



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**



LARISSA DOS SANTOS MENEZES

**PROPOSTA DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) EM TERAPIA
OCUPACIONAL PARA UMA UNIDADE DE TRATAMENTO DE QUEIMADURAS
(UTQ) EM SERGIPE**

LAGARTO/ SE – 2021

LARISSA DOS SANTOS MENEZES

Orientadora: Prof. Me. Larissa Galvão da Silva

Coorientadora: Márcia Larissa Ferreira de Farias

**PROPOSTA DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) EM TERAPIA
OCUPACIONAL PARA UMA UNIDADE DE TRATAMENTO DE
QUEIMADURAS(UTQ) EM SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho,– Este trabalho foi orientado pela docente Me. Larissa Galvão da Silva, com a coorientação da terapeuta ocupacional Márcia Larissa Ferreira de Farias.

LAGARTO/ SE- 2021

LARISSA DOS SANTOS MENEZES

**PROPOSTA DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) EM TERAPIA
OCUPACIONAL PARA UMA UNIDADE DE TRATAMENTO DE
QUEIMADURAS(UTQ) EM SERGIPE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado como suprimento das exigências legais da Resolução 36/2011 CONEPE-UFS do currículo do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto/SE.

Lagarto/SE ____ de _____ de _____.

Avaliadores:

Larissa Galvão Silva
Orientadora

Márcia Larissa Ferreira de Farias
Coorientadora

Taís Bracher Annoroso Soares
Membro da Banca Examinadora

Anne Caroline Almeida Santos
Membro da Banca Examinadora

RESUMO

Variadas situações podem influenciar no engajamento das ocupações, principalmente, aquelas ligadas às condições de saúde, como as queimaduras que são lesões totais ou parciais que provocam a aniquilação do tecido epitelial e de anexos, podendo comprometer diretamente os órgãos mais profundos. O presente estudo teve como objetivo propor um Procedimento Operacional Padrão (POP) em Terapia Ocupacional para uma Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ). A metodologia utilizada foi uma pesquisa bibliográfica qualitativa, realizada em periódicos nacionais disponíveis na base de dados BVS, seguida da leitura exploratória dos artigos encontrados, com catalogação e compilação dos dados que estavam de acordo com o objetivo proposto, possibilitando a fundamentação teórica para a elaboração estruturada do POP. Nos resultados foram encontrados 70 artigos, somente cinco foram selecionados, quatro desses descreviam procedimentos realizados pela Terapia Ocupacional em unidades hospitalares, com pacientes que sofreram queimaduras, e um descrevia a atuação do Terapeuta Ocupacional no ambiente hospitalar. A discussão foi apresentada a partir dos tópicos elencados no POP: objetivo geral, público alvo, critérios de elegibilidade, recursos humanos, duração dos atendimentos, processo avaliativo em Terapia Ocupacional, recursos/materiais, critérios de alta da Terapia Ocupacional, comportamentos e condutas, que foram produzidos a partir da pesquisa de referencial bibliográfico. Considerando a pesquisa, pôde-se evidenciar a falta de referenciais que discutem acerca da utilização do POP, importância, definição e padronização para a sua criação. O POP vai influenciar na oferta de serviços padronizados que visam otimizar o tempo do atendimento, ofertá-los com maior qualidade, objetivando menor tempo de internação e menores comprometimentos.

DESCRITORES: Terapia Ocupacional. Queimaduras. Hospitalização.

ABSTRACT

Various situations can influence the engagement of occupations, especially those linked to health conditions, such as burns, which are total or partial injuries that cause the annihilation of the epithelial tissue and annexes, which can directly compromise the deeper organs. This study aimed to propose a Standard Operating Procedure (SOP) in Occupational Therapy for a Burn Treatment Unit (UTQ). The methodology used was a qualitative bibliographic research, carried out in national journals available in the BVS database, followed by an exploratory reading of the articles found, with cataloging and compilation of data that were in accordance with the proposed objective, enabling the theoretical foundation for the elaboration structured POP. In the results, 70 articles were found, only five were selected, four of which described procedures performed by Occupational Therapy in hospitals, with patients who suffered burns, and one described the role of the Occupational Therapist in the hospital environment. The discussion was presented from the topics listed in the SOP: general objective, target audience, eligibility criteria, human resources, duration of care, evaluation process in Occupational Therapy, resources/materials, occupational therapy discharge criteria, behaviors and conducts, that were produced from the bibliographic reference research. Considering the research, it was possible to evidence the lack of references that discuss about the use of the SOP, importance, definition and standardization for its creation. The SOP will influence the provision of standardized services that aim to optimize the time of care, offering them with higher quality, aiming at shorter hospital stays and fewer commitments.

KEYWORDS: Occupational therapy. Burns. Hospitalization.

**PROPOSTA DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) EM TERAPIA
OCUPACIONAL PARA UMA UNIDADE DE TRATAMENTO DE
QUEIMADURAS(UTQ) EM SERGIPE**

**PROPOSED STANDARD OPERATING PROCEDURE (POP) IN OCCUPATIONAL
THERAPY FOR A BURNS TREATMENT UNIT (UTQ) IN SERGIPE**

1. INTRODUÇÃO

As ocupações são consideradas atividades que os indivíduos desenvolvem ao longo da vida, podendo ser percebidas somente pelo cliente em questão ou por outras pessoas. Essas ocupações têm significados e características próprias para cada sujeito, e são constituídas a partir da formação cultural, dos interesses e dos aspectos de vida significantes, contribuindo para a formação da identidade e perspicácia de competência do cliente (AOTA, 2015).

Wilcock (1993) identificou que a ocupação apresenta três princípios primordiais: A exploração dos propósitos biológicos do fazer para a satisfação das necessidades pessoais, o desenvolvimento de habilidades para aquisição de competências e a execução das capacidades pessoais para manutenção da saúde.

Dessa forma, segundo a AOTA (2015), os Terapeutas Ocupacionais devem considerar o indivíduo como um ser biopsicossocial, apoiando e promovendo o bem-estar, a saúde física e mental, prevenindo, promovendo ou restaurando o desempenho ocupacional, como também contribuindo para oportunizar o cliente a encontrar as suas capacidades, resistências e os significados de suas vidas a partir das ocupações. Portanto, embasando a sua prática no cliente, considerando e respeitando a multidimensionalidade como afirma Law et al. (1995, p.6) “É uma abordagem que adota a filosofia de respeito e parceria com as pessoas que recebem os cuidados, reconhece a autonomia do cliente e a necessidade dele de realizar escolhas e tomar decisões de acordo com suas necessidades”.

Desse modo, os Terapeutas Ocupacionais consideram que a saúde e o bem-estar de cada indivíduo estão diretamente ligados e apoiados nas ocupações que esses indivíduos são capazes de desenvolver, seja em casa, no trabalho, na escola e qualquer meio individual ou social. Assim, é considerado que todos os fatores e habilidades que contribuem no fortalecimento da participação desses clientes em ocupações assertivas promovem saúde (TOWNSEND; WILCOCK, 2004). Variadas situações podem influenciar diretamente no engajamento dessas pessoas nas ocupações, principalmente, aquelas situações que estão diretamente ligadas às condições de saúde, como acontece com a queimaduras.

As queimaduras são lesões totais ou parciais que provocam a aniquilação do tecido epitelial e de anexos, podendo até comprometer diretamente os órgãos mais profundos. Esses fatores são influenciados a partir do tempo e intensidade de exposição que o sujeito fica frente ao causador responsável (RODRIGUES; BASTOS; COELHO, 2014). Essas lesões na pele podem ter diversos causadores como substâncias químicas, eletricidade, radiação, calor e grandes atritos, apresentando potencial para causar prejuízos consideráveis a esses indivíduos como afirma Júnior et al. (2014, p.22).

As queimaduras por choque elétrico constituem um perigo considerável à saúde, visto que a energia elétrica, em contato com o organismo humano, difunde-se em boa parte do corpo. Elas impõem um grande desafio em seu manejo, tanto na fase aguda quanto durante todo o período de reabilitação, visto que as vítimas podem desenvolver várias complicações decorrentes do trauma elétrico, como amputações, septicemia e até mesmo a morte.

De acordo com o Serra et al. (2004), essas lesões seguem uma classificação por profundidade de primeiro, segundo e terceiro grau. As lesões consideradas de primeiro grau são aquelas que comprometem a parte mais externa da pele, a epiderme e, clinicamente, não são consideradas graves, pois não provocam alterações hemodinâmicas e clínicas, apresentando como características pele seca, hiperemia, edema e não tem a presença de flictena, quando apresentável com dor, a mesma só tem duração de 48 a 72 horas. As de segundo grau são consideradas mais profundas, pois comprometem tanto a integridade da epiderme quanto da derme, provocando uma intensa dor, formação de flictena e eritema, dentro dessa classificação é considerável a quantidade de glândulas e folículos pilosos não afetados. Já as queimaduras de terceiro grau são as mais perigosas e mais graves, pois acometem toda a estrutura da epiderme e da derme, e em alguns casos ocasionam a destruição dos nervos, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e capilares sanguíneas, como também o tecido muscular e o ósseo podem ser comprometidos, apresentando alguns aspectos como: áreas acinzentadas ou esbranquiçadas, indolores, secas, e que necessitam em sua grande parte de procedimentos cirúrgicos.

