

# ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS NOS LEITOS DE RETAGUARDA

## Occupational therapist guidelines in the recovery beds

## Orientaciones terapéuticas ocupacionales en los lechos de retaguardia

### Juliana Cristina de Melo Santos

Terapeuta ocupacional, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Brasil.  
[julianacmsantosto@gmail.com](mailto:julianacmsantosto@gmail.com)

### Mariana Lima da Silva Lousada

Terapeuta ocupacional, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Brasil.  
[tomarianalima@hotmail.com](mailto:tomarianalima@hotmail.com)

### Aneide Rocha de Marcos Rabelo

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil.  
[rabelo.ufpe@gmail.com](mailto:rabelo.ufpe@gmail.com)

### Sarah Cristine Silva Macedo

Terapeuta ocupacional, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Recife, Brasil.  
[sarah\\_cristine11@hotmail.com](mailto:sarah_cristine11@hotmail.com)

### Resumo

O estudo teve como objetivo caracterizar as orientações terapêuticas ocupacionais fornecidas aos pacientes e seus familiares nos Leitos de Retaguarda, para que alcancem o máximo de independência e autonomia nas suas áreas de desempenho ocupacional. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal. Os dados foram coletados a partir de uma pesquisa documental, referente aos meses de março e abril de 2015. A população do estudo foi formada por usuários do serviço de um hospital escola, de ambos os sexos. As orientações foram retiradas a partir de um diário de campo dos profissionais. Esses dados foram tabulados para análise em frequência simples. Houve uma predominância do sexo masculino e a média de idade foi de 68 anos. As principais orientações fornecidas foram: melhor inserção nas AVDs, posicionamento no leito, transferência, estimulação sensorial, cuidados durante o manuseio com o membro superior afetado, mudança de decúbito, uso dos recursos de tecnologia assistiva, manutenção da orientação temporal/espacial, simetria durante as AVDs e mobilização. Diante disso, as orientações terapêuticas ocupacionais visam contribuir no tratamento do paciente, auxiliando o mesmo a lidar com as mudanças, evitando complicações para que este alcance independência e qualidade de vida. Através destas o paciente pós AVE poderá retomar sua vida de forma ativa e satisfatória.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Hospitalização; Orientação Terapia Ocupacional.

542

### Abstract

The aim of this study was to characterize the occupational therapy guidelines provided to patients and their families in the Recovery Beds, seeking the achievement of a maximum independence and autonomy in their areas of occupational performance. This is a cross-sectional descriptive study. The data were collected from a documentary survey during the period of March and April of 2015. The study population was formed by the service users of a school hospital, from both sexes. The guidelines were taken from a field journal of professionals. These data were categorized for simple frequency analysis. There was predominance of males and the mean age was 68. The main guidelines were: insertion in ADL, improvement, bed positioning, transfer, sensory stimulation, care during manipulation with the affected upper limb, change of decubitus, use of assistive technology resources, maintenance of temporal / spatial orientation, symmetry during ADL and mobilization. Therefore, the occupational therapy guidelines aim to contribute to the patient treatment, helping him/her to cope with the charges, avoiding complications in order to achieve independence and quality of life. Due to that the patient post CVA can readjust his/her life in an active and satisfactory way.

