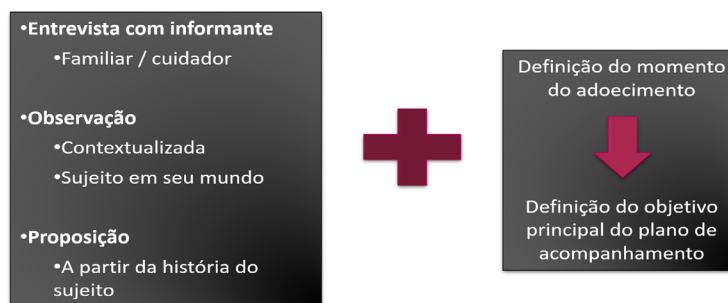


Figura 4 – Avaliação em Terapia Ocupacional a partir do modelo proposto. Composição de aspectos específicos da profissão com identificação da fase do processo de adoecimento. (Othero, 2022)

ESPECIFICIDADES DA INTERVENÇÃO

A Associação Canadense de Terapia Ocupacional resume a intervenção terapêutica ocupacional no campo dos Cuidados Paliativos a partir de quatro eixos: manutenção da funcionalidade e envolvimento com atividades do desejo do paciente, manutenção do senso de controle sobre a própria vida, continuar contribuindo com os outros e ficar conectado com pessoas importantes, continuar na busca por sentidos e significados na vida⁴³.

Especificando-se ainda mais, os objetivos da específico intervenção nesta proposta são^{14,15,25,27,28,29}:

- Resgate / Descoberta de atividades significativas;
- Independência e autonomia no cotidiano;
- Comunicação, criação e expressão;
- Estimulação sensorial;
- Resgate biográfico;
- Conforto físico;
- Manejo de sintomas;
- Prevenção de incapacidades;
- Promoção da interação pautada nas potencialidades;
- Apoio e orientação ao familiar e/ou cuidador.

O terapeuta ocupacional poderá intervir nas diferentes fases (fase inicial, fase crônica, fase de doença avançada / final de vida). Entretanto, para cada momento, as prioridades são diferentes, assim como os recursos, ferramentas e estratégias a serem utilizadas na intervenção, conforme detalhamento proposto a seguir.

O plano terapêutico é desenvolvido como um projeto absolutamente singular, composto pelos objetivos do terapeuta, definidos a partir de sua avaliação técnica, e também pelos objetivos do sujeito atendido, de maneira dinâmica e compartilhada. Cabe ao terapeuta ocupacional começá-lo com propósito, sem medo de resistências, as quais emergem muitas vezes porque com o adoecimento desaparece o desejo e a perspectiva de futuro. O vínculo terapêutico é construído de maneira singular e atenta, sempre considerando o outro em sua singularidade.

Conforme a relação do cuidado acontece, observa-se as respostas frente às propostas e inclui-se as novas exigências que possam aparecer, revisando-se o plano de atendimento constantemente. Sugere-se o estabelecimento de etapas, das simples para as mais complexas, respeitando os limites e momentos do cliente, bem como seu ritmo próprio¹⁴.

1º Momento. Como corresponde à fase inicial, o tratamento modificador da doença é prioridade, num plano de cuidados compartilhado entre a equipe da

especialidade (neurologia, ortopedia, fisioterapia, etc.) e os Cuidados Paliativos, cuja intervenção estará concentrada especialmente no controle de sintomas (farmacológico e não-farmacológico) e na comunicação de notícias difíceis.

A intervenção da Terapia Ocupacional terá como foco a re-habilitação, isto é, a aquisição de habilidades, independência e autonomia, tendo como objetivo central o ganho de funcionalidade (motora, sensorial, cognitiva, etc.). As estratégias concentram-se em: treino de atividades de vida diária, posicionamento para promoção da função, estimulação sensorial e cognitiva, indicação e confecção de órteses e próteses, priorizando-se o uso de materiais termo moldáveis (de baixa ou alta temperatura)^{14,15}.

O aporte do referencial dos Cuidados Paliativos inclui aqui a prevenção de sintomas, comunicação e acolhimento aos familiares e cuidadores, uma vez que do paciente e família são uma unidade de cuidados.

2º Momento. A doença está em evolução e o plano de cuidados passa a ser composto pelo tratamento modificador da doença e os cuidados paliativos sem prioridades pré-estabelecidas; cada caso deverá ser avaliado pelas equipes para que se possa definir as necessidades do doente, priorizando-se um ou outro, de forma específica. Porém, cabe ressaltar que neste momento pode haver uma maior prevalência de complicações e agravos, que devem ser considerados neste plano conjunto.

