

## CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA TERAPIA OCUPACIONAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO\*

Characterization of patients assisted by occupational therapy in adult intensive care unit

Caracterización de pacientes tratados por la terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos de adultos

### Silvia Mayumi Okuma

Residente em Terapia Ocupacional na autarquia hospitalar do município de São Paulo, Brasil.  
[silvinha.okuma@gmail.com](mailto:silvinha.okuma@gmail.com)

### Ana Flávia Marostegan de Paula

Terapeuta Ocupacional do Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto. São Paulo, Brasil  
[anaflaviager@gmail.com](mailto:anaflaviager@gmail.com)

### Gabriela Pereira do Carmo

Terapeuta Ocupacional do Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio. São Paulo, Brasil.  
[gabriela.carmo@yahoo.com.br](mailto:gabriela.carmo@yahoo.com.br)

### Marcela Maria Pandolfi

Orientadora da Universidade Santo Amaro. São Paulo, Brasil.  
[mpandolfi@unisa.br](mailto:mpandolfi@unisa.br)

### Resumo

A internação na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e o processo de adoecimento podem gerar implicações negativas ao sujeito como alterações motoras, cognitivas e na participação nas atividades de vida diária. Muitos pacientes compartilham más experiências vivenciadas durante a internação em UTI (as quais desorganizam o sujeito), identificar as necessidades pode contribuir na elaboração do plano de tratamento adequado às demandas do paciente. Dessa forma, o objetivo do trabalho foi caracterizar o perfil desses pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional na UTI Adulto. Realizou-se uma pesquisa transversal observacional da qual participaram 37 sujeitos internados na UTI adulto de um hospital público da Zona Leste do município de São Paulo no período de junho a agosto de 2016. Verificou-se que as características mais presentes entre os participantes dos grupos conforme gênero, idade e dias de internação foram: fraqueza, dor, mobilidade reduzida, limitação no autocuidado, banho e higiene foram os mais presentes entre os participantes. Déficit cognitivo e queixa de memória foram os mais elencados no grupo dos idosos. A internação na UTI e o processo de adoecimento podem gerar implicações negativas ao sujeito como alterações motoras, cognitivas e na participação nas atividades de vida diária. Com base nos resultados identificou-se que os pacientes internados apresentaram fatores que interferem na participação nas atividades de vida diária (autocuidado, banho, higiene, arrumar-se no leito, alimentação e controle de esfíncter), e a atuação da Terapia Ocupacional pode contribuir de forma a minimizar os efeitos deletérios decorrentes da hospitalização.  
**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional, Unidades de Terapia Intensiva, Hospitalização.

574

### Abstract

Many patients live bad experiences during their stay in ICU, that disrupt the subject. Identifying the needs of the person can contribute to the elaboration of the treatment plan. Thus, is importante to identify the profile of the patients treated by Occupational Therapy in an Adult Intensive Care Unit. The study consisted of an observational cross-sectional study in which 37 subjects were hospitalized in the adult ICU of a public hospital in the East of the city of São Paulo from June to August 2016. The presence of weakness, pain, reduced mobility, self-care limitation, bathing and hygiene were the most frequent among the participants according to gender, age and days of hospitalization. Cognitive deficit and memory complaints were the most prominent in the elderly group. ICU hospitalization and the process of illness may cause negative implications for the subject, such as motor and cognitive impairment and difficulties in activities of daily living. The data made it possible to identify the profile of the patients treated by Occupational Therapy in the adult ICU, which makes it possible to guide the practice itself.

