

## RELAÇÃO ENTRE AS INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL E A FUNCIONALIDADE DOS INDIVÍDUOS SOBREVIVENTES DE DOENÇAS CRÍTICAS

Relation between occupational therapy interventions and functioning of individuals who survived critical illnesses

Relación entre intervenciones de terapia ocupacional y la funcionalidad de individuos que sobreviven enfermedades críticas

Sara Marine Marques Benedito

<https://orcid.org/0000-0002-3654-6705>

Universidade Federal de Sergipe, Residência Multiprofissional em atenção hospitalar à saúde, Lagarto, Sergipe, Brasil

Felipe Douglas Silva Barbosa

<https://orcid.org/0000-0001-8583-903X>

Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Departamento de Saúde da família e Terapia Ocupacional, Salvador, Bahia, Brasil

**Resumo: Introdução:** Terapeutas ocupacionais compõem equipe multiprofissionais de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), ampliando os olhares para as necessidades do paciente, com intuito de minimizar as condições que interferem diretamente na funcionalidade desses indivíduos. **Objetivo:** Verificar a relação entre as intervenções dos terapeutas ocupacionais e a funcionalidade de indivíduos sobreviventes de doença crítica. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional de corte transversal a partir da coleta de dados secundários. A análise dos dados foi através de estatística descritiva (onde as variáveis categóricas foram expressas em frequência e as contínuas foram apresentadas através de média e desvio padrão) e regressão logística. **Resultados:** Os fatores relacionados a uma melhor funcionalidade foram as variáveis "AVD banho", "Estimulação de aspectos motores" e "Orientações gerais". A variável "ajuste de posicionamento" também esteve relacionada à funcionalidade, porém apresenta uma relação inversa (está relacionada a uma pior funcionalidade no momento de alta). **Conclusão:** Observou-se que mesmo com variáveis biológicas e clínicas dos sujeitos, as intervenções realizadas demonstraram uma relação com o desfecho de funcionalidade.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional. Procedimento de Terapia. Unidade de Terapia Intensiva.

**Abstract: Introduction:** Occupational therapists are included on the multidisciplinary team of Intensive Care Units (ICU), expanding the perspective of the patient's needs, with the aim of minimizing conditions that directly interfere with the functioning of these individuals. **Objective:** The aim of this study was to verify the relation between occupational therapists interventions and functioning of individuals who survived critical care. **Methods:** This is a cross-sectional observational study based on the collection of secondary data. Data analysis was performed using descriptive statistics and logistic regression, where categorical variables were expressed as relative and absolute frequency and continuous variables were presented as mean and standard deviation. **Results:** The factors related with better functionality were the variables "take a shower ADL", "Stimulation of motor aspects" and "General orientations". The variable "positioning adjustment" was also related with functionality, but has an inverse relationship (it is associated with worse functioning at the time of discharge). **Conclusion:** It was observed that even with the subjects' biological and clinical variables, the interventions carried out demonstrated a relation with the functionality outcome.

**Keywords:** Occupational Therapy. Therapeutics. Intensive Care Unit.

**Resumen: Introducción:** Los terapeutas ocupacionales integran el equipo multidisciplinario de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ampliando su perspectiva sobre las necesidades del paciente, con el objetivo de minimizar condiciones que interfieran directamente en la funcionalidad de estos individuos. **Objetivo:** verificar la relación entre las intervenciones de los terapeutas ocupacionales y la funcionalidad de los individuos que sobreviven a enfermedades críticas. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional transversal basado en la recogida de datos secundarios. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva (donde las variables categóricas se expresaron como frecuencia y las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar) y regresión logística. **Resultados:** Los factores relacionados a una mejor funcionalidad fueron las variables "AVD en baño", "Estimulación de aspectos motores" y "Orientaciones generales". La variable "ajuste de posicionamiento" también se asoció con la funcionalidad, pero tiene una relación inversa (se asocia con peor funcionalidad al momento del alta). **Conclusión:** Se observó que incluso con las variables biológicas y clínicas de los sujetos, las intervenciones realizadas demostraron relación con el resultado de funcionalidad.

**Palabras-clave:** Terapia Ocupacional. Terapéutica. Unidad de Cuidados Intensivos.

### Como citar:

Benedito, S.M.M.; Barbosa, F. D. S. (2024). Relação entre as intervenções da Terapia Ocupacional e a funcionalidade dos indivíduos sobreviventes de doenças críticas. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 8(4) 10.47222/2526-3544.rbto63871.