**Keywords:** cerebrovascular Accident; Hospitalization; Guidance; Occupational Therapy.

### Resumen

El estudio tuvo como objetivo caracterizar las orientaciones terapéuticas ocupacionales suministradas a los pacientes y sus familiares en los Lechos de Retaguardia, para que alcancen el máximo de independencia y autonomía en sus áreas de desempeño ocupacional. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Los datos fueron recolectados a partir de una investigación documental, referentes a los meses de marzo y abril de 2015. La población del estudio fue formada por usuarios del servicio de un hospital escuela, de ambos sexos. Las orientaciones fueron retiradas a partir de un diario de campo de los profesionales. Esos datos fueron tabulados para análisis en frecuencia simple. Hubo una predominancia del sexo masculino y la media de edad fue de 68 años. Las principales orientaciones suministradas fueron: mejor inserción en las AVDs, posicionamiento en el lecho, transferencia, estimulación sensorial, los cuidados durante el manejo con el miembro superior afectado, cambio de decúbito, uso de los recursos de tecnología asistiva, mantenimiento de la orientación temporal / espacial, simetría durante las AVDs y movilización. Delante de eso, las orientaciones terapéuticas ocupacionales visan contribuir en el tratamiento del paciente, auxiliando el aún a lidar con los cambios, evitando complicaciones para que este alcance independencia y calidad de vida. A través de estas el paciente post AVE podrá retomar su vida de forma activa y satisfactoria.

**Palabras clave:** Accidente Vascular Cerebral; Hospitalización; Orientación; Terapia Ocupacional.

## 1 INTRODUÇÃO

A Portaria 2.395, de 11 de outubro de 2011 institui e caracteriza os Leitos de Retaguarda (LRG) enquanto leitos de suporte a determinadas unidades, com o objetivo de organizar a atenção hospitalar. Garantindo, desta forma, a retaguarda aos atendimentos da média e alta complexidade na assistência hospitalar, com permanência breve e alta taxa de rotatividade.<sup>1</sup>

Nos LRG são admitidos pacientes com patologias agudas ou crônicas agudizadas que necessitem de compensação clínica ou intervenção cirúrgica, dividem-se em três eixos prioritários de cuidado: cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia. Tais leitos fornecem a regularização, a melhor utilização dos recursos e da estrutura hospitalar e são importantes para o sistema de saúde, visto a prevalência de doenças crônicas juntamente ao envelhecimento da população.<sup>2</sup>

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) também é conhecido como Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou derrame. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) este pode ser definido como o “aparecimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, que se mantêm durante mais de 24h ou que levam à morte, sem nenhuma outra causa aparente senão a origem vascular” (p.8)<sup>3</sup>.

O Brasil é o quarto país na taxa de mortalidade por AVE entre os países da América Latina e Caribe. Estatísticas do Brasil indicam que este é a causa mais frequente de óbito na população adulta (10% do total) e das internações em hospitais públicos (10% dos casos entre diagnósticos). Em relação à morbidade, cerca de 50% dos sobreviventes apresentam sequelas graves, com déficits neurológicos significativos que demandam acompanhamento em serviços de reabilitação, o que o torna a principal causa de incapacidade funcional no mundo ocidental.<sup>4,5</sup>

O quadro clínico do AVE é variável, e, de acordo com o local e extensão da lesão vascular pode apresentar diversas disfunções, tais como alterações sensoriais, motoras e cognitivas. Portanto, o grau de incapacidade funcional também pode variar, gerando dependência parcial ou total.<sup>5</sup>

No quadro agudo deste acometimento o paciente pode ter algumas complicações, como padrões negativos de movimento, presença de reflexos primitivos, dor no ombro,

dificuldades respiratórias, fraqueza da musculatura abdominal, incapacidade de se mover e dificuldade na marcha.<sup>6</sup>

O processo de reabilitação do paciente que sofre um AVE deve se iniciar na hospitalização, ainda na fase aguda. As intervenções precisam começar logo que o paciente estiver clinicamente estável e essa assistência imediata é necessária para garantir maior recuperação das funções motoras e sensório-perceptivas.<sup>7,8</sup>

Há indicação de uma equipe multidisciplinar junto aos pacientes assistidos em LRG, dentre eles: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, neurologista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Tais profissionais poderão proporcionar o acompanhamento e procedimentos necessários tanto ao paciente, quanto aos seus familiares.<sup>9,4,1</sup>

A atuação do terapeuta ocupacional junto ao paciente com AVE tem por objetivo desenvolver atividades significativas e importantes, com a finalidade de propiciar maior independência, autonomia e condições de participação social para favorecer melhor desempenho ocupacional, este, é definido como a maneira que as pessoas realizam suas atividades da forma mais satisfatória e eficiente possível.<sup>10,11</sup>