**Keywords:** Occupational Therapy, Intensive Care Unit, Adult.

### Resumen

Muchos pacientes comparten de las malas experiencias vivenciadas durante la internación en UCI, las cuales desorganizan el sujeto. Identificar las necesidades del sujeto puede contribuir en la elaboración del plan de tratamiento adecuado a las demandas del paciente. De esa forma, se resalta la importancia de identificar el perfil de los pacientes atendidos por la Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos. Se realizó una investigación transversal observacional en que fueron evaluados 37 sujetos ingresados en la UCI de adultos de un hospital público de la Zona Este del municipio de São Paulo en el periodo de junio a agosto de 2016. Se verificó que presencia de flaqueza, dolor, movilidad reducida, limitación en el autocuidado, baño e higiene fueron los más presentes entre los participantes de los grupos según género, edad y días de internación. Déficit cognitivo y queja de memoria fueron los más elencados en el grupo de los ancianos. La internación en la UCI y el proceso de adoecimiento pueden generar implicaciones negativas al sujeto como alteraciones motoras, cognitivas y en la participación en las actividades de vida diaria. Los datos posibilitaron identificar el perfil de los pacientes atendidos por la Terapia Ocupacional en la UCI de adultos, lo que posibilita a orientar la práctica.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, Unidad de Cuidados Intensivos, Adulto.

## 1 INTRODUÇÃO

O hospital é considerado como uma das portas de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que atende problemáticas de alta-complexidade, dispõe de tecnologias específicas e profissionais qualificados para atender à demanda<sup>1</sup>. No âmbito hospitalar, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) surgiram com o intuito de atender pacientes em estado crítico/grave, com risco iminente de morte, que necessitam de tecnologias de alta complexidade e cuidados específicos e intensivos<sup>2</sup>. Neste setor é necessário que haja profissionais com conhecimento teórico e prático especializados, habilidade com os equipamentos de alta tecnologia e agilidade na tomada de decisões para trazer resolutividade às problemáticas dos pacientes e do setor<sup>3</sup>. O adoecimento e a internação em uma UTI representam um distanciamento do sujeito com seu cotidiano<sup>4</sup>, o que pode gerar sofrimento físico e emocional ao indivíduo.

Além disso, a UTI possui uma rotina dinâmica, intensa e permeada de procedimentos invasivos, onde não se é permitido a presença constante de acompanhantes e nem objetos pessoais, e na maioria das vezes, não é respeitada a privacidade e a singularidade do sujeito, o que leva a uma despersonalização e ao não domínio sobre próprio corpo<sup>5</sup>. Outros fatores estressantes que desorganizam o sujeito nesse contexto são: dor e outros desconfortos, falta de orientação no tempo e espaço, mudança na rotina diária, alteração do sono, ambiente com muitos ruídos, iluminação artificial, entre outros<sup>6</sup>.

Portanto, entender a atuação da Terapia Ocupacional na UTI adulto se mostra necessária para ampliação dos olhares para os pacientes críticos, buscando promover a qualidade de vida desses pacientes durante e após alta.

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) surgiram com o intuito de atender pacientes em estado crítico/grave, com risco iminente de morte, que necessitam de tecnologias de alta complexidade e cuidados específicos e intensivos<sup>2</sup>. Neste setor é necessário que haja profissionais com conhecimento teórico e prático especializados, habilidade com os equipamentos de alta tecnologia e agilidade na tomada de decisões para trazer resolutividade às problemáticas dos pacientes e do setor<sup>3</sup>.

Para Galheigo<sup>1</sup>, embora a inclusão do terapeuta ocupacional como um membro essencial da equipe de saúde do hospital seja um projeto ainda não consolidado, é importante

destacar os avanços obtidos na área hospitalar, considerando-se a aprovação da especialidade dos terapeutas ocupacionais em Contextos Hospitalares e a inserção do Terapeuta Ocupacional no cuidado de pacientes críticos internados em UTI que foi viabilizada a partir da resolução nº7 de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva<sup>7</sup>. O documento cita que este profissional é habilitado e capacitado para atuar de forma a minimizar os efeitos deletérios decorrentes da patologia e hospitalização e que interferem na participação e engajamento nas atividades do cotidiano.

O raciocínio clínico em Terapia Ocupacional é realizado a partir da construção de uma narrativa, com base na história do paciente, salientando suas particularidades, de forma a valorizá-lo como um ser único. Para tanto, o profissional, no decorrer de suas avaliações, atendimentos e vivências em conjunto com o paciente, deverá atentar-se aos acontecimentos a fim de estabelecer conexões entre os fatos observados e informações colhidas, para então possibilitar que o sujeito produza novos significados às experiências<sup>8</sup>.