“Quanto à extensão da queimadura, o indivíduo pode ser classificado em: pequeno queimado, ou de pequena gravidade; médio queimado ou de média gravidade e grande queimado ou de grande gravidade” (RODRIGUES et al. 2014, p. 13). Essa extensão é calculada a partir da porcentagem do corpo que é queimada. De acordo com Sinder (2006), esse cálculo é feito a partir da “Regra dos nove” desenvolvida por Polask e Tennison em 1961, que é considerado pelos profissionais da saúde o método mais rápido para identificar essa extensão.

Este método consiste na divisão do corpo em múltiplos de nove. A cabeça vale nove, cada membro superior vale nove, o tórax anterior vale 18% e o posterior outros 18%, cada membro inferior vale 18% e o períneo vale 1%. A “regra do nove” não deve ser

aplicada em crianças por elas apresentarem superfícies corporais parciais diferentes das dos adultos, principalmente naquelas abaixo de quatro anos (SERRA et al. 2004, p.45).

Para a verificação da extensão da queimadura, pode-se utilizar também o esquema de Lound e Browder, que calcula a extensão da área queimada de acordo com a idade dos indivíduos que sofreram o acidente. Vale ressaltar que cada região do corpo apresenta uma variação nos valores, e ela é executada a partir de uma tabela modificada, segundo Gomes (2006).

Após esses eventos, é considerável refletir que inúmeras sequelas poderão seguir esses sujeitos, sendo essas físicas, como deformidades na face, cicatrizes hipertróficas, queloides, rigidez articular, contraturas dos tecidos moles e articulares, problemas geniturinários, oftalmológicos, respiratórios, imunológico, cardiovasculares e algumas vezes danos neurológicos. Além dos danos físicos, pode haver também danos psicossociais devido à série de prejuízos na qualidade de vida por conta do trauma, à dificuldade de aceitação da nova imagem, e à inquietação de não saber se poderá cumprir da mesma forma o desempenho ocupacional (MOLA, et al., 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), no Brasil acontecem aproximadamente 1.000.000 acidentes de queimaduras por ano, porém, apenas 100.000 buscam ajuda hospitalar, e desse percentual cerca de 2.500 chegam a óbito por fatores diretos ou indiretamente ligados às lesões na pele.

De acordo com Júnior et al. (2016) entre a população que é internada no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) especificamente na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), há uma maior prevalência de queimaduras em crianças com faixa etária de 0 – 12 anos, seguidos por adultos de 19 – 59 anos de idade. Os adolescentes de 13 – 18 anos e idosos apresentaram um percentual de internações relativamente baixo. Considerando o gênero, verificou-se uma maior predominância no gênero masculino, como também o aumento do período de cicatrização e do tempo de internação, de acordo com a faixa etária crescente dos indivíduos.

O processo de hospitalização posterior a queimadura, desenrola-se de maneira muito rápida e inesperada, pois trata-se de um trauma de urgência médica, onde o socorro deve ser prestado de imediato. De Carlo e Kudo (2018, p.5) afirmam:

A necessidade da internação hospitalar impacta, de diferentes formas, a vida ocupacional tanto da pessoa adoecida como de sua família, uma vez que resulta no distanciamento de seus contextos habituais de vida e em alterações ou mesmo na cessação de relações interpessoais e ocupações até então desenvolvidas.

Para o indivíduo que passa pela queimadura se ver em um ambiente desconhecido e, principalmente, deparar-se com procedimentos totalmente ignotos, que na maioria das vezes geram intensas dores, incertezas e sentimentos negativos, poderá fazer com que apresente diversas reações, que estão diretamente ligadas à compreensão sobre o diagnóstico, os tratamentos já realizados e previstos, como também o apoio e a participação familiar (CARVALHO. et al., 2008).

As mudanças que ocorrem nos papéis ocupacionais, por conta do adoecimento e da hospitalização, podem gerar ainda mais sofrimentos, principalmente quando o indivíduo hospitalizado é o responsável pela renda familiar, como discuti De Carlo e Kudo (2018, p.6)

Ao estabelecer comparações entre sua condição atual e sua vida anterior a hospitalização - de sujeito ativo e independente para a condição de dependência de cuidados especializados, as pessoas se reconhecem na condição de objeto de cuidados e tendem a questionar suas capacidades e competências. Isso pode provocar sentimentos diversos como, ambivalência, ansiedade, angústia, raiva, culpa, fragilidade e impotência o que pode comprometer a adesão ao tratamento.

A história da prática profissional dos Terapeutas Ocupacionais é contextualizada a partir dos hospitais, sendo considerados suas primeiras linhas assistenciais. Assim, no Brasil essa prática profissional também iniciou no cenário hospitalar, com ênfase na reabilitação. Após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a Terapia Ocupacional foi ganhando novos lugares de atuação, e novas perspectivas de práticas no contexto hospitalar (CARLO; KEBBE; PALM, 2018). Então, foi a partir da Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013, que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, reconheceu como especialidade da Terapia Ocupacional os Contextos Hospitalares, definindo:

A Atuação do Terapeuta Ocupacional em Contextos Hospitalares visa à proteção, promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e Cuidados Paliativos, do indivíduo e da coletividade, pautado na concepção de integralidade e humanização da atenção à saúde. Realiza-se por meio do diagnóstico terapêutico ocupacional, bem como com a eleição, execução e utilização de métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares (COFFITO, 2013, p.05).

É dentro da prática profissional que o terapeuta ocupacional irá considerar todos os aspectos biopsicossociais do sujeito, assim como entender a heterogeneidade dos sintomas que cada um irá desenvolver no decorrer do processo. Dentro do contexto hospitalar, o terapeuta ocupacional visa diminuir os impactos físicos e mentais que são gerados a partir da hospitalização, buscando promover uma melhora nas relações interpessoais do sujeito, tanto com o momento que ele está vivendo quanto com o seu processo de internação e a equipe que está ofertando serviços, de acordo com Tedesco et al. (2003).

O Terapeuta ocupacional atua durante todo o processo, desde a admissão do paciente na urgência até a alta do serviço ambulatorial, como também contribui na reinserção social desse paciente, caso seja necessário. O primeiro passo dado por esse profissional é a avaliação inicial, que deve ser feita entre 24 horas e 48 horas após a entrada do paciente na unidade, e consiste em avaliar a causa, o histórico familiar, a extensão, a profundidade da queimadura, a força muscular, a mobilidade articular e a sensibilidade que ele apresenta, como também doenças pregressas, limitações, ocupações e quantificação subjetiva da dor (JÚNIOR et al, 2014).

Após a avaliação do Terapeuta Ocupacional, o profissional chega a fase de cuidados intensivos, onde deverá promover um posicionamento adequado do paciente, para evitar deformidades e reduzir o risco de edemas, trabalhar dentro das limitações de cada paciente o nível de desempenho das atividades de vida diária, como também a amplitude de movimento (ADM) passiva e ativa, objetivando a força funcional, controle de edema e um aumento da resistência, o mesmo acontece na fase cirúrgica e pós operatória, porém nessa fase esses procedimentos são feitos quando o enxerto já apresenta uma aderência positiva (REEVES, 2005).

A fase de reabilitação é iniciada a partir de uma avaliação bem detalhada das capacidades de desempenho que o paciente apresenta, e também a partir do uso do goniômetro o profissional irá medir a ADM passiva e ativa que mostrará como resultados possíveis rigidez articulares, e pouca elasticidade da cicatriz, permitindo fazer uma comparação com as consideradas típicas. Na maioria das vezes essa fase só inicia quando o paciente não está mais precisando dos cuidados intensivos do hospital, estando mais ligada a setores ambulatoriais, como afirma Reeves (2005).

Os comprometimentos apresentados por pessoas que sofreram queimaduras, podem ser expostos de diferentes maneiras, principalmente no que diz respeito à interrupção das ocupações habituais dos indivíduos, devido as complicações biopsicossociais (COSTA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2017).

São consideradas muitas as organizações/instituições que ofertam serviços a sociedade e que compõem os setores diversos, esses estando ligados apenas aos setores econômicos ou até os que estão ligados aos serviços de saúde, e que atualmente acreditam que seja relevante a padronização de suas atividades, operações/funcionamento como a melhor maneira de garantir para os clientes melhorias na qualidade e processo dos serviços. Considerando que é justamente a padronização que permitirá verificar o controle de qualidade, a diminuição de custos e a segurança (BENTES, 2016).