Ainda com relação à atuação deste profissional, as orientações caracterizam-se como uma estratégia que o terapeuta ocupacional utiliza para proporcionar aos envolvidos no processo do cuidar, conhecimentos e habilidades necessários para promover maior bem-estar e melhora da capacidade funcional daqueles indivíduos acometidos.<sup>12</sup>

Algumas orientações para execução das Atividades de Vida Diária (AVDs) podem ser fornecidas ao paciente e familiar/cuidador, a saber: a importância da estimulação sensorial e da socialização, além da manutenção da orientação temporal e espacial no contexto hospitalar.<sup>3,13,8</sup>

A falta de orientações quanto ao posicionamento no leito e o atraso no início da estimulação sensorial podem acarretar perdas significativas na evolução e na recuperação da lesão. O paciente precisa se sentir seguro e apoiado em suas necessidades para que se efetivem as intervenções da equipe multidisciplinar.<sup>8</sup>

Com base no exposto acima e, considerando a importância dos LRG e a inserção do terapeuta ocupacional neste local, o estudo objetivou caracterizar as orientações terapêuticas ocupacionais fornecidas aos pacientes e seus familiares, para que alcancem o máximo de independência e autonomia nas suas áreas de desempenho ocupacional.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, recorte do projeto de pesquisa intitulado “Ações Terapêuticas Ocupacionais desenvolvidas nos Leitos de Retaguarda”. O estudo foi realizado nos LRG de um hospital escola em Recife-PE, no período de Março a Abril de 2015.

Com relação a caracterização dos LRG, esta é uma unidade de referência para receber indivíduos na fase aguda do AVE de hospitais de urgência de Pernambuco. São disponibilizados cinquenta e um leitos, destes vinte e seis masculinos, vinte e cinco femininos e sete leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Os usuários são acompanhados até a alta hospitalar por uma equipe multiprofissional, trabalhando em regime diarista, formada por um assistente social, um fisioterapeuta, três enfermeiros plantonistas e diaristas, dois fonoaudiólogos, quatro médicos plantonistas e diaristas, um psicólogo e dois terapeutas ocupacionais.

A população do estudo foi formada por usuários do serviço, de ambos os sexos, que foram assistidos por terapeutas ocupacionais durante o período da coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de AVE e assistidos pelos terapeutas ocupacionais da unidade. Foram adotados como critérios de exclusão: indivíduos com quadro clínico instável e/ou não autorizados/encaminhados para tratamento terapêutico ocupacional pela equipe médica.

Foi realizada uma pesquisa documental nas fichas do Setor de Terapia Ocupacional dos LRG para identificação dos usuários assistidos pelos terapeutas ocupacionais com o levantamento dos dados relativos aos aspectos sociodemográficos (idade e sexo) e as orientações fornecidas por este profissional.

As orientações foram descritas a partir de um diário de campo dos profissionais, que sistematizava as orientações fornecidas aos pacientes e familiares/cuidadores participantes da pesquisa. Esses dados encontrados no diário de campo foram tabulados para análise em frequência simples para que fossem comparados aos dados sociodemográficos. O software utilizado para análise dos resultados foi o *Microsoft Office Excel 2007*.

O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, sob o número CAAE 41629715.6.0000.5201.

### 3 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a distribuição do número de atendimentos mensais, considerando o sexo e a idade dos pacientes dos LRG. Constatou-se que a quantidade de homens atendidos foi superior a de mulheres e que a idade que prevaleceu foi a faixa etária de 56 a 73 anos, tanto nos homens, quanto nas mulheres. A média de idade dos homens foi 68,6 anos e das mulheres 69,1 anos.

**Tabela 1:** Distribuição do número de atendimentos mensais, considerando o sexo e idade dos pacientes dos Leitos de Retaguarda de um hospital escola em Recife/PE, 2015.