A identificação das necessidades do indivíduo faz-se necessária para compreender quem é o sujeito a ser atendido, quais papéis ocupacionais ele desempenha, qual seu histórico de vida, em quais contextos ele está inserido, qual seu estado de saúde atual, entre outros aspectos relevantes. A Terapia Ocupacional valoriza os aspectos relacionados à ocupação humana, ao engajamento nas atividades do cotidiano e ao fazer significativo do sujeito<sup>9</sup>.

Identificar além das dificuldades, déficits, deficiências e necessidades do sujeito, valorizar suas potencialidades, habilidades e interesses faz parte do raciocínio clínico do terapeuta ocupacional. Nesta direção, o profissional busca elaborar um plano de tratamento específico e adequado àquele determinado paciente, articulando, na medida do possível, todos os dados coletados durante a avaliação<sup>10</sup>.

A partir da observação na prática clínica com pacientes internados na UTI de um hospital geral, com posterior encaminhamento dos mesmos para a enfermaria na ocasião da alta, os relatos dos pacientes e familiares durante a internação, sobre suas limitações, e as discussões de casos com a equipe multiprofissional, surgiu a necessidade de conhecer o perfil dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva adulto.

Com base no exposto acima, verifica-se que o contexto da UTI comprometer a funcionalidade do indivíduo internado, dessa forma a Terapia Ocupacional pode contribuir na

retomada da função a partir de seu processo de trabalho que inclui uma avaliação criteriosa das necessidades do sujeito.

Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional, enfocando os aspectos motores, cognitivos e atividades de vida diária, para possibilitar o direcionamento de uma prática que atenda às necessidades particulares de cada indivíduo.

## **2 MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa transversal observacional sobre o perfil dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional em UTI adulto de um hospital público, localizado na zona leste do município de São Paulo.

Aplicou-se um roteiro de avaliação, aos pacientes, considerando os critérios de inclusão, durante sua internação na UTI no período de junho a agosto de 2016. As questões buscaram compreender aspectos relacionados, aos papéis ocupacionais, o contexto a qual esse paciente está inserido, e as limitações funcionais decorrentes da internação na UTI.

577

### **2.1 Critérios de inclusão**

- a) Pacientes internados na UTI entre junho e agosto de 2016;
- b) Pacientes capazes de se comunicar verbalmente;
- c) Pacientes sem déficit cognitivo que comprometa a compreensão da pesquisa e as respostas às questões do roteiro de avaliação.

### **2.2 Critérios de exclusão**

- a) Pacientes sob efeito de sedação ou em coma no momento da avaliação;
- b) Pacientes traqueostomizados.

Por tratar-se de um setor no qual o paciente se encontra em estado crítico, na UTI são necessárias instrumento/avaliações que possam mensurar, objetivamente, a capacidade do paciente em desenvolver tarefas básicas de mobilidade e de compreensão. Assim, a

construção do roteiro de avaliação foi baseada em medidas padronizadas, como a Medida de Independência Funcional (MIF)<sup>11</sup>, *Confusional Assessment Method in Intensive Care Unit* (CAM – ICU)<sup>12</sup>, *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS)<sup>13</sup>, Escala de Coma de *Glasgow* (ECG)<sup>14</sup> e *Intensive Care Unit Mobility Scale* (IMS)<sup>15</sup>.

Dessa forma, para caracterizar o perfil dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional neste contexto, foram selecionados para análise os aspectos motores, cognitivos e de desempenho em AVD (Atividades de Vida diária), além do gênero, idade e dias de internação.

### **2.3 Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa respeitou os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/2012 e foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa. No que diz respeito à assinatura do TCLE, nos casos de impossibilidade para assiná-lo, considerou-se a assinatura do responsável.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

578

A amostra foi composta por 37 (100%) pacientes, dos quais 19 (51,35%) eram homens e 22 (59,46%) eram idosos na faixa de 60 a 96 anos. Com relação ao trabalho, sendo que 24 (64,86%) dos participantes não trabalhavam e somente 13 (35,14%) trabalhavam tanto como autônomos quanto com vínculo empregatício registrado. Sobre o fato de receber ou não ajuda financeira de qualquer origem, observou-se um total de 25 (67,57%) sujeitos que recebiam algum tipo de auxílio financeiro. No que se refere à escolaridade dos participantes, observou-se um predomínio da baixa escolaridade, ou seja, 23 (62,16%) não completaram o ensino fundamental.