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é considerado uma ferramenta altamente qualificada, que tem o intuito de propor ao cliente satisfação em todo o processo de tratamento; sendo orientado a partir de uma sequência pré-estabelecida, onde todas as atividades desenvolvidas serão detalhadas, proporcionando uma padronização no processo, obtendo resultados já esperados pelo profissional (VIEIRA, 2014).

O POP é um documento que tem como objetivo viabilizar e descrever as operações recorrentes que são mais relevantes, para que essas operações sejam sempre realizadas adequadamente e da mesma maneira, mesmo que sejam executadas por diferentes profissionais, ofertando ao cliente eficiência e segurança durante os atendimentos, como é afirmado por Reeuwijk e Houba (1998)

Considerando todos os comprometimentos que as queimaduras podem provocar e, principalmente, as suas repercussões no desempenho ocupacional do sujeito, buscou-se através dessa pesquisa propor um procedimento operacional padrão para a unidade de tratamento de queimados (UTQ) do HUSE, que até a presente data não possui a presença de terapeuta ocupacional.

2. OBJETIVOS

2.1 Principal

- Propor um Procedimento Operacional Padrão (POP) em Terapia Ocupacional para a Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ).

2.2 Específicos

- Verificar o que tem sido realizado pelos profissionais de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares no atendimento as pessoas que sofreram queimaduras.
- Apresentar uma proposta de Terapia Ocupacional para o único hospital no estado de Sergipe que possui uma unidade de referência especializada em queimaduras.

3. METODOLOGIA

O estudo é do tipo transversal. A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa foi a pesquisa Bibliográfica Qualitativa, que é elaborada a partir de material já publicado, constituindo principalmente de livros, artigos de periódicos e, atualmente, com material disponibilizado na internet. A abordagem qualitativa leva em consideração o vínculo indissociável entre o mundo real que é objetivo e a subjetividade que se encontra no interior de

cada sujeito que não pode ser traduzida apenas em números, é descritiva e os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente (SILVA, 2005).

Como uma das etapas da revisão, realizou-se a pesquisa bibliográfica de referenciais teóricos fornecidos por artigos já publicados, nos últimos 10 anos, na língua portuguesa, encontrados na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: Terapia Ocupacional, Queimaduras, Hospitalização e Procedimento Operacional Padrão, afim de entender o processo de atendimento ofertado pela Terapia Ocupacional, nos serviços hospitalares com pessoas que tiveram queimaduras.

Para que fosse alcançado os objetivos, o estudo foi desenvolvido no ano de 2021, organizado em duas etapas, a primeira: levantamento da literatura nacional que abordasse a construção de Procedimento Operacional Padrão, e a intervenção da Terapia Ocupacional no ambiente hospitalar com pacientes que sofreram queimaduras. Segunda: elaboração de uma proposta de POP, para os atendimentos da Terapia Ocupacional.

Assim, a partir da análise dos artigos encontrados foi desenvolvida uma proposta de Procedimento Operacional Padrão (POP) para a sistematização dos serviços ofertados pela Terapia Ocupacional, em uma Unidade de Tratamento de Queimados, no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), localizado no município de Aracaju/SE, ao atendimento do paciente queimado neste serviço.

Para facilitar o atendimento da Terapia Ocupacional no setor foi desenvolvido um “*check list*” (APÊNDICE-B), onde coleta dados desde a identificação do paciente como, nome, leito, data da internação, como também os resultados das avaliações desenvolvidas pela Terapia Ocupacional, os objetivos do atendimento, os materiais utilizados, a conduta realizada pelo profissional e a evolução final.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da revisão sistemática, realizada em periódicos nacionais disponíveis na base de dados BVS, seguida da leitura exploratória dos artigos encontrados, com catalogação e compilação dos dados que possuíam o objetivo proposto, foi realizada uma leitura com análise descritiva, para possibilitar a fundamentação teórica para a elaboração estruturada do POP.

Foram utilizados quatro descritores sendo eles: Terapia Ocupacional, Hospitalização, Procedimento Operacional Padrão, Queimaduras, e encontrados 70 artigos, dentre os quais somente cinco (5) foram selecionados, de modo que quatro (4) desses descreviam os procedimentos realizados pela Terapia Ocupacional em unidades de saúde hospitalar, com

pacientes que sofreram queimaduras, e apenas um (1) descrevia apenas a atuação do Terapeuta Ocupacional no ambiente hospitalar., como mostra a tabela 1, abaixo:

Tabela1- Artigos da revisão sistemática da pesquisa

Descritores	Ano	Revista
Occupational therapy AND hospitalization	2013	Sec. Est. Saúde SP
Occupational therapy AND burns	2017	LILACS
Occupational therapy AND burns	2014	LILACS
Occupational therapy AND burns	2014	Coleciona SUS
Occupational therapy AND burns	2013	LILACS

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

A Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) possui quatorze leitos, sendo quatro destinados às crianças que sofreram queimaduras e dez leitos, aos adultos. O HUSE é o hospital referência do estado de Sergipe, destinado aos atendimentos e serviços para o tratamento de pessoas que sofreram queimaduras. A equipe que atua na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) é composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo.

Os resultados e a discussão referente serão apresentados a partir dos tópicos elencados no Procedimento Operacional Padrão-POP (APÊNDICE A), são eles: objetivo geral, público alvo, critérios de elegibilidade, recursos humanos, duração dos atendimentos, processo avaliativo em Terapia Ocupacional, recursos/materiais, critérios de alta da Terapia Ocupacional, comportamentos e condutas, que foram produzidos com base na pesquisa de referencial bibliográfico. O protocolo sugerido foi dividido em algumas partes, para facilitar a aquisição de conhecimentos e a sua utilização.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

4.1 Objetivo geral

Estabelecer normas de padronização para o serviço de Terapia Ocupacional, na Unidade de Tratamento de Queimados – UTQ, do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho – HUSE, administrado pela Fundação Hospitalar de Sergipe – FHS.

4.2 Público alvo

Pacientes internados no Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho -HUSE, que se encontram na Unidade de Tratamento de Queimados – UTQ, na enfermaria adulta.

4.3 Critérios de elegibilidade

Serão considerados os pacientes internados no HUSE, adultos e/ou idosos que sofreram queimaduras de qualquer agente causador, de primeiro, segundo ou terceiro grau, que apresentem condições necessárias de serem atendidos pela Terapia Ocupacional e que apresentam comprometimentos nas habilidades cognitivas e motoras, percepto sensoriais e qualquer habilidade já adquirida, comprometida a partir das condições de saúde desenvolvidas pelas queimaduras.

De acordo com o POP proposto, tem-se evidente que a Terapia Ocupacional atua diretamente com a população que apresenta comprometimentos nas habilidades cognitivas e motoras, percepto sensoriais e qualquer habilidade já adquirida que foi perdida devido a algum fator de saúde (CORRÊA; SILVA, 2009; SANTOS; SANTOS, 2017).

O foco principal da Terapia Ocupacional vai ser capacitar os indivíduos para que eles consigam desenvolver as ocupações da forma mais satisfatória possível, sendo assim, todas as intervenções estão diretamente ligadas aos aspectos cognitivos, sensoriais e motores. Quando levado em consideração todos os impactos que a hospitalização e a mudança de rotina causam na vida dos pacientes, fica evidente o comprometimento na função cognitiva, em que algumas vezes é perceptível a partir da associação do *delirium*, assim, o Terapeuta Ocupacional atua diretamente na prevenção ou reabilitação dessas capacidades cognitivas, que são baseadas a partir de estratégias para a orientação espaço-temporal, memória, funções executivas e estimulação da plasticidade neural (BARRETO et al. 2020).

Para trabalhar o comprometimento das habilidades é importante observar a capacidade de adaptação como chave principal da sobrevivência, melhorar a qualidade de vida e o bem estar do paciente e acreditar que é possível reconstruir o que estiver alterado e compensar o que foi perdido utilizando o que estiver conservado (CAMARA. ET AL. 2009 p.29).

Quando apresentados comprometimentos motores, o atendimento Terapêutico Ocupacional vai desenvolver intervenções que visam reabilitar ou habilitar as capacidades funcionais do paciente, dentro das limitações que cada indivíduo irá apresentar. A partir do tratamento o paciente vai ganhando gradativamente as habilidades, para que possa no mesmo ritmo ir desenvolvendo e voltando para as suas ocupações. No contexto hospitalar inicialmente o profissional irá explicar e adaptar o paciente ao contexto hospitalar e essa nova rotina que o cerca, para posteriormente iniciar com os procedimentos de reabilitação física (LIRA et al. 2013).