## **Introdução**

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida como um serviço de área crítica, destinada à pacientes que apresentam condições graves e/ou risco de morte e demandam uma assistência contínua, para que tenham possibilidade de recuperação (Brasil, 2010). Além da severidade das doenças e das sequelas que as mesmas podem desencadear, a internação em UTI pode favorecer a ocorrência de complicações neuromusculares, alterações do nível de consciência, lesões por pressão, infecções hospitalares, alterações funcionais após a alta, entre outros (Barbosa & Reis, 2017).

Essas sequelas vivenciadas por grande parte da população que sobrevive à doença crítica culminam na denominada Síndrome Pós-Terapia intensiva (SPTI) (Colbenson et al., 2019; Needham et al., 2012; Rawal et al., 2017). A SPTI compreende as sequelas nos domínios cognitivos, físicos e mentais desses indivíduos, com consequências que impactam as famílias desses sobreviventes (Colbenson et al., 2019; Needham et al., 2012; Rawal et al., 2017). Essas sequelas se apresentam como novas ou agravadas pelo tempo de internação e sobrevivência à doença crítica, com persistência de duração após a alta (Colbenson et al., 2019; Needham et al., 2012; Rawal et al., 2017) e podem contribuir para uma pior capacidade para realização das atividades no dia a dia, bem como a participação social.

Desse modo, é indispensável intervenção multidisciplinar precoce, para reduzir danos e complicações clínicas e funcionais. De acordo com a Resolução Nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 (Brasil, 2010), que dispõe acerca dos recursos assistenciais para funcionamento da UTI, o terapeuta ocupacional está previsto como profissional que compõe essa equipe multiprofissional. Nessa perspectiva, a Terapia Ocupacional atuará como parte da equipe, maximizando os recursos terapêuticos para as condições do paciente e proporcionando uma reabilitação precoce que minimizem condições que interfiram diretamente na funcionalidade desses indivíduos (Barbosa & Reis, 2017).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), compreende-se que a funcionalidade emerge da relação positiva do indivíduo, a sua capacidade para a realização de atividades bem como fatores contextuais que podem se comportar como facilitadores ou barreiras, ou seja, é multifacetada e complexa, influenciada por vários aspectos (OMS, 2008). Assim, a ação terapêutica ocupacional, junto a indivíduos hospitalizados e internados em UTIs, assegura um melhor enfrentamento do estado de internação, melhora dos níveis de funcionalidade e independência, remetendo ao cliente uma ressignificação da vida cotidiana e da participação social dos mesmos (Dinglas et al., 2013; Eifert et al., 2013). O terapeuta ocupacional busca restaurar e manter essa funcionalidade, preservar e aperfeiçoar, na medida do possível, sua independência e autonomia, através das atividades de vida diária, adaptações e equipamentos, educando o paciente e/ ou família e viabilizando as necessidades do paciente (Eifert et al., 2013).

Para tanto, alguns estudos afirmam que uma reabilitação precoce estruturada na UTI é associada com melhores condições pós-alta, resultando em indivíduos completamente independentes em suas Atividades de Vida Diária (AVD) (Eifert et al., 2013; Lippert-Grüner et al., 2002). Em revisão sistemática recente,

Bittencourt et al. (2021) buscaram demonstrar a atuação dos terapeutas ocupacionais na UTI, no entanto nenhum artigo brasileiro cumpriu os critérios de inclusão e exclusão para fazerem parte desse estudo (Bittencourt et al., 2021). Isso reflete a escassez de estudos que demonstrem as intervenções e seus impactos na funcionalidade de pacientes sobreviventes de doenças críticas em UTIs brasileiras. Desse modo, esse estudo teve como objetivo geral verificar a relação entre as intervenções do terapeuta ocupacional e funcionalidade de indivíduos sobreviventes de doenças críticas.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal a partir da coleta de dados secundários, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário de alta complexidade, localizado no centro sul do estado de Sergipe e conta com 10 leitos de UTI. Esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 40465620.3.0000.5546).

Foram incluídos todos os sujeitos que estiveram internados na UTI no período de maio de 2021 a maio de 2022, que cumprissem os critérios de inclusão e exclusão desse estudo. Para verificação do cumprimento desses critérios foram analisadas as informações contidas no prontuário e da avaliação do terapeuta ocupacional. Foram incluídos os indivíduos com idade igual ou maior que 18 anos, com independência funcional nas AVD (capaz de realizar de forma independente as 6 AVD analisadas pelo índice de Katz) prévia à internação e que foram atendidos pela Terapia Ocupacional. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam doenças neurodegenerativas ou que evoluíram para óbito durante a permanência na UTI. A amostra foi composta por conveniência, por todos os sujeitos que preencheram esses critérios.