Os resultados da coleta de dados foram divididos em três grandes domínios (motor, cognitivo e atividades de vida diária) e seus componentes. O domínio motor abrange itens de presença de edema, fraqueza, dor, mobilidade reduzida e queixa de sensibilidade.

O domínio cognitivo contempla itens como alteração de humor, déficit cognitivo transitório, queixa de memória recente, presença de delirium e interação social prejudicada. E o domínio das

atividades de vida diária inclui itens como limitação no autocuidado, na alimentação, no banho, na higiene, no arrumar-se no leito e controle de esfíncter prejudicado.

Além disso, os sujeitos da pesquisa foram separados em grupos conforme gênero (masculino e feminino), idade (adultos até 59 anos e idosos com 60 anos ou mais) e dias de internação (0 a 6 dias e mais de 7 dias). Storch<sup>31</sup> reforça a importância da mobilização precoce em pacientes internados na UTI, como prevenção de comorbidades resultantes da imobilidade, na qual, se tem uma perda de quarenta por cento de força muscular, a partir do sétimo dia de internação.

A Tabela 1 demonstra a porcentagem referente à quantidade de sujeitos da pesquisa que apresentaram os itens relacionados aos domínios motor, cognitivo e de atividades de vida diária, conforme separados em grupos de acordo com gênero, idade e dias de internação.

**Tabela 1 – Percentagens das respostas positivas para os itens dos domínios motor, cognitivo e de atividade de vida diária segundo gênero, idade e dias de internação (2016).**

Domínio	Item	Gênero		Idade		Dias de internação	Dias de internação
		Homem	Mulher	Até 59 anos	60 ou mais	0 a 6 dias	Mais de 7 dias
<b>Motor</b>	Edema	31,6	55,5	26,7	54,5	57,1	25
<b>Motor</b>	Fraqueza	68,4	61,1	73,3	59,1	66,7	62,5
<b>Motor</b>	Dor	63,2	61,1	73,3	54,5	52,3	75
<b>Motor</b>	Mobilidade reduzida	100	100	100	100	100	100
<b>Motor</b>	Queixa de sensibilidade	5,2	22,2	0	22,7	14,2	12,5
	G de Cochran	G=38,16 (P=0,0000)	G=22,98 (P=0,0001)	G=36,25 (P=0,0000)	G=28,78 (P=0,0000)	G=30,89 (P=0,0000)	G=34,05 (P=0,0000)
<b>Cognitivo</b>	Alteração de humor	26,3	27,8	20	31,8	19	37,5
<b>Cognitivo</b>	Déficit cognitivo	47,4	38,9	20	59,1	33,3	56,2
<b>Cognitivo</b>	Queixa de memória	42,1	38,9	20	54,5	33,3	50
<b>Cognitivo</b>	Delirium	15,8	16,7	6,7	22,7	9,5	25
<b>Cognitivo</b>	Interação social prejudicada	26,3	11,1	20	18,1	9,5	31,2
	G de Cochran	G=8,27 (P=0,0822)	G=9,04 (P=0,0601)	G=2,91 (P=0,5730)	G=16,29 (P=0,0027)	G=13,26 (P=0,0101)	G=5,21 (P=0,2664)
<b>AVD</b>	Limitação no autocuidado	94,7	100	93,3	100	95,2	100
<b>AVD</b>	Limitação na alimentação	63,1	72,2	60	72,7	66,7	68,7
<b>AVD</b>	Limitação no banho	94,7	100	93,3	100	95,2	100
<b>AVD</b>	Limitação na higiene	94,7	94,4	93,3	95,4	95,2	93,7
<b>AVD</b>	Limitação no arrumar-se no leito	68,4	77,8	60	81,8	81	62,5
<b>AVD</b>	Controle de esfíncter prejudicado	26,3	55,5	40	40,9	47,7	31,2
	G de Cochran	G=41,02 (P=0,0000)	G=25,16 (P=0,0001)	G=26,47 (P=0,0000)	G=41,09 (P=0,0000)	G=32,22 (P=0,0000)	G=36,03 (P=0,0000)