As atividades terapêuticas ocupacionais são conjuntas de ações que expressam o processo de experiência da vida real e subjetiva do sujeito, promovem e articulam saúde e o terapeuta ocupacional funciona como um fio condutor ou facilitador desse processo, possibilitando o desenvolvimento da vida contextualizada do ser no social e na trama cotidiana. Nessa teia de intervenção, as atividades terapêuticas ocupacionais favorecem a significação, ressignificação, organização, reorganização e resiliência do sujeito no seu tocante ao fazer humano no seu cotidiano (LIRA et al. 2013, p.40).

4.4 Recursos humanos

O Terapeuta Ocupacional que é diarista ou plantonista, sendo alocado na Unidade de Tratamento de Queimados – UTQ, em períodos da semana já predeterminados em escala mensal, pelo supervisor responsável da equipe.

O Terapeuta Ocupacional que trabalha na instituição apresenta uma escala de dias de trabalho, já elaborada pelo profissional que é o chefe ou responsável técnico do setor, o Terapeuta Ocupacional pode ser plantonista fazendo 12 horas diárias ou diarista, trabalhando até 8 horas diárias (CREFITO-6, 2009).

É facultado às partes, mediante acordo individual escrito, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, estabelecer horário de trabalho de doze horas seguidas por trinta e seis horas ininterruptas de descanso, observados ou indenizados os intervalos para repouso e alimentação, de acordo com a lei 13.467 de 13 de Julho de 2017 (BRASIL, 2017, Art.59).

O profissional da Terapia Ocupacional apresenta uma carga horária máxima de trabalho semanal, como sancionada na lei nº 8.856/94. “Os profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional ficarão sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho” (COFFITO, 1994, Art. 1).

De acordo com Souza et. Al (2018), as práticas da Terapia Ocupacional são constituídas a partir de um contexto histórico, porém a partir de modelos ideológicos, políticos e socioeconômicos a prática vem sofrendo transformações positivas. Desse modo, em um estudo realizado no estado de Sergipe acerca da carga horária de trabalho semanal exercida pelos

profissionais da Terapia Ocupacional, cerca de 40% dos participantes exercem mais que 44 horas semanais de trabalho e apenas 4% exercem apenas de 30 a 39 horas de trabalho, porém ainda se tem poucas condições de trabalho.

4.5 Duração do atendimento

O atendimento tem duração pré-programada pelo profissional, de 30 a 50 min, sendo considerado um período de tempo indeterminado, respeitando as especificidades e condições clínicas do paciente, serão individualizados, adequando o atendimento a rotina de procedimentos da enfermagem.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, estabelece parâmetros assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades de atendimentos que são prestados pelos Terapeutas Ocupacionais, estabelecendo um tempo mínimo de duração dos atendimentos individuais e grupais como evidenciado na Resolução N° 445 de 26 de abril de 2014:

Consulta: Procedimento que inclui a coleta de dados e o contrato terapêutico ocupacional. Avaliação das áreas ocupacionais, habilidades e contextos de desempenho ocupacional. Antecede os demais procedimentos. Inclui a primeira consulta e consultas posteriores: Uma consulta com 45 minutos (COFFITO, 2014).

4.6 Processo avaliativo em terapia ocupacional

4.6.1 Aplicação da anamnese, anteriormente já elaborada pela equipe de Terapia Ocupacional do setor, onde o profissional irá coletar informações com o paciente e/ou cuidador, com o objetivo de traçar o perfil ocupacional do paciente;

4.6.2 Esquema de Lund-Browder;

4.6.3 Escala de Coma de Glasgow-ECGI;

4.6.4 Teste padronizado índice de KATZ;

4.6.5 A Escala de Medida de Independência Funcional - MIF;

4.6.6 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM;

4.6.7 Traçar metas e objetivos terapêutico ocupacionais, especificando os critérios e demandas para a escolha dos objetivos, considerando o núcleo da profissão, como também evidenciando no Plano Terapêutico Ocupacional Singular (PTOS) os métodos utilizados,

para os objetivos a curto, médio e longo prazo, de acordo com a especificidades dos pacientes, bem como as estratégias de intervenção;

A anamnese é o primeiro contato entre o paciente e o profissional, e é a partir dela que o Terapeuta Ocupacional vai conhecer um pouco mais o paciente, coletando dados da identificação inicial que se refere ao nome até as ocupações que esses indivíduos costumavam desenvolver ou desenvolvem. Assim, com as informações da anamnese o profissional vai conseguir identificar os problemas, planejar ações que podem ser desenvolvidas e organizar a intervenção (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Alguns tópicos se tornam essenciais para o desenvolvimento da anamnese, são eles: identificação geral do paciente e do familiar/ou cuidador, queixa principal que o levou para o serviço da Terapia Ocupacional e a história de saúde pregressa desse paciente, ocupações anteriormente desenvolvidas e as ocupações que estão sendo desenvolvidas com dificuldades ou que não estão sendo desenvolvidas, conhecer os rituais e crenças do paciente e como ele interpreta a interação social, é sempre importante evidenciar que toda a anamnese deve ser feita de forma espontânea, para que assim consiga respostas com muito mais valor (MATSUKURA; MARTURANO, 2001).

No segundo momento, é desenvolvido uma avaliação inicial que possui técnicas próprias para compreender os comprometimentos do paciente, e pode ser uma avaliação estruturada ou não estruturada, de modo que essa escolha vai ser feita pelo profissional em questão, e a partir desses dados obtidos é que os objetivos serão traçados para cada paciente de acordo com as suas especificidades e, posteriormente, as intervenções serão desenvolvidas (HAGEDORN, 1999). Como discutido pela autora “A avaliação inicial deve ser vista como um meio para atingir um fim e pode ser formal ou informal, podendo ser utilizada uma única vez ou sequencialmente, através de uma larga variedade de técnicas.” (HAGEDORN, 1999, p. 36).

No primeiro momento, antes da intervenção direta o profissional deverá utilizar o Esquema de Lund-Browder, é necessário ser utilizado com o objetivo de calcular a área do corpo que foi queimada, esse esquema também é considerado mais preciso, podendo ser utilizados em crianças e adultos (TRATADO DE QUEIMADURAS, 2004).

É necessário utilizar a Escala de Coma de Glasgow-ECGI para fazer a avaliação do nível de consciência do paciente após o trauma como afirma MUNIZ et al. (1997, p. 288):

Essa escala foi publicada pela primeira vez pelos autores TEASDALE; JENNETT, sendo elaborada para propor consistente avaliação clínica do nível de consciência dos pacientes com dano cerebral. Um escore menor que 8 é comumente aceito como ponto

crítico das alterações do nível de consciência e como a pontuação que define um indivíduo em estado de coma.

Para identificar o nível de dependência dos pacientes e juntamente avaliar o mesmo para traçar a intervenção, é necessário aplicar o teste padronizado KATZ, que irá analisar a capacidade funcional, o desempenho e o nível de dependência dos pacientes nas Atividades de Vida Diária. Essa escala avalia o desempenho dos pacientes especificamente nas atividades que envolvem o autocuidado como: higiene pessoal, vestir-se/despir-se/tomar banho, alimentação, controle de esfínteres e transferência (LINO et al, 2008).

A MIF é utilizada para avaliar a independência e a capacidade funcional, verificando o grau de dificuldade desenvolvido pelo paciente e/ou as limitações que são apresentadas (SILVA et al. 2012). De acordo com BENVENUTO et al. (2008, p. 72):

A Medida de Independência Funcional é um instrumento recente, preciso e universal para avaliar as funções superiores, sendo um indicador de base da importância da incapacidade, que pode ser modificada durante a reeducação/readaptação; logo, as modificações da MIF demonstram os efeitos ou os resultados do programa de reabilitação.

A COPM é um instrumento que tem a capacidade de verificar o possível impacto que a intervenção tem para o paciente, e irá analisar as mudanças no desempenho ocupacional que aconteceram através da percepção do cliente em questão, como também a sua satisfação no desenvolvimento dessas ocupações (BASTOS et al. 2010).

O processo na Terapia Ocupacional ocorre da avaliação à intervenção e reavaliação para identificar se os objetivos foram alcançados, de modo que toda a intervenção se dá a partir do núcleo da profissão, onde é analisado todo o domínio que a Terapia Ocupacional possui a partir do desempenho ocupacional desse cliente, como afirmado na AOTA (2015, p.14):

Na análise do desempenho ocupacional, a queixa e os problemas ou potenciais problemas do cliente são mais especificamente identificados por meio de instrumentos de avaliação destinados a observar, medir e informar sobre os fatores que facilitam ou impedem o desempenho ocupacional. Resultados alvo também são identificados.