A partir dos prontuários eletrônicos dos indivíduos incluídos foram obtidos dados sócio demográficos, clínicos e dados relacionados à atuação do terapeuta ocupacional da unidade, informados nas anamneses e evoluções. As informações coletadas foram: identificação (número do participante, número do prontuário); dados sócio demográficos (sexo, data de nascimento, idade, escolaridade); dados específicos da internação (admissão hospitalar, admissão na UTI, alta da UTI, dias de internação, número de atendimentos da Terapia Ocupacional); condições clínicas do paciente (diagnóstico(s), antecedente(s) e doenças crônicas) e escores das avaliações no momento da internação e alta da UTI (Índice de Katz e a escala RASS).

O Índice de Katz se baseia numa avaliação da independência ou dependência funcional dos participantes em 6 funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se. Desse modo, de acordo com uma versão modificada da escala original, é pontuado com 0 o indivíduo totalmente independente e 6 com dependência total nas 6 funções (Duarte et al., 2007).

Já a escala de agitação e sedação de Richmond (ou "RASS", do inglês "*Richmond Agitation-Sedation Scale*") é utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de um paciente que necessite de cuidados críticos ou esteja sob agitação psicomotora (Namigar et al., 2017). A sua pontuação vai de - 5 à 4, onde: - 5 o paciente não desperta, - 4 está sobre sedação intensa, - 3 sobre sedação moderada, - 2 sobre

sedação leve, -1 sonolento, 0 alerta e calmo, 1 inquieto, 2 agitado, 3 muito agitado e 4 combativo (Bastos, 2017).

Por fim, foram obtidos os dados das intervenções realizadas pelos terapeutas ocupacionais nos atendimentos, categorizados em 17 tipos de métodos e técnicas descritos no Quadro 1. Esses dados coletados foram utilizados para verificar a evolução da funcionalidade dos participantes, sendo as avaliações descritas utilizadas para análise direta da capacidade funcional e de fatores relacionados à capacidade funcional.

**Quadro 1:** Descrições das intervenções realizadas pelos terapeutas ocupacionais na UTI

| <b>INTERVENÇÕES</b>                   | <b>DESCRIÇÕES</b>   |
|---------------------------------------|---|
| AVD (Alimentação)                     | Treino, Facilitação, Supervisão e Orientação da AVD alimentação.  |
| AVD (Banho)                           | Treino, Facilitação, Supervisão e Orientação da AVD banho.  |
| AVD (Vestir)                          | Treino, Facilitação, Supervisão e Orientação da AVD vestir.   |
| AVD (Ir Ao Banheiro)                  | Treino, Facilitação, Supervisão e Orientação da AVD ir ao banheiro.   |
| AVD (Transferências- Locomoção)       | Treino, Facilitação, Supervisão e Orientação da AVD transferências.   |
| AVD (Continência)                     | Treino, Facilitação, Supervisão e Orientação da AVD continência.  |
| AVD (Outras)                          | Treino, Facilitação, Supervisão e Orientação de outras AVD.   |
| Estimulação de Aspectos Psicoafetivos | Facilitar reflexões e estratégias de enfrentamento das situações (angustias, necessidades, medos, desejos) percebidas pelo paciente que impactassem na realização de suas atividades. |
| Estimulação de Aspectos Sociais       | Facilitar a interação social entre pacientes, familiares e equipes, resolução de conflitos, entre outros que impactassem na realização de suas atividades.                            |
| Estimulação de Aspectos Cognitivos    | Estimulação de aspectos cognitivos como atenção, concentração, memória, funções executivas, entre outras que impactassem na realização de suas atividades.                            |
| Estimulação de Aspectos Sensoriais    | Estimulação sensorial, multissensorial e reeducação sensorial.  |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Estimulação de Aspectos Motores  | Estimulação de aspectos motores como força, coordenação motora global, fina, bimanual, visuoespacial, resistência, entre outros que impactassem na realização de suas atividades.                     |
| Ajuste de Posicionamento         | Ajustes de posicionamento no leito e Mudanças de decúbito.  |
| Orientação Espaço-temporal       | Orientação verbal, facilitação para compreensão da rotina da UTI, Uso do relógio e calendário, atividades que facilitassem a percepção de dia e noite, entre outras.                                  |
| Orientações Gerais               | Orientações gerais sobre estado de saúde, funcionamento da UTI e da unidade hospitalar, aspectos relacionados a