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1, verificou-se que os itens mobilidade reduzida, fraqueza e dor, pertencentes ao domínio motor, estiveram presentes na maioria dos participantes independente do gênero, idade e dias de internação na UTI. No domínio cognitivo, destacou-se que no grupo dos idosos, os itens referentes ao déficit cognitivo e queixa de memória foram maiores. Já no domínio de AVD, identificou-se que os itens limitação no autocuidado, no banho e na higiene foram muito presentes nos participantes de todos os grupos selecionados (de acordo com gênero, idade e dias de internação).

Neste estudo, no que se refere aos valores estatisticamente significantes, percebeu-se que todos os sujeitos da pesquisa apresentaram mobilidade reduzida, no momento da avaliação na UTI, independente do gênero, idade e dias de internação. Pacientes de todos os grupos (homens, mulheres, adultos com menos de 59 anos, idosos com 60 anos ou mais, internação com duração de até 6 dias e internação por mais de 7 dias) referiram fraqueza global e presença de dor. O grupo de idosos (54,5%) e o que passou mais de 7 dias internado na UTI (25%) apresentaram edema.

Corcoran<sup>16</sup> e Espinola<sup>17</sup> apresentam o conceito de “desamparo aprendido” e “incapacidade aprendida”, respectivamente, como sendo uma condição resultante do imobilismo, em que os profissionais e familiares esperam que o paciente assuma o papel de doente, que esteja sempre calmo e colaborativo com os pedidos da equipe, e assim, permanecendo numa postura passiva em seu leito<sup>18</sup>. Segundo estudo de Dittmer e Teasell<sup>19</sup> pacientes que permanecem no leito por uma semana podem apresentar de 10 a 15% de perda de força muscular.

Estudos de Perme<sup>20</sup> e Chambers<sup>21</sup> afirmam que a inatividade e repouso no leito são fatores que contribuem para o desenvolvimento da fraqueza neuromuscular adquirida na UTI. Durante a internação na UTI é comum o paciente estar restrito ao leito, devido os diversos procedimentos invasivos, o que representam barreiras para a mobilidade. Tal condição associada à fraqueza global, privação de interação social, alteração do sono e cultura de uma UTI que incentiva o repouso no leito favorecem o declínio funcional, e consequentemente, dependência nas atividades de vida diária, mobilidade reduzida, dor, perda de massa muscular, entre outras complicações<sup>20,21</sup>.

No âmbito cognitivo, verificou-se que somente no grupo de idosos e naquele cujo tempo de internação foi menor que 6 dias apareceram resultados com significância estatística. Os itens identificados com maior frequência no grupo dos idosos foram déficit cognitivo



transitório (59,1%) e queixa de memória recente (54,5%). Este dado considera-se relevante,, A autoavaliação da saúde, da qual faz parte a percepção da própria memória, constitui um indicador comumente utilizado para investigar o bem-estar físico e mental, visto que o estudo de Paula<sup>22</sup> aponta que a auto avaliação de memória negativa em idosos está relacionada com a presença de déficit cognitivo.

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos participantes eram idosos (59,46%) e com nível de escolaridade baixo, dos quais 59,1% demonstraram déficit cognitivo e 54,5% referiram queixa de memória, índices com relevância estatística. O déficit cognitivo foi identificado a partir das respostas do CAM-ICU e da ECG e a queixa de memória foi verificada a partir da resposta afirmativa para essa questão considerando a auto percepção do paciente sobre sua memória recente.

No que concerne à questão de memória, esta é afetada por diversos fatores na UTI, como presença de delirium, presença de encefalopatias, uso de medicamentos analgésicos, antibióticos e sedativos<sup>18</sup>. A dinâmica do setor, a própria patologia, alteração da qualidade do sono, idade e comorbidades preexistentes que prejudicam capacidades cognitivas e psiquiátricas acometem o processo de formação de memórias<sup>23</sup>.