O processo de intervenção da Terapia Ocupacional se dá a partir das informações colhidas pelo profissional durante a anamnese e avaliação e precisa estar presente um Terapeuta Ocupacional para conduzir a terapia a partir dos achados, porém é necessário também a participação ativa do cliente, para que eles possam se envolver e desenvolver suas capacidades para a realização das ocupações. Toda a intervenção vai ser proposta para que o cliente consiga desenvolver ao máximo o seu bem-estar mental, físico e social, podendo ocorrer de maneira individual ou grupal, e essas escolhas acontecem conforme a abordagem que o profissional vai

utilizar e da especificidade que cada cliente vai apresentar, seja no contexto hospitalar, na comunidade, na escola, na clínica e em outros ambientes (AOTA, 2015).

4.7 Recursos/materiais

A Terapia Ocupacional vai realizar atendimentos individuais considerando o PTOS, e como materiais/recursos serão utilizados:

4.7.1 Atividades anteriormente planejadas pelo profissional, com objetivos terapêuticos, respeitando as demandas e especificidades apresentadas pelo paciente fazendo o uso de tinta, EVA, folhas de papel A4, pincel, palitos, cones, argolas, pratos, copos, talheres, roupas, pente de cabelo, batom e outros materiais quando necessário.

4.7.2 Como também materiais específicos para avaliar e trabalhar com terapia da mão: goniômetro, dinamômetro Jamar e Pinch Gauge, fita métrica, volumetro, estesiômetro. E para o tratamento cicatricial: malhas de compressão, faixas elásticas, silicones, elastômeros, massageadores manuais e elétricos, ventosas, massas com resistências variadas.

4.7.3 Coxins, ataduras, tala gessada, termoplástico, lençóis, fraldas, toalhas de banho e outros, que contribuem para auxiliar no ajuste de posicionamento e prevenção de deformidades pós queimaduras.

4.7.4 Jogos elaborados pelos profissionais para trabalhar as habilidades cognitivas, motoras e psicossociais.

4.7.5 Tecnologia Assistiva como órteses, adaptações em instrumentos como talheres, pratos, copos, cadeiras de rodas, o próprio leito e outros, para o auxílio e suporte no desenvolvimento das ocupações, principalmente nas Atividades de Vida Diária.

Para desenvolver os atendimentos, o profissional da Terapia Ocupacional pode utilizar de diversos recursos e equipamentos, respeitando as demandas e especificidades apresentadas pelo paciente fazendo o uso de materiais como: tinta, EVA, folhas de papel A4, pincel, palitos, cones, argolas, pratos, copos, talheres, roupas, pente de cabelo, batom e outros materiais quando necessário. Para trabalhar as atividades motoras fina e global, atividades expressivas, lúdicas ou funcionais, utilizadas para ganho de força, amplitude de movimento, resistência e coordenação motora, expressão de sentimentos e relaxamento (JÚNIOR; BASTOS; COELHO, 2014).

Na reabilitação física é importante compreender o grau da necessidade de instrumentos confiáveis a serem utilizados pelo profissional, pois são esses instrumentos que irão permitir ao

alcançar conclusões confiáveis, com um pequeno grau de variabilidade, mesmo que com a fusão de fatores externos, possibilitando a diminuição de erros na avaliação e intervenção. Para tanto, também é necessário que o profissional tenha o domínio do instrumento que está utilizando e das possíveis variáveis que podem afetar no resultado final (FIGUEIREDO et al. 2006).

Existem alguns materiais de uso específicos para avaliar e trabalhar com pacientes que apresentam rigidez articular e perda de movimento devido às sequelas das queimaduras, um deles é o goniômetro, que é utilizado a partir da goniometria, considerada um método fácil, prático e acessível para verificar as medidas angulares das articulações (FERRIGNO, 2007).

De acordo com Figueiredo et al. (2007), também existem outros materiais como o dinamômetro Jamar e *Pinch Gauge*, que são muito utilizados por profissionais da reabilitação. Esses instrumentos possuem duas alças que são paralelas, onde uma é móvel e a outra é fixa, e permite o ajuste em até cinco diferentes posições, aderindo-se ao tamanho ideal da mão do paciente. Ele é apresentado a partir de um sistema hidráulico, que irá medir a força produzida a partir de uma contração isométrica que é aplicada sobre as suas alças, onde irá permitir a mensuração da força de preensão adequada ou as suas alterações.

Também há outros materiais que são utilizados na reabilitação como: fita métrica, que é bastante usada para mensurar algumas partes do corpo que outros equipamentos/instrumentos não conseguem, e o estesiômetro que é disposto para avaliar o grau de sensibilidade cutânea, esses possibilitam a avaliação da mobilidade, amplitude articular e sensibilidade (FERRIGNO, 2007). Ademais, existem materiais específicos para o tratamento cicatricial, como no caso de queimaduras: malhas de compressão, faixas elásticas, silicones, elastômeros, massagedores manuais e elétricos, ventosas, massas com resistências variadas, voltadas para a preservação dos aspectos funcionais e biomecânicos da mão, redução de edemas, controle e remodelagem cicatricial, diminuir rigidez, retrações e encurtamentos (FERRIGNO, 2007).

Desse modo, afirma Júnior et al. (2014) que ao trabalhar com o paciente que sofreu queimaduras, o profissional deve ficar atento aos diversos aspectos que irão influenciar futuramente no desempenho das ocupações, principalmente às sequelas físicas e funcionais, assim faz-se o uso de materiais para controle cicatricial, controle de edemas, mobilização por meio da cinesioterapia ativa e/ou passiva, análise da inervação, para reeducação sensitiva, uso de Tecnologia Assistiva como, órteses para a imobilização dos membros afetados, padrões posturais adequados por meio de adaptações para que assim, possa melhorar as habilidades do paciente para posteriormente iniciar com o treino das Atividades de Vida Diária.

Tecnologia assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de

pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Comitê de Ajudas Técnicas, 2007).

O profissional da Terapia Ocupacional utiliza da Tecnologia Assistiva para proporcionar funcionalidade a partir das capacidades remanescentes que o paciente apresenta, para que assim ele possa desenvolver a partir dessas habilidades, as ocupações que apresentam significados, de forma autônoma e independente (SILVA; SFREDO, 2013).

4.8 Critérios de alta da terapia ocupacional

4.8.1 O paciente alcançar todos os objetivos terapêuticos que foram traçados juntamente com o Terapeuta Ocupacional, passou pela reavaliação, não apresentando mais aspectos para serem trabalhados, apresenta independência na realização das ocupações, com foco principal nas atividades de vida diária, receberá alta dos atendimentos da Terapia Ocupacional, mesmo que ele continue sem a alta hospitalar.

4.8.2 O paciente receberá alta do serviço hospitalar, porém apresenta necessidade de atendimentos com o Terapeuta Ocupacional, sendo assim, receberá um encaminhamento para continuidade dos atendimentos com a terapia ocupacional, nos serviços de saúde públicos ou privados.

4.8.3 Sempre que necessário, o paciente ou cuidador receberá orientações a serem realizadas no ambiente doméstico para evitar comprometimentos, e manejo durante o desenvolvimento das ocupações.

4.8.4 Quando apresentado demandas por parte dos familiares ou cuidador, o mesmo receberá encaminhamento para o serviço da terapia ocupacional, psicologia ou psiquiatria.

É importante evidenciar que existem normas e resoluções que distribuem as características das profissões, e na Terapia Ocupacional não é contrário, porém o grau de complexidade possui dimensões maiores e diferentes, já que a Terapia Ocupacional trabalha diretamente com a vida ocupacional do sujeito, onde o mesmo só busca ajuda profissional quando há uma ruptura nesse cotidiano, essa mesma complexidade é discutida quando se avalia a alta para o paciente (FERIGATO; BALLARIN, 2011).

Assim, de acordo com a Resolução nº. 81, de 9 de maio de 1987:

Art. 1º - As condutas próprias da Terapia Ocupacional, qualificando-as e quantificando-as; ordenar todo processo terapêutico, fazer sua indução no paciente a nível individual ou de grupo, dar alta nos serviços de Terapia Ocupacional, utilizando

o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas (COFFITO, 1987).

Para o paciente e seus familiares, o processo de alta pode ser complexo por ser considerado uma transição do contexto hospitalar com toda a assistência especializada, para o contexto domiciliar. Por isso, é necessária a assistência dos profissionais e a comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, afim de traçar um planejamento adequado para o paciente, onde são esclarecidos o estado clínico do paciente, as necessidades que ele pode apresentar ou que apresenta, e os meios que os familiares podem utilizar para suprir essas necessidades (BRASIL, 2004).