	<b>Pacientes atendidos</b>				<b>TOTAL</b>	
	Março		Abril			
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	41	53,9	35	46,1	76	53,9
Feminino	34	52,3	31	47,7	65	46,09
<b>Idade</b>						
Masculino						
39   56	04	9,75	04	11,42	08	10,52
56   73	18	43,90	19	54,28	37	48,68
73   90	19	46,34	12	34,28	31	40,78
Feminino						
39   56	05	14,60	06	19,35	11	16,92
56   73	13	38,23	16	51,61	29	44,61
73   90	16	47,05	09	29,03	25	38,46

**Fonte:** Diário de campo dos profissionais dos Leitos de Retaguarda.

Os dados apresentados na tabela 2 mostram a distribuição do número de atendimentos mensais, considerando as orientações terapêuticas ocupacionais fornecidas aos pacientes. Observou-se no mês de março que a orientação mais fornecida foi a melhor inserção nas AVDs com 27,8%, seguida de posicionamento no leito (24,21%), transferência (14,34%) e estimulação sensorial (11,21%).

**Tabela 2:** Distribuição do número de atendimentos mensais, considerando as orientações terapêuticas ocupacionais fornecidas aos pacientes dos Leitos de Retaguarda de um hospital escola. Recife/PE, 2015.

Orientações terapêuticas Ocupacionais	Pacientes atendidos				TOTAL	
	Março		Abril		N	%
	N	%	N	%		
Melhor inserção nas AVDs	62	27,8	67	34,01	129	30,71
Posicionamento no Leito	54	24,21	37	18,78	91	21,66
Transferência	32	14,34	42	21,31	74	17,61
Estimulação sensorial	25	11,21	21	10,65	46	10,95
Cuidados durante o manuseio com o MS afetado	22	9,86	3	1,52	25	5,95
Mudança de decúbito	11	4,93	13	6,59	24	5,71
Uso dos recursos de tecnologia assistiva	9	4,03	3	1,52	12	2,85
Manutenção da orientação temporal/espacial	6	2,69	5	2,53	11	2,61
Outros: simetria durante as AVDs	0	0	3	1,52	3	0,71
Mobilização	0	0	3	1,52	3	0,71
Técnicas de	2	0,89	0	0	2	0,47

conservação de energia

**Fonte:** Diário de campo dos profissionais dos Leitos de Retaguarda.

As orientações como: cuidados durante o manuseio com o membro superior (MS) afetado, mudança de decúbito, uso dos recursos de tecnologia assistiva, manutenção da orientação temporal/espacial, simetria durante as AVDs, mobilização e técnicas de conservação de energia demonstraram números inferiores a 10%.

No mês de abril, dentre as orientações apresentadas, destacou-se a melhor inserção nas AVDs com 34,01%, seguido da transferência (21,31%), posicionamento no leito (18,78%) e estimulação sensorial (10,65%). Dentre as orientações abaixo de 10% foram encontradas cuidados durante o manuseio com o MS afetado, mudança de decúbito, uso dos recursos de tecnologia assistiva, manutenção da orientação temporal/espacial, simetria durante as AVDs, mobilização e técnicas de conservação de energia.

Do total das orientações, observa-se que foram mais expressivas as orientações relacionadas a: melhor inserção nas AVDs (30,71%), posicionamento no leito (21,66%), transferência (17,61%), estimulação sensorial (10,95%), cuidados durante o manuseio com o MS afetado (5,95%), mudança de decúbito (5,71%). Os que se encontraram abaixo de 3% foram: uso dos recursos de tecnologia assistiva, manutenção da orientação temporal/especial, simetria durante as AVDs, mobilização e técnicas de conservação de energia.