De acordo com Ferraro-Diaz<sup>24</sup>, a internação na UTI representa estar submetido a riscos de privação de estímulos sensoriais e aumento de stress, o que pode desencadear um declínio da participação e engajamento nas atividades de vida diária. O isolamento social decorrente da internação na UTI associado a outros fatores inerentes ao ambiente pode ocasionar desorientação, raciocínio desorganizado e até mesmo delirium.

Os pacientes idosos foi identificados no estudo de Barros<sup>25</sup> como fator de risco relevante para desenvolvimento de síndrome do imobilismo e incapacidade funcional e cognitiva. Tendo em vista que o repouso no leito causa imobilidade, que conseqüentemente resulta em implicações no status funcional no indivíduo, é possível afirmar que seu desempenho nas atividades de vida diária, enquanto permanece na UTI, estará prejudicado.

Destaca-se que mais de 90% dos sujeitos da pesquisa, independente do gênero, idade e dias de internação na UTI, apresentaram limitação nas atividades de autocuidado, banho e higiene. Considera-se que o contexto organizacional da UTI e sua rotina diária influenciam negativamente o desempenho independente e autônomo do sujeito internado, entretanto os mesmos também estão suscetíveis a desenvolver síndrome do imobilismo e outras condições que podem impossibilitar sua participação ativa nas AVD dentro da UTI<sup>6</sup>.

#### 4.1 Possibilidades da Terapia Ocupacional em contexto de UTI

A atuação do terapeuta ocupacional na UTI é ampla, uma vez que este profissional é capaz de reconhecer e considerar os aspectos físicos, emocionais, cognitivos e espirituais que a doença e a hospitalização produzem no sujeito e sua família. Uma das intervenções do TO é dar apoio e suporte ao paciente e familiares durante o processo de internação e saúde-doença<sup>26</sup>. Dentro do contexto de UTI, os objetivos terapêuticos estão voltados aos componentes de desempenho. O terapeuta ocupacional é capaz de identificar as problemáticas do indivíduo e de pensar em estratégias para solucioná-las a partir de sua habilidade em realizar a análise da atividade. Assim, visa-se o alívio da dor, posicionamento adequado no leito e durante a execução das atividades, preservação da amplitude de movimento, prevenção de infecções e lesões por pressão<sup>26</sup>.

O paciente que sofre das complicações decorrentes da imobilidade no leito poderá manifestar resistência baixa, fraqueza generalizada, intolerância na permanência da posição sentada. No estudo de Affleck<sup>27</sup>, pacientes que foram submetidos a programas de Terapia Ocupacional acompanhados do monitoramento da equipe médica e de enfermagem sobre o estado de saúde e com manejo adequado dos equipamentos e intervenções obtiveram ganhos relevantes quanto a resistência cardiovascular, tolerância à atividade, força muscular e funcionalidade.

As intervenções da Terapia Ocupacional na UTI permitem reduzir os impactos que o isolamento social e a privação sensorial ocasionam. Com vistas ao objetivo de atingir, máxima independência nas AVD, melhora da mobilidade no leito e transferências que favorecem a sensação de rotina e satisfação pessoal<sup>27</sup>.

Outra contribuição da Terapia Ocupacional é com relação às tecnologias assistivas, a partir do uso das placas de comunicação alternativas, além de adaptações para a realizações de atividades, onde o profissional está apto a orientar e viabilizar tais dispositivos que facilitarão o desempenho nas atividades, garantirão a segurança e conforto do paciente, que por sua vez, geram um impacto positivo no restabelecimento do status funcional<sup>26</sup>.

No estudo de Álvarez *et al*<sup>29</sup>, foi observado que pacientes com delirium tiveram mais dias de internação e dependência funcional no momento da alta. Neste mesmo estudo, o tratamento com a Terapia Ocupacional (TO) foi precoce e intensivo, o que reduziu a presença de delirium. Dessa forma, a TO pode minimizar os impactos da condição de fragilidade, melhorar as capacidades cognitivas, funcionais e sociais durante a hospitalização<sup>29</sup>.

As possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional no contexto de Terapia Intensiva são amplas, onde o profissional pode assistir todos os pacientes internados em UTI, sempre atento ao quadro clínico, parâmetros hemodinâmicos, limitações do paciente de forma a garantir sua segurança e preservação da vida, mas também estimulando suas potencialidades<sup>27</sup>.