De acordo com Othero (2012), quando começa-se a pensar na alta da Terapia Ocupacional o profissional deve considerar todo o âmbito paciente-família, todas as necessidades que esses possam vir a apresentar quando saem do contexto hospitalar e voltam para o contexto domiciliar, portanto, o profissional deve mapear todas as redes de suporte para que esse paciente e sua família sejam assistidos por uma equipe multiprofissional a partir das necessidades que eles venham apresentar no pós – alta, seja em assistência médica, atendimentos multiprofissionais ou até mesmo internação domiciliar.

O profissional deve fazer orientações acerca das necessidades que o paciente apresenta tanto para o paciente como para a família, e esse fator é de grande importância para o desenvolvimento das ocupações desse paciente no contexto domiciliar, após a interrupção com a internação. Vale ressaltar que o Terapeuta Ocupacional deve fazer encaminhamentos sempre que necessário, para o paciente e/ou familiares que apresentam demandas para a Terapia Ocupacional ou para outros profissionais (OTHERO, 2012).

4.9 Comportamentos e condutas esperados para a Terapia Ocupacional

4.9.1 Todos os profissionais devem utilizar de forma correta os Equipamentos de Proteção Individual – EPIs;

4.9.2 Todos os profissionais devem seguir as regras e condutas éticas específicas de seu conselho;

4.9.3 Contribuir para que o ambiente de trabalho seja o mais harmonioso possível, para evitar possíveis danos a própria equipe e aos pacientes;

4.9.4 Desenvolver relações de trabalho completamente ética e profissional, afim de não prejudicar a integridade de terceiros;

4.9.5 Registrar todas a assistência que foi prestada durante o atendimento, de forma objetiva, clara, legível e principalmente completa, para que não se crie equívocos;

4.9.6 Prestar todo o atendimento seguindo todo o Código de Ética Profissional da sua categoria profissional;

4.9.7 Deve manter sigilo total dos fatos ligados aos pacientes, exceto quando tiver uma determinação judicial que impeça o sigilo ou quando a pessoa tem um representante legal que permite o conhecimento dos fatos e quando a pessoa deixa o consentimento por escrito;

Atualmente, muito se tem falado acerca da equipe multidisciplinar e da sua importância em todos os contextos e nos tratamentos dos pacientes. Desse modo, relações são construídas durante todo o processo, relações essas que influenciam diretamente na atuação frente ao paciente. Mediante essa perspectiva, é evidente a assistência de políticas éticas para um melhor desenvolvimento das relações profissionais, afim de diminuir atritos e fornecer uma melhor harmonia no ambiente de trabalho, para isso têm-se algumas premissas como, manter o bom relacionamento com os outros profissionais, respeitar o lugar que o outro profissional ocupa, respeitar as condutas éticas e as legislações de cada profissão, não diminuir o exercício profissional ou não entrar no núcleo da profissão do outro e principalmente seguir o código de ética da sua própria profissão (CBXEs, 2017).

As relações desenvolvidas pelos profissionais se constituem a partir da responsabilidade e do compromisso que esse profissional desenvolve com o seu paciente, com o seu trabalho e com todas as outras pessoas que estão ao seu redor, como afirma Gerber e Zagonel (2013, p. 168):

A ética é o estudo da conduta e do caráter. Relaciona-se com a determinação sobre o que é bom ou valioso para os indivíduos, grupos de indivíduos e a sociedade em geral. Atos considerados éticos refletem compromisso com padrões além das preferências pessoais – padrões que indivíduos, profissões e sociedades empenham-se em alcançar.

Assim, como todas as outras profissões a Terapia Ocupacional possui um Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional como citado na Resolução do COFFITO nº425, de 08 de julho de 2013 “O Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional, trata dos deveres do terapeuta ocupacional, no que tange ao controle ético do exercício de sua profissão, sem prejuízo a todos os direitos e prerrogativas assegurados pelo ordenamento jurídico.” Neste código, esclarece-se os parâmetros que são competências da profissão, como responsabilidades fundamentais acerca do exercício profissional, a manutenção de um bom relacionamento com a equipe que trabalha e com os seus pacientes/clientes/usuários, trabalhar com total sigilo profissional, traçar planos terapêuticos a partir do núcleo da profissão oferecendo serviços com

padrão de qualidade, e lembrando de sempre trabalhar com a Política Nacional de Saúde, seja de saúde, assistência social, educação e outros (COFFITO, 2013).

O fluxograma apresentado no (APÊNDICE – C), refere-se ao processo da Terapia Ocupacional que o paciente internado na UTQ passara, vai desde a admissão desse indivíduo na unidade, até a alta hospitalar, o objetivo do fluxograma é facilitar as decisões do Terapeuta Ocupacional acerca do atendimento a esse paciente, partir da sua utilização e da utilização do POP.

5. CONCLUSÃO

O Terapeuta Ocupacional é importante na equipe multidisciplinar da Unidade de Tratamento de Queimados, pois é a partir do seu núcleo profissional que apresentará capacidades para identificar as capacidades, incapacidades e funcionalidade que cada paciente apresenta para desenvolver suas Atividades de Vida Diárias de forma independente.

Acredita-se que com a implantação dos serviços da Terapia Ocupacional, na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), será possível diminuir as sequelas da saúde física dos pacientes, além de otimizar as posturas adequadas, utilizar adaptações, promover educação em saúde afim de diminuir o tempo de hospitalização, as sequelas que são causadas pela hospitalização e pelas queimaduras, como diminuir o tempo de internação a partir do bem estar psicossocial.

O POP é um instrumento essencial dentro de todos os serviços e, principalmente, nos serviços de saúde, para que assim os profissionais possam otimizar o tempo de atendimento, utilizando instrumentos padronizados que darão respostas breves, para que as intervenções e atendimentos, apresentem maior eficácia em um menor período de tempo.

Considera-se essa pesquisa de fundamental importância para a UTQ, já que não há Terapeuta Ocupacional no setor para acolher essas demandas, e é necessário ofertar serviços padronizados que visem otimizar o tempo do atendimento e, principalmente, ofertá-los com uma maior qualidade, para os indivíduos internados, objetivando um menor tempo de internação e menores comprometimentos.

Durante a pesquisa bibliográfica foi possível verificar a escassez de referenciais bibliográficos que discutem acerca da utilização e da importância do POP, como também a definição de aspectos e pontos essenciais na padronização para a criação de um Procedimento Operacional Padrão e a falta desse recurso dentro das instituições de saúde, como também fora

delas, que se apresentaria como uma forma de ofertar serviços mais rápidos e com mais qualidade.

É importante evidenciar que a proposta do POP, será apresentada aos gestores responsáveis pela Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), para que assim a proposta seja avaliada, e levantada as possibilidades de adesão no setor.

Considera-se que esse trabalho pode contribuir para a discussão acerca da produção de outros Procedimentos Operacionais Padrões, principalmente, para o setor de queimados de outras unidades, visto que é um campo pouco explorado e com poucos profissionais atuantes, apesar de ser uma unidade com uma grande necessidade da presença de um Terapeuta Ocupacional, essencialmente para potencializar a autonomia e independência dos pacientes que sofreram as queimaduras.

6. REFERÊNCIAS

- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, A. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, 3ª ed. p. 1-49, 24 abr. 2015.
- BARRETO, R. G. et al. Recurso terapêutico ocupacional para tratamento de delirium em pacientes com COVID-19. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 28, p. 1–19, 2020. DOI: 10.34024/rnc.2020.v28.11028.
- BASTOS, S. C. A.; MANCINI, M. C.; PYLÓ, R. M. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 104-110, 2010. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v21i2p104-110.
- BENTES, C. O. **Proposição de práticas de gerenciamento da rotina como auxílio ao controle e padronização do processo de contratação de serviços em uma siderúrgica**. 2016. Monografia (Graduação em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Ouro Preto, João Monlevade, 2016.
- BENVEGNU, A. B. et al. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 71-77, jul./dez. 2008. DOI: 10.15448/1983-652X.2008.2.4115.
- BRASIL. **Lei 13.467**, 467de 13 de julho de 2017. Altera a consolidação das leis do trabalho (clt), aprovada pelo decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13467&ano=2017&ato=91eUTTU5EeZpWTaca>>. Acesso em: 22 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Queimados**. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. Tecnologia Assistiva . – Brasília: **CORDE**, p. 138, 2009.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.
- CAMARA, V. D. et al. Reabilitação cognitiva das demências. **Revista Brasileira neurol**. Rio de Janeiro. v. 45, n. 1, p. 25-33, jan/fev/mar 2009.
- CARVALHO, F.L.; ROSSI, L.A.; CIOFI-SILVA, C.L. A queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 199-206, jun, 2008.
- CBEXS. As condutas éticas essenciais para profissionais da saúde. **Portal de Líderes**. São Paulo. 12 Jul 2017. Disponível em: <https://cbexs.com.br/as-condutas-eticas-essenciais-para-profissionais-da-saude/>. Acesso em: 20 jul 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução Coffito nº425**, de 08 de Julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia

Ocupacional. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3386 Acesso em: 05 de outubro 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Lei n° 8.856**, de 1° de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. 1994. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2355. Acesso em: 27 de setembro 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução n° 429 de 08**, de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e da outras providências. Disponível em: <https://coffito.gov.br/nsite/?s=429&cat=14> Acesso em: 27 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução n° 81**, de 9 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do TERAPEUTA OCUPACIONAL, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2839> Acesso em: 04 out 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução n° 445**, de 26 de abril de 2014. Altera a Resolução-COFFITO n° 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3209> Acesso em: 04 outubro de 2021.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-6. **Sinfito e Sindicatos da saúde IC Registrado 103**, Convenção coletiva de trabalho 2009/2010. Ceará, 2009.