A intervenção da Terapia Ocupacional estará concentrada na manutenção das capacidades existentes e/ou na diminuição da velocidade de perdas inerentes ao avanço da doença. As estratégias de intervenção mais adequadas neste momento são: resgate da presença de atividades significativas no cotidiano, posicionamento com foco em prevenção de problemas, prescrição e confecção de órteses, confecção de adaptações para facilitar a funcionalidade remanescente, promoção de atividades expressivas e criativas (individualmente ou em grupo), promoção da convivência familiar e social.

Na intervenção não-farmacológica para manejo de sintomas, o terapeuta ocupacional tem uma atuação central, a fim de auxiliar na prevenção de deformidades e de úlceras por pressão, através de orientações e adaptações para o posicionamento adequado (em leito, poltrona, cadeira de rodas, cadeira de banho, etc.)^{14,15}.

As técnicas de conservação de energia são propostas muito eficazes para a melhoria da qualidade de vida nesta fase. Elas referem-se à realização de atividades de forma energeticamente eficiente, através de princípios da mecânica corporal, ritmo de trabalho, métodos de trabalho e organização da rotina diária^{14,15,44}.

3º Momento. Nas condições de doença avançada e/ou final de vida, os Cuidados Paliativos são majoritários no plano terapêutico, espera-se maior complexidade dos sintomas/agravos presentes e intercorrências relacionadas, e a comunicação e o cuidado à família ficam estabelecidas como estratégias centrais. O conforto (físico, mental, cognitivo, sensorial e emocional) deve ser considerado como a prioridade máxima das intervenções junto ao paciente.

Para a Terapia Ocupacional, as seguintes estratégias são centrais neste momento: posicionamento para conforto, confecção de órteses e dispositivos de posicionamento com materiais o mais confortáveis possível, adequação de estímulos para evitar-se sobrecarga e fadiga, controle de sintomas (como dor, fadiga e dispneia, por exemplo), além do uso de atividades criativas e expressivas como forma de promover fechamentos e despedidas.

Para aqueles em terminalidade, todas as intervenções devem ser ponderadas quanto à relação de custo/benefício para o doente, exigindo do terapeuta uma avaliação minuciosa, no exercício constante do raciocínio clínico. São episódios comuns: doentes graves e acamados; deformidades já instaladas; pouca possibilidade de mobilização no leito; metástases ósseas; condições ruins de pele (edema, anasarca, ressecamento, feridas); poucos recursos financeiros, especialmente na realidade brasileira¹⁴.

Sobre o uso de órteses, vale mencionar que sua utilização nesta fase precisa ser avaliada com o máximo critério, para a real promoção de conforto e controle de sintomas (como dor, fadiga e edema). Propõe-se considerar a prescrição de órteses em materiais alternativos como espuma de alta densidade, Neoprene, EVA, ou até mesmo atadura gessada recoberta com espuma (para casos de maior espasticidade)^{14,15}.

Ressalta-se ainda que o acolhimento ao familiar é parte integrante de todo o processo, nas três. Além da escuta e do apoio, a Terapia Ocupacional pode promover ações específicas ao longo do tempo, tais como: métodos para facilitação da autonomia e independência, ações para continuidade do vínculo entre paciente e família, de forma prática e concreta, além do acompanhamento no pós-óbito e no período de luto^{28,45}. Alguns terapeutas ocupacionais têm trabalhado com os familiares no período do luto para facilitar sua apropriação de novos papéis ocupacionais e reconstrução das perdas (emocionais, sociais, etc.) vividas ao longo do tempo^{45,46}.

Os recursos terapêuticos a serem usados em cada uma das fases são de escolha do profissional em cada momento e em cada contexto, uma vez que – neste modelo proposto – as atividades não estão necessariamente vinculadas à estimulação de funções, mas concentram-se na reconstrução do cotidiano de forma significativa e no investimento que ajuda na emergência de um sujeito, por vezes escondido (ou esquecido) atrás de suas sequelas ou incapacidades⁴⁷.

Finalmente, como parte imprescindível desta proposição aqui apresentada, está o registro dos encontros e atendimentos realizados. Os mesmos devem ser elaborados da maneira mais completa possível e relidos constantemente, numa forma de elaboração e revisão do plano de cuidados em Terapia Ocupacional. Além do prontuário e registros institucionais, o terapeuta pode fazer registros pessoais, que auxiliam muito na construção do raciocínio clínico e do plano de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado é o referencial máximo que embasa propostas, estratégias e técnicas aqui descritas, não sendo possível desvincular a assistência dos valores de singularidade e de reconhecimento do outro como um sujeito de direitos. Entretanto, modelos para a construção do raciocínio clínico e elaboração do plano de acompanhamento podem ajudar muito o profissional a promover uma prática mais embasada, consciente e reflexiva.