Vale ressaltar que a atuação da Terapia Ocupacional na UTI Adulto não se limita ao público alvo da pesquisa. A mesma possui importantes contribuições com os pacientes em ventilação mecânica, que estão sob efeito de sedativos, impossibilitados de se comunicar efetivamente, com quadros de delirium e/ou desorientação e agitação psicomotora.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo selecionou como sujeitos de pesquisa somente pacientes cujos quadros clínicos estavam estabilizados, com previsão de alta da Unidade de Terapia Intensiva, e que apresentavam comunicação verbal efetiva, para a aplicação do instrumento de avaliação em sua íntegra. O que representou uma limitação do estudo, uma vez que a maior parte das pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva é caracterizada por pacientes em ventilação mecânica, em uso de sedativos, drogas vasoativas, nível de consciência alterado.

A atuação da Terapia Ocupacional pode contribuir de forma a minimizar os efeitos deletérios decorrentes da hospitalização, tais como presença de edema, fraqueza generalizada, mobilidade reduzida, desorientação, confusão mental temporária, e melhorar e estimular a participação com independência e autonomia nas AVD. Tais possíveis intervenções podem favorecer na melhora funcional do sujeito dentro da UTI, maior engajamento e apropriação de sua condição de saúde e tratamento, internação mais breve na UTI, redução da taxa de mortalidade.

Por isso, vê-se a importância da Terapia Ocupacional no reconhecimento das necessidades do indivíduo através de sua investigação criteriosa e centrada no sujeito e no planejamento das melhores estratégias para solucionar ou minimizar as complicações negativas que podem perdurar até após a alta hospitalar.

A identificação das necessidades e déficits do sujeito internado viabiliza o direcionamento do profissional da Terapia Ocupacional para a elaboração dos objetivos do

tratamento, e assim, beneficiando diretamente o sujeito internado, e indiretamente, a equipe da UTI, o ambiente e o hospital.

## Referências

1. Galheigo SM. **Terapia ocupacional, a produção do cuidado**. Rev. Ter. Ocup. Univ. 2008; 19(1): 20-28.
2. Araújo AD, Santos JO, Pereira LV, Lemos RCA. **Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem**. Rev. Min. Enf. 2005; 9(1):20-28.
3. Vargas AO, Ramos FRS. **Autonomia na unidade de terapia intensiva: comecemos por cuidar de nós**. Rev. bras. enferm. 2010; 63(6): 956-963.
4. De Carlo MMRP, De Queiroz MEG, Santos WA. **Terapia ocupacional em dor e cuidados paliativos – princípios, modelos de intervenção e perspectivas**. In: De Carlo MMRP, De Queiroz MEG. Dor e cuidados paliativos – terapia ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca; 2007. p. 127-145.
5. Bolela F, Jericó MC. **Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização**. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2006; 10(2): 301-308.
6. Faquinello P, Dióz M. **A UTI na ótica de pacientes**. Rev. Min. Enf. 2007; 11(1): 41-47.
7. Brasil, Ministério da Saúde. **Resolução nº7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 fev. 2010. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html) Acesso em: 20 de outubro de 2016.
8. Marcolino TQ. **O raciocínio clínico da Terapeuta Ocupacional ativa**. Revista ceto. 2012; 13(13):14-25.