CORRÊA, S. E. S. DA SILVA, D. B. Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**; v. 12, n° 3, p. 463-47, 2009.

COSTA, E. F. OLIVEIRA, L. S. M. CORRÊA, V. A. C. Sobre a forma ocupacional após acidente por queimaduras. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 543-551, 2017.

DE CARLO, M. M. R. P.; KUDO, A. M. **Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos**, SP, Ed. Payá, 2018.

DE-CARLO, M.M.R.P.; KEBBE, L.M.; PALM, R.C.M. Fundamentação e processos da terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos In: DE-CARLO M.M.R.P, KUDO A.M., organizadores. **Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos**, São Paulo: Ed. Payá; 2018, p. 20-x.

DOS SANTOS, R. C. J. SANTOS, M. B. Reabilitação física e reabilitação profissional: uma reflexão sobre a interface clínica e intersetorial no tratamento terapêutico ocupacional de uma trabalhadora. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 817-824, 2017.

FERIGATO, S.; BALLARIN, M. L. G. S. A alta em Terapia Ocupacional: reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para a vida. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 3, p. 361-368, 2011.

- FERRIGNO, I.S.V. **Terapia da mão: fundamentos para a prática clínica**. Sao Paulo: Santos; p. 41-111. 2007.
- FIGUEIREDO, I. M. et al. Ganhos funcionais e sua relação com os componentes de função em trabalhadores com lesão de mão. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 421-427, out./dez. 2006.
- FIGUEIREDO, I. M. et al. Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro Jamar. **ACTA Fisiátrica**, Minas Gerais; v. 14, n° 2, p. 104 – 110, 2007.
- GERBER, V. K. Q. ZAGONEL, I. P. S. A ética no ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. **Rev bioét (Impr.)**, v. 21, n°1, p. 168-178. 2013.
- GOMES, D. R. Fisiopatologia. In: GUIMARÃES JR, Luiz Macieira. Queimaduras Tratamento Clínico e Cirúrgico. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. p.19- 24.
- HAGEDORN, R. **Fundamentos da prática em terapia ocupacional**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1999.
- JÚNIOR, E. et al. A influência dos aspectos socioeconômicos na ocorrência das queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. Ceará, 2014. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/191/pt-BR/a-influencia-dos-aspectos-socioeconomicos-na-ocorrencia-das-queimaduras>. Acesso em: 17 de maio 2020.
- JÚNIOR, R.A.S.; SILVA R.L.M.; LIMA, G.L.; CINTRA, B.B.; BORGES, K.S. Perfil epidemiológico dos pacientes queimados no Hospital de Urgências de Sergipe. **Rev Bras Queimaduras**.; 15 (4): p. 251-255. 2016.
- LAW, M.; BAPTISTE, S.; MILLS, J. Client-centred practice: what does it mean and does make a difference? **Can. J. Ocup. Ther.**, v. 62, n. 5, p. 250-6, 1995.
- LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1): p. 103-112, jan, 2008.
- LIRA, R. A. SILVA, V. T. B. L. SOAGENESES, M. intervenção terapêutica ocupacional a paciente vítima de queimadura elétrica na fase aguda. **Rev Bras Queimaduras**.;12(1): p. 37-41.2013.
- MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M. Catálogo de avaliação do nível de independência de crianças de 4 a 8 anos nas atividades de vida diária. 2ª ed. São Carlos: **Edufscar**, 2001.
- MOLA, R et al. Características e complicações associadas às queimaduras de pacientes em unidade de queimados. **Rev. Brasileira Queimaduras**. 17(1):0. 2018.
- MUNIZ, E. C. S. Utilização da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. **Rev. esc. enferm**. USP 31, n.2, p.287-303. Ago 1997.
- OTHERO, M. B. Terapia ocupacional na atenção extra-hospitalar oferecida pelo hospital. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 195-202, 2012. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/622/377> Acesso em: 04 outubro de 2021.
- REEUWIJK, L. P. V.; HOUBA, V. J. G. (1998). Guidelines for Quality Management in Soil and Plant Laboratories (**FAO Soils Bulletin - 74**). 1998.

- REEVES S.U. Queimaduras e reabilitação de Queimaduras. In: PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. **Terapia ocupacional capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2005. P. 944-966
- RODRIGUES, J.L.J., BASTOS, N.N.A., COELHO, P.A.S. Terapia Ocupacional em queimados: pesquisa bibliográfica acerca da reabilitação física junto a indivíduos com queimaduras. **Rev. Brasileira Queimaduras**. 13(1): p. 11-7. 2014.
- SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. A importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>.
- SERRA, M. C. V. F. et al. Calculo da Área Queimada e Indicadores para Internação Hospitalar. In: LIMA JR, Edmar Maciel.; SERRA, Maria Cristina do Valle Freitas. **Tratado de queimaduras**. São Paulo: Atheneu, 2004. P. 43-47.
- SILVA, G. A. et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de dependência funcional – MIF. **Rev. Texto e contexto enferm**. Florianópolis, p. 929-936, out.-dez. 2012.
- SILVA, R. C. R. SFREDO, Y. Terapia Ocupacional e o uso de tecnologia assistiva como recurso terapêutico na artrogripose. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 479-491, 2013.
- SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4. ed. **rev. atual. Florianópolis, SC: UFSC**, 2005.
- SINDER, R. Evolução histórica do tratamento das queimaduras. In: GUIMARÃES JR, Luiz Macieira. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Rubio. p. 3-9. 2006.
- SOUZA, A. M. M. et al. Caracterização do mercado de trabalho da terapia ocupacional no Estado de Sergipe. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 739-746, 2018.
- TEDESCO S, et al. A terapia ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In: De Marco MA, org. A face humana da medicina. São Paulo: **Casa do Psicólogo**. p.151-5. 2003.
- TOWNSEND, E.; WILCOCK, A. A. Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. **Canadian Journal of Occupational Therapy**. 71, 75–87. 2004. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740407100203>.
- VIEIRA, K. K. A Importância do Procedimento Operacional Padrão como ferramenta na gestão de qualidade em uma Clínica de Nefrologia. Joinville: **Instituto Federal de Santa Catarina**, 2014.
- WILCOCK, A. Uma teoria da necessidade humana de ocupação. **Journal of Ciência Ocupacional**. 1: 1, p. 17-24, 1993. DOI : [10.1080 / 14427591.1993.9686375](https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686375).

APÊNDICE – A

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

4.1 Objetivo geral

Estabelecer normas de padronização para o serviço de Terapia Ocupacional, na Unidade de Tratamento de Queimados – UTQ, do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho – HUSE, administrado pela Fundação Hospitalar de Sergipe – FHS.

4.2 Público alvo

Pacientes internados no Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho -HUSE, que se encontram na Unidade de Tratamento de Queimados – UTQ, na enfermaria adulta.

4.3 Critérios de elegibilidade

Serão considerados os pacientes internados no HUSE, adultos e/ou idosos que sofreram queimaduras de qualquer agente causador, de primeiro, segundo ou terceiro grau, que apresentem condições necessárias de serem atendidos pela Terapia Ocupacional e que apresentam comprometimentos nas habilidades cognitivas e motoras, percepto sensoriais e qualquer habilidade já adquirida, comprometida a partir das condições de saúde desenvolvidas pelas queimaduras.

4.4 Recursos humanos

O Terapeuta Ocupacional que é diarista ou plantonista, sendo alocado na Unidade de Tratamento de Queimados – UTQ, em períodos da semana já predeterminados em escala mensal, pelo supervisor responsável da equipe.

4.5 Duração do atendimento

O atendimento tem duração pré-programada pelo profissional, de 30 a 50 min, sendo considerado um período de tempo indeterminado, respeitando as especificidades e condições clínicas do paciente, serão individualizados, adequando o atendimento a rotina de procedimentos da enfermagem.