548

#### 4 DISCUSSÃO

No Brasil, foram registradas 160.621 internações por doenças cerebrovasculares, em 2009, segundo os dados de domínio público do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A taxa de mortalidade foi de 51,8 a cada grupo de 100.000 habitantes. O grupo acima de 80 anos representou quase 35% dos 99.174 óbitos.<sup>9</sup>

A incidência do AVE aumenta consideravelmente com a idade para ambos os gêneros e dobra a cada década de vida após os 55 anos. O número de homens é superior ao número de mulheres acometidas pelo AVE. Quando comparados, os homens apresentam taxa de

prevalência 19% maior do que as mulheres e com a idade acima dos 60 anos os números crescem.<sup>14</sup>

As informações citadas anteriormente corroboram com os achados deste trabalho. O que pode estar relacionado com o fato dos homens cuidarem menos da própria saúde, estando mais expostos aos fatores de risco para AVE quando comparados com as mulheres.<sup>15</sup>

A presença de sequelas, após o AVE, pode gerar dependência por parte dos pacientes para a realização das AVDs<sup>16</sup>. Durante a coleta de dados, observou-se que as orientações sobre melhor inserção nas AVDs destacaram-se, o que é justificável tendo em vista que o desempenho de atividades cotidianas é também considerável para a saúde e para a qualidade de vida. Além disso, o enfoque do terapeuta ocupacional nas AVDs com estes pacientes tende a torná-los mais independentes e autônomos.<sup>17</sup>

As orientações que abordaram o posicionamento adequado no leito e a importância da estimulação sensorial foram relevantes. Nas enfermarias onde as orientações foram fornecidas são utilizados, nestas intervenções, materiais como: rolos de posicionamento, roscas de posicionamento, travesseiros, bucha, hidratante, tapete antiderrapante e tapete proprioceptivo.

Sabe-se que a adequação do posicionamento do paciente no leito e a sua frequência vão aliviar a pressão, objetivando a alternância seriada dos pontos de apoio e diminuição da pressão persistente sobre áreas vulneráveis. A mudança de posição deve ser realizada gentilmente, com o auxílio de dispositivos como: almofadas, assentos auto ajustáveis, colchões com redistribuição de peso, todos vão ajudar a evitar as úlceras por pressão (UPP).<sup>18</sup>

As UPP aumentam o tempo de hospitalização dos pacientes, o tempo de imobilização, acarretam infecções e trazem altos custos. Medidas de prevenção podem ser adotadas, como: análise das condições clínicas do paciente e da lesão, observação da pele e conhecimento das mudanças fisiológicas e patológicas da derme, como também sua etiologia, não deixar o paciente com a pele úmida e avaliação do estado nutricional. Na instituição onde foram coletados os dados utilizam-se travesseiros e travessas, conta-se também com o auxílio da equipe de enfermagem e dos auxiliares de transporte para prevenir as UPP.<sup>19</sup>

Existe outro meio de se prevenir as UPP, que são as mudanças de decúbito. O terapeuta ocupacional pode orientar os cuidadores e/ou pacientes sobre a maneira adequada de realizar as mudanças de decúbito (lateral e dorsal).<sup>6,20</sup>

As transferências também foram orientadas aos envolvidos no processo de cuidado em grande proporção (17,61%). As mesmas estão inseridas na mobilidade funcional e contribuem

para a execução das atividades cotidianas. Podem ocorrer de várias formas como: de deitado para sentado, de sentado para em pé, transferir-se para cadeira de rodas, leito, carro, vaso sanitário, banheira/ chuveiro ou cadeira.<sup>21</sup>

As orientações sobre o cuidado durante o manuseio com o membro superior (MS) afetado (5,95%) são imprescindíveis. As orientações sobre o posicionamento dos membros superiores em relação as demais partes do corpo vão favorecer a recuperação das atividades funcionais, além de distribuir melhor o tônus. Pacientes no pós- AVE têm uma assimetria intensa o que favorece o ombro doloroso, por isso o cuidado ao manuseá-lo e a busca pela manutenção do alinhamento médio do corpo precisam ser encorajadas e reforçadas, para tal é preciso treinar o equilíbrio do paciente.<sup>22</sup>

A presença do ombro doloroso pode estar relacionada a vários fatores, tais como subluxação escápulo-umeral, capsulite do ombro, síndrome do impacto, síndrome complexa de dor regional, tendinite bicipital, neuropatia por tração do plexo braquial, espasticidade, mobilização do membro superior analisado paralisado em torno da amplitude de movimento (ADM), lesões de partes moles, dor central, distrofia simpático reflexa e síndrome dolorosa miofascial. Além de dor pode causar diminuição da funcionalidade em relação às AVDs, desde a mais simples como levar um copo à boca, até a mais complexa como abotoar uma camisa.