9. Cavalcanti A, Silva e Dutra FCM, Elui VMC. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo 3a ed.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2015; 26(ed. esp.):1-49.
10. Kudo AM, Parreira FV, Barros PBM, Zamper SSS. **Construção do instrumento de avaliação de terapia ocupacional em contexto hospitalar pediátrico: sistematizando informações.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2012; 20(2): 173-181.
11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. **Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional.** Acta Fisiátr. 2004; 11(2): 72-76.
12. Ely EW, Pun BT. **The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) - The Complete Training Manual CAM ICU.** Nashville, TN: Vanderbilt University. 2014; 1-32.
13. Tavares VH. **Segurança do paciente em terapia intensiva: análise do uso da restrição física.** [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde; 2013. 129p. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13888/1/2013\\_VaniaHilarioTavares.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13888/1/2013_VaniaHilarioTavares.pdf)> Acesso em: 20 de outubro de 2016.
14. Muniz ECS, Thomaz MCA, Sousa RMC, Kubota MY, Cianci L. **Utilização da escala de coma de Glasgow e escala de coma de Jovet para avaliação do nível de consciência.** Rev. Esc. Enf. USP. 1997; 31(2): 287-303.
15. Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, et al. **Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale.** Heart&Lung - The Journal of Acute and Critical Care. 2014; 43(1): 19-24.
16. Corcoran PJ. **Use it or lose it – The hazards of Bed rest and inactivity.** The Western Journal of Medicine. 1991; 154(1): 536-538.
17. Espinola HG. **Inmovilidad en el adulto mayor.** Boletín de la Escuela de Medicina da PUC de Chile. 2000; 29(1-2): 68-70.

18. Cazeiro APM, Peres PT. **A terapia ocupacional na prevenção e no Tratamento de complicações decorrentes da Imobilização no leito.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2010; 18(2): 149-167.
19. Dittmer DK, Teasell R. **Complications of immobilization and bed rest - Part 1: Musculoskeletal and cardiovascular complications.** Canadian Family Physician. 1993; 39(1): 1428-37.
20. Perme C, Chandrashekar R. **Early mobility and walking program for patients in intensive care units: creating a standard of care.** American journal of critical care. 2009; 18(3): 212-221.
21. Chambers MA, Moylan JS, Reid MB. **Physical inactivity and muscle weakness in the critically ill.** Crit Care Med. 2009; 37(10 Suppl): 337-46.
22. Paula AFM, Falsarella GR, D'Elboux MJ, Guariento ME. **Perfis de funcionalidade e relação com óbito em idosos assistidos em Serviço Ambulatorial de Geriatria.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2015; 23(1): 153-162.
23. Hough CL, Curtis JR. **Long-term sequelae of critical illness: memories and healthrelated quality of life.** Critical Care. 2005; 9(1): 145-146.
24. Ferraro-Diaz X. **The importance of Occupational Therapy intervention.** Florida Hospital Rehabilitation, power point presentation, 2016. 30 slides.
25. Barros MAM, Figuéiredo DSTO, Fernandes MGM, Neto JMR, Macêdo-Costa KNF. **Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura.** Journal of research: fundamental care online. 2015; 7(3): 2738-2748.
26. Foreman J. **Occupational therapists' roles in intensive care.** OT Now. 2005; 15-18.
27. Affleck AT, Lieberman S, Polon J, Rohrkemper K. **Providing Occupational Therapy in an Intensive Care Unit.** The American Journal of Occupational Therapy. 1986; 40(5): 323-332.
28. Pena-Corrêa IVF, Assunção SG, Velloso M. **Protocolo de Reabilitação Funcional Baseado na Progressão de Atividades em Pacientes Criticamente Doentes: um ensaio**

**clínico aleatório** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 2013. 86p.

29. Álvarez E, Garrido M, González AF. 5, Guzmán E, Donoso T, Gallegos S, *et al.* **Terapia ocupacional precoz e intensiva en la prevención del Delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico. Ensayo clínico randomizado: Resultados preliminares.** Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2013; 28(4): 193-199.

30. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, *et al.* **Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial.** Lancet. 2009; 373(1): 1874-1882

31. Storch EK, Kruszynski DM. **From rehabilitation to optimal function: role of clinical exercise therapy.** Curr Opin Crit Care. 2008;14(4):451-5.

\* Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em atenção à Terapia Intensiva apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Santo Amaro (UNISA). Trabalho apresentado no 19º congresso de Iniciação Científica - 13º mostra de Pós-Graduação – 2º Encontro PIBID da Universidade Santo Amaro.

---

**Contribuição das autoras:** **Silvia Mayumi Okuma:** redação do texto. **Ana Flávia Marostegan de Paula:** revisão do texto. **Gabriela Pereira do Carmo:** revisão do texto. **Marcela Maria Pandolfi:** revisão do texto.

Submetido em: 22/02/2017

Aceito em: 26/07/2017

Publicado em: 31/10/2017