4.6 Processo avaliativo em terapia ocupacional

4.6.1 Aplicação da anamnese, anteriormente já elaborada pela equipe de Terapia Ocupacional do setor, onde o profissional irá coletar informações com o paciente e/ou cuidador, com o objetivo de traçar o perfil ocupacional do paciente;

4.6.2 Esquema de Lund-Browder;

4.6.3 Escala de Coma de Glasgow-ECGI;

4.6.4 Teste padronizado índice de KATZ;

4.6.5 A Escala de Medida de Independência Funcional - MIF;

4.6.6 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM;

4.6.7 Traçar metas e objetivos terapêutico ocupacionais, especificando os critérios e demandas para a escolha dos objetivos, considerando o núcleo da profissão, como também evidenciando no Plano Terapêutico Ocupacional Singular (PTOS) os métodos utilizados, para os objetivos a curto, médio e longo prazo, de acordo com a especificidades dos pacientes, bem como as estratégias de intervenção;

4.7 Recursos/materiais

A Terapia Ocupacional vai realizar atendimentos individuais considerando o PTOS, e como materiais/recursos serão utilizados:

4.7.1 Atividades anteriormente planejadas pelo profissional, com objetivos terapêuticos, respeitando as demandas e especificidades apresentadas pelo paciente fazendo o uso de tinta, EVA, folhas de papel A4, pincel, palitos, cones, argolas, pratos, copos, talheres, roupas, pente de cabelo, batom e outros materiais quando necessário.

4.7.2 Como também materiais específicos para avaliar e trabalhar com terapia da mão: goniômetro, dinamômetro Jamar e Pinch Gauge, fita métrica, volumetro, estesiômetro. E para o tratamento cicatricial: malhas de compressão, faixas elásticas, silicones, elastômeros, massagedores manuais e elétricos, ventosas, massas com resistências variadas.

4.7.3 Coxins, ataduras, tala gessada, termoplástico, lençóis, fraldas, toalhas de banho e outros, que contribuem para auxiliar no ajuste de posicionamento e prevenção de deformidades pós queimaduras.

4.7.4 Jogos elaborados pelos profissionais para trabalhar as habilidades cognitivas, motoras e psicossociais.

4.7.5 Tecnologia Assistiva como órteses, adaptações em instrumentos como talheres, pratos, copos, cadeiras de rodas, o próprio leito e outros, para o auxílio e suporte no desenvolvimento das ocupações, principalmente nas Atividades de Vida Diária.

4.8 Critérios de alta da terapia ocupacional

4.8.1 O paciente alcançar todos os objetivos terapêuticos que foram traçados juntamente com o Terapeuta Ocupacional, passou pela reavaliação, não apresentando mais aspectos para serem trabalhados, apresenta independência na realização das ocupações, com foco principal nas atividades de vida diária, receberá alta dos atendimentos da Terapia Ocupacional, mesmo que ele continue sem a alta hospitalar.

4.8.2 O paciente receberá alta do serviço hospitalar, porém apresenta necessidade de atendimentos com o Terapeuta Ocupacional, sendo assim, receberá um encaminhamento para continuidade dos atendimentos com a terapia ocupacional, nos serviços de saúde públicos ou privados.

4.8.3 Sempre que necessário, o paciente ou cuidador receberá orientações a serem realizadas no ambiente doméstico para evitar comprometimentos, e manejo durante o desenvolvimento das ocupações.

4.8.4 Quando apresentado demandas por parte dos familiares ou cuidador, o mesmo receberá encaminhamento para o serviço da terapia ocupacional, psicologia ou psiquiatria.

4.9 Comportamentos e condutas esperados para a Terapia Ocupacional

4.9.1 Todos os profissionais devem utilizar de forma correta os Equipamentos de Proteção Individual – EPIs;

4.9.2 Todos os profissionais devem seguir as regras e condutas éticas específicas de seu conselho;

4.9.3 Contribuir para que o ambiente de trabalho seja o mais harmonioso possível, para evitar possíveis danos a própria equipe e aos pacientes;

4.9.4 Desenvolver relações de trabalho completamente ética e profissional, afim de não prejudicar a integridade de terceiros;

4.9.5 Registrar todas a assistência que foi prestada durante o atendimento, de forma objetiva, clara, legível e principalmente completa, para que não se crie equívocos;

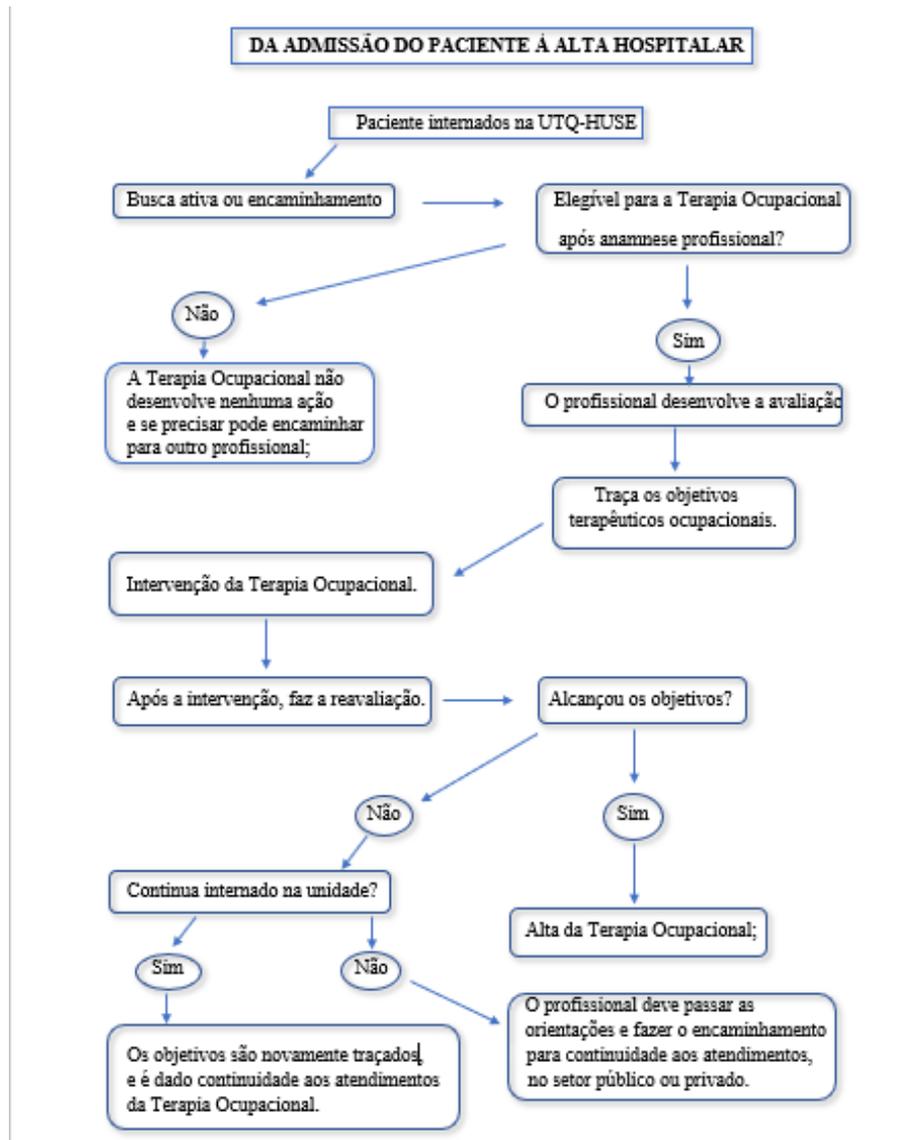
4.9.6 Prestar todo o atendimento seguindo todo o Código de Ética Profissional da sua categoria profissional;

4.9.7 Deve manter sigilo total dos fatos ligados aos pacientes, exceto quando tiver uma determinação judicial que impeça o sigilo ou quando a pessoa tem um representante legal que permite o conhecimento dos fatos e quando a pessoa deixa o consentimento por escrito;

APÊNDICE – B

CHECK-LIST (PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO)
<p>Nome: _____</p> <p>Leito: _____ Idade: _____</p> <p>Data da internação: ___/___/___</p> <p>Data do atendimento: ___/___/___</p> <p align="center">Elegível para Terapia Ocupacional? ()SIM ()NÃO</p>
<p>Avaliações:</p> <p>ESQUEMA DE LUND-BROWDER: _____</p> <p>ESCALA DE COMA DE GLASGOW-ECGI: _____</p> <p>KATZ: _____</p> <p>MIF: _____</p> <p>COPM: _____</p>
<p>Projeto Terapêutico Ocupacional Singular</p> <p>Objetivos: _____</p> <p>_____</p> <p>Conduas: _____</p> <p>_____</p> <p>Evolução: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

APÊNDICE – C



1. Imagem do fluxograma