Desta forma, é importante distinguir e quantificar a dor e a limitação funcional do ombro, visando orientar melhor o paciente para que essa dor não comprometa o posicionamento confortável do indivíduo e o prejudique nas AVDs.<sup>23</sup> A utilização dos recursos de tecnologia assistiva também foi orientada, embora reduzida (2,85%).

Estes dispositivos ajudam as pessoas a desenvolverem técnicas compensatórias para realizarem as atividades que consideram importantes. São exemplos: engrossadores de cabo, talheres com angulação diferenciada, prancha de comunicação, touca envolvida com sabonete e atadura e órteses com tala gessada.<sup>24,25</sup>

A manutenção da orientação temporal/espacial deve ser enfatizada aos envolvidos no processo do cuidado para que seja facilitada a comunicação com o paciente/familiar/equipe e para melhora do seu desempenho nas atividades cotidianas.<sup>18,26</sup>

Em alguns casos, o paciente pode entrar em um quadro de delirium, caracterizado pela presença aguda e simultânea de perturbações da consciência, da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ciclo sono-

vigília, causado pela desorganização da atividade neural. Após múltiplos AVE pode-se desenvolver casos de quadros demenciais.<sup>27,7</sup>

O quadro do delirium pode se agravar em detrimento das comorbidades existentes nos indivíduos. No local de coleta da pesquisa existiam casos de comorbidades como: hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença cardíaca. O próprio ambiente hospitalar proporciona desorientação em virtude de ser um local fechado em que os pacientes tendem a não ter noção temporal. A orientação temporal dos pacientes era estimulada através de perguntas sobre data, mês, ano, dia da semana, além de serem abordadas as datas comemorativas.<sup>28</sup>

As técnicas de conservação de energia foram orientadas particularmente a uma paciente cardiopata. Tais técnicas diminuem o gasto energético durante as atividades, estas podem ser: técnicas de respiração, simplificação das atividades e programação, organização do tempo, solicitação de auxílio quando necessário, adoção de posturas adequadas durante as tarefas, adaptação do ambiente, uso de dispositivos de auxílio e eliminação de atividades desnecessárias.<sup>29</sup>

Os participantes deste estudo foram orientados verbalmente, com o repasse de informações faladas e demonstradas para que os pacientes e cuidadores pudessem absorver com maior êxito o que foi dito, mas estes também expressavam suas vivências, o que ajudou na efetivação do cuidado. Também ocorreram orientações escritas como forma de reforçar a comunicação verbal, por meio de cartilhas que foram entregues. Os terapeutas ocupacionais monitoravam as enfermarias para checar se as orientações estavam sendo absorvidas e seguidas de maneira correta.

**551**

## **5 CONCLUSÕES**

O AVE causa danos a vida ocupacional dos indivíduos. Os homens são os mais afetados, pois relutam bastante em procurar acompanhamento médico. As mulheres, em contrapartida, se cuidam mais.

Considerando este cenário, é importante que se realizem campanhas para o fortalecimento do cuidado de saúde do homem. As orientações realizadas envolveram as AVDs, posicionamento no leito, transferência, estimulação sensorial, cuidados durante o manuseio com o MS afetado, mudança de decúbito, uso dos recursos de tecnologia assistiva,

manutenção da orientação temporal/espacial, e outros como simetria durante as AVDs, mobilização e técnicas de conservação de energia.