Aires⁴⁸ resume muito bem os princípios a serem seguidos na assistência quando os Cuidados Paliativos embasam o raciocínio clínico: atenção acurada; atuação multiprofissional; compreensão do impacto dos sintomas na qualidade de vida de cada sujeito; consideração sobre o prognóstico clínico e funcional; acolhimento e atenção ao familiar e/ou cuidador; explicação sobre o planejamento de cada ação, em cada etapa, com o respeito máximo à autonomia e participação do usuário.

A intervenção em Terapia Ocupacional possibilita conforto, dignidade, autonomia e um viver ativo e criativo, independentemente do tempo de vida ou do grau de seqüela. Concretiza-se o direito deste sujeito SER-humano, e se resgata possibilidades de existir no mundo⁴⁷.

O modelo exposto neste artigo é um primeiro passo para sistematização de uma prática em reabilitação mais cuidadosa e voltada para as reais necessidades dos usuários, com afirmação da sua dignidade e autonomia.

REFERÊNCIAS

1. Jorge LL, Othero MB. Reabilitação em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos da ANCP. 2a ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.500-516.
2. Elfred A. Rehabilitation. In: Sykes N, Edmonds P, Wiles J. Management of advanced disease. Great Britain: Arnold; 2004. p.549-559.
3. Turner-Stokes L, Sykes N, Silber E, Khatri A, Sutton L, Young E. From diagnosis to death: exploring the interface between neurology, rehabilitation and palliative care in managing people with long-term neurological conditions. Clin Med. 2007;7(2):129-136. doi: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.7-2-129>
4. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Oxford handbook of palliative care. 2nd ed. USA: Oxford University Press; 2009.
5. De Carlo, MMRP; Kebbe LM; Palm, RDCM. Fundamentação e processos de terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. In: De Carlo MMRP, Kudo AM, organizadores. Terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. São Paulo: Editora Payá; 2018. p.1-32.
6. Royal College of Physicians. Long-term neurological conditions: management at the interface between neurology, rehabilitation and Palliative care. Reviewed. Great Britain: The Lavenham Group; 2011.
7. National Coordinating for the Service Delivery and Organization (NCCSDO). End of life care in long term neurological conditions. A framework for implementation. NHS. National End of Life Care Program. Great Britain; 2009.
8. Du Boulay S. Changing the face of death. The story of Cicely Saunders. 2nd ed. Great Britain: Brightsea Press; 2007.
9. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos da ANCP. 2a ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.23-41.
10. World Health Organization. Palliative care. Factsheet. August; 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>
11. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. World Health Organization. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London, UK: WHPCA; 2020. Available from: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
12. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-42. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
13. Gomes ALZ; Othero MB. Cuidados paliativos. Estud Avançados. 2016;30:155-166. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>
14. Ribeiro MS; Othero MB. Terapia ocupacional. In: Nunes R, Rego F, Rego G, organizadores. Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos. Coimbra, Portugal: Almedina; 2018. p.589-596.
15. Costa APP, Othero MB, Cândido T. O papel da terapia ocupacional nos cuidados paliativos. In: Costa APP, Othero MB, organizadores. Reabilitação em cuidados paliativos. Loures, Portugal: Editora Lusodidacta; 2014. p.125-142.
16. World Health Organization (WHO). Palliative care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 5. Geneva: World Health Organization; 2002.
17. Maciel MGS, Othero MB. Cuidados paliativos e assistência na terminalidade. In: Veit MT, Redo CD, Fernandes KS, Stephan MMAC, Othero MB, Macieira RC, Carvalho VA, organizadores. Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado. São Paulo: ABRALÉ / HR Gráfica e Editora; 2009. p.184-195.
18. Othero MB, Ribeiro MS, Parsons HA. Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: first steps to the Brazilian Atlas of Palliative Care. In: 14th World Congress of the European Association of Palliative Care; 2015. Copenhagen, Dinamarca; 2015. Available from: <http://www.premierhospital.com.br/encontro/wp-content/uploads/2017/06/Saiba-Mais-link-4-Poster-Dinamarca.pdf>
19. Parsons HA, Othero MB. Palliative care in Brazil: service profile. In: 13th World Congress of the European Association of Palliative Care; 2013. Praga, República Tcheca; 2013.
20. DeLisa JA. A history of cancer rehabilitation. Cancer. 2001;92(4S): 970-4. doi: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20010815\)92:4](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20010815)92:4)
21. Edwards A. Symptom relief in palliative neurological care. In: Byrne J, McNamara P, Seymour J, McClinton P. Palliative care in neurological disease United Kingdom: Radcliffe Publishing; 2009. p.47-69. doi: <https://doi.org/10.1201/9780429091438>
22. Kim A, Fall P, Wang D. Palliative care: optimizing quality of life. JAOA. 2005;105:S9-S14. doi: 10.7556/jaoa.2005.20022
23. Twycross R. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas. Acta Bioethica. 2000;6(1). doi: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100003>

24. Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil.* 1994;73:199-206. doi: <https://doi.org/10.1097/00002060-199406000-00009>
25. Othero MB. Cuidados paliativos. In: Cavalcante e Galvão. *Terapia ocupacional: fundamentação e prática.* 2ª ed. RJ: Grupo Gen, Guanabara-Koogan; s.d. [no prelo].
26. Schell BB. Raciocínio clínico: a base da prática. In: Neistadt ME, editor. Williard e Spackman. *Terapia ocupacional.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.80-90.
27. Othero MB. Terapia ocupacional na assistência oncológica em geriatria e gerontologia – experiências em cuidados paliativos no setor privado. In: Othero MB, organizadora. *Terapia ocupacional – práticas em oncologia.* São Paulo: Editora Roca; 2010. p.388-407.
28. Othero MB. O papel do terapeuta ocupacional na equipe. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de cuidados paliativos da ANCP.* 2a ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.361-363.
29. Othero MB, Santos WA. Terapia ocupacional em pacientes oncológicos na UTI pediátrica. In: La Torre PPF, et al., organizadores. *UTI pediátrica.* Barueri, SP: Manole; 2015. p.1354-1373.
30. Law M, et al. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).* Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
31. Costa APP, Othero MB. Palliative care, terminal illness and the model of human occupation. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2012; 30:316-327. doi: <https://doi.org/10.3109/02703181.2012.743205>
32. Novelli MMPC, Marques NCF, Mendes RS, Matteuci M, Medeiros AS, Kuga J, Machado AF, Uchôa-Figueiredo LR, Katz N. Adaptação transcultural da bateria DLOTCA-G (Dynamic Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment – for Geriatric Population) para a língua portuguesa/Cross-cultural adaptation of the DLOTCA-G (Dynamic Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Ass. *Cad Bras Ter Ocup.* 2015;23(2):251–260. doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0490>
33. Lino VTS, et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro).* 2008;24(1):103-112. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
34. Mínosso JSM, et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
35. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):72-6. doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>
36. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):777-781. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
37. Maciel, MGS. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de cuidados paliativos da ANCP.* 2a ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.31-41.
38. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):163-171. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>
39. Cardoso, MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de cuidados paliativos da ANCP.* 2a ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.113-122.
40. Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Pictograma de fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(esp.):1080-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500012>
41. Santana MT, Gómez-Batiste X, Silva LM, Gutiérrez MG. Adaptação transcultural e validação semântica de instrumento para identificação de necessidades paliativas em língua portuguesa. *Einstein (São Paulo).* 2020;18. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5539
42. The Gold Standards Framework. Proactive Identification Guidance (PIG). GSF PIG 7th Edition June 2022 Keri Thomas, Max Watson (HUK), Julie Armstrong Wilson and the GSF team. Available from: <https://www.gsfinternational.org.uk/pig-tool>
43. Canadian Association of Occupational Therapists. CAOT Position Statement: Occupational therapy and end-of-life care (2017). Available from: https://caot.ca/document/6130/PS_EndofLife.pdf
44. Cox DL. *Terapia ocupacional e síndrome da fadiga crônica.* São Paulo: UniSantos Editora; 2005.
45. Othero MB. Assistência ao familiar da pessoa com câncer. In: Othero MB, organizadora. *Terapia ocupacional – práticas em oncologia.* São Paulo: Editora Roca; 2010. p.111-122.
46. Othero MB, organizadora. *Cadernos de terapia ocupacional.* In: I Fórum do Comitê de Terapia Ocupacional da ABRALE. São Paulo: Bartz Texto e Audiovisual; 2015.

47. Othero MB, Ayres JRCM. Resgate biográfico como estratégia de assistência a pacientes com condições neurológicas muito graves. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014;25:80-87. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p80-87>
48. Aires EM. Características gerais do processo de avaliação. In: De Carlo MMRP, Queiroz MEG, organizadores. Dor e cuidados paliativos – terapia ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca; 2007. p.63-69.