A maior frequência de orientações nas AVDs é justificada, pois o terapeuta ocupacional tem como instrumento de trabalho as AVDs, sendo este apto para analisar e intervir no repertório dessas atividades. Este profissional deve avaliar quais são as prioridades em detrimento das necessidades do paciente para que sua contribuição venha colaborar de forma efetiva na busca da independência e autonomia.

Diante disso, as orientações terapêuticas ocupacionais visam contribuir no tratamento do paciente auxiliando o mesmo a lidar com as mudanças, evitando complicações para que este alcance independência e qualidade de vida. Através destas, o paciente com AVE pode retomar sua vida de forma ativa e satisfatória.

Por fim, é importante ressaltar a dificuldade de encontrar estudos que relatem e descrevam as intervenções do terapeuta ocupacional inserido neste contexto. Reforçando assim, a necessidade de outros estudos que se proponham a problematizar o tema.

552

## Referências

1. Brasil - Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2395 de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 out. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395\\_11\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html) Acesso em: 18/12/2017.
2. Cardoso AKS; Campos CAL; Araújo ES; Moritz FGF; Matos MML; Manso MM; Oliveira RS; Cury TC; Taka TA. **Leitos de Retaguarda: definições e perfil dos leitos na região metropolitana de São Paulo**. São Paulo. FUNDAP; 2013.
3. Brasil - Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Disponível em: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_132.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_132.pdf) Acesso em: 18/12/2017.
4. Carvalho AFCT; Scatolini HMN; Borges RAM. **Intervenção Terapêutica Ocupacional nas Disfunções Decorrentes de Acidente Vascular Encefálico**. In: Carvalho AFT, Scatolini

HMN. *Terapia Ocupacional na Complexidade do Sujeito*. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Rubio; 2013, p.33-44.

5. Garanhani MR; Alves JF; Fugisawa DS; Garanhani ML. **Adaptação da pessoa pós-Acidente Vascular Encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho**. *Acta Fisiatr*. 2010; v.17(4): p.164-8.

6. Nonino F; Kreulich E; Benedeti MR. **Orientações a cuidadores de pacientes hemiplégicos em fase aguda pós episódio de Acidente Vascular Encefálico (AVE)**. *Rev Saúde e Pesquisa*. 2008; 1(3):287-293.

7. Cecatto RB; Almeida CI. **O planejamento da reabilitação na fase aguda após o Acidente Vascular Encefálico**. *Acta Fisiatr*. 2010; 17(1):37-43.

8. Thinen NC; Moraes ACF. **Manual de orientação e execução de Atividades de Vida Diária para pacientes com Acidente Vascular Cerebral**. *Cad. de Ter.Ocup.UFSCar*. 2013; 21(1):131-9. DOI <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.017>

9. Almeida SRM. **Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil**. *Rev Neurocienc*. 2012; 20(4): 481-2. DOI 10.4181/RNC.2012.20.483ed.2p.

10. Albuquerque SH; Seabra AD; Otsu AE. **Atividades de Vida Diária com pacientes internados. In: Cruz DMC. Terapia Ocupacional na Reabilitação pós-Acidente Vascular Encefálico**. Ed. Santos. São Paulo; 2012, p. 229-243.

11. Shin CG; Toldrá RC. **Terapia Ocupacional e acidente vascular cerebral: revisão integrativa da literatura**. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2015; 23(4): 843-854. DOI <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0591>

12. Berguer S. Orientação do cliente. In: **Willard & Spackman. Terapia Ocupacional**. 11ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2011, p.424-432.

13. Okuma SM; de Paula AFM; do Carmo GP; Pandolfi MM. **Caracterização dos pacientes atendidos pela terapia ocupacional em uma unidade de terapia intensiva adulto**. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup*. 2017; 1(5):574-588.

14. Ribeiro KSQS; Neves RF; Brito GEG; Moraes JD; Lucena EMF; Medeiros JM; Mendes LM. **Perfil de usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma capital do Nordeste do Brasil**. *Rev. Bra. Cienc. Saúde*. 2012; 16(2):25-44. DOI:10.4034/RBCS.2012.16.s2.05.

15. Cruz DMC; Vasconcelos FEO; Caro CC; Silva NS; Lympius J. **Entre perdas e ganhos: os papéis ocupacionais de pessoas pós- Acidente Vascular Encefálico.** Rev FSA. 2014; 11(2):329-349. DOI <http://dx.doi.org/10.12819/2014.11.2.18>.
16. Rangel ESS; Belasco AGS; Diccini S. **Qualidade de vida de pacientes com Acidente Vascular Cerebral em reabilitação.** Acta paul. enferm. 2013; 26(2):205-212. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>
17. Cruz DMC. **Preditores de independência funcional nas atividades de vida diária pósAcidente Vascular Encefálico.** Cad. de Ter. Ocup. UFSCar. 2010;18(3):275-286.
18. Cazeiro APM; Peres PT. **A Terapia Ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2010; 18(2):149-167.
19. Luz SR; Lopacinski AC; Fraga R; Urban CA. **Úlceras de pressão.** Geriatria & Gerontologia. 2010; 4(1):36-43.
20. Gazzola JM; Bofi TC; Carvalho AC. **Orientação Domiciliária pós- Acidente Vascular Cerebral.** São Paulo. Ed. Santos; 2007, p.81-110.
21. Teixeira E. **Treino de atividades de vida diária.** In: Cruz DMC. Terapia Ocupacional na Reabilitação pós-Acidente Vascular Encefálico. São Paulo. Ed. Santos; 2012, p.175-191.
22. Cecatto RB. **Acidente Vascular Encefalico: Aspectos Clínicos.** In: Cruz DMC. Terapia Ocupacional na Reabilitação pós-Acidente Vascular Encefalico. São Paulo. Ed. Santos; 2012, p.3-18.
23. Martins LCA; Santana LA; Silva NB; Guerra APC; Vieira TC. **A incidência da dor no ombro em pacientes hemiplégicos pós Acidente Vascular Cerebral.** Rev. Movimenta. 2015; 8(2):102-114.
24. Buning ME. **Tecnologia assistencial e mobilidade na cadeira de rodas.** In: Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 11<sup>a</sup> ed. Rio de janeiro. Guanabara Koogan; 2011, p.861-879.
25. Cruz DMC; Meneses KVP. **Prescrição de adaptações.** In: Cruz DMC. Terapia Ocupacional na Reabilitação pós-Acidente Vascular Encefálico. São Paulo. Ed. Santos; 2012, p.103-131.

26. Ferro AO; Lins AES; Trindade Filho EM. **Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de acidente vascular encefálico: Importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2013; 21(3):521-527. DOI <http://dx.doi.org/10.4322%2Fcto.2013.054>.
27. Besse M. **Terapia ocupacional e Cuidados Paliativos.** In: Santos FS. (org.). Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo. Editora Atheneu; 2009, p.103114.
28. Almeida EO; Faleiros BE; Martins C; Lemos SMA; Teixeira AT. **Características clínicodemográficas dos acidentes vasculares encefálicos de pacientes atendidos no Hospital Público Regional de Betim, MG.** Rev. Med. Minas Gerais. 2011; 21(4):384-9.
29. Diniz LCL, Nascimento JN. **Técnicas de conservação de energia.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba; 2010.

---

**Contribuição das autoras:** **Juliana Cristina de Melo Santos** foi responsável pela redação do artigo. **Sarah Cristine Silva Macedo** foi responsável pela coleta de dados. **Mariana Lima da Silva Lousada** foi responsável pela coleta de dados, revisão de texto e coorientação. **Aneide Rocha de Marcos Rabelo** foi responsável pela orientação e revisão de texto.

555

**Agradecimentos:** Instituto de Medicina Integral Prof<sup>o</sup> Fernando Figueira (IMIP).

Submetido em: 18/12/2017

Aceito em: 22/05/2018

Publicado em: 31/07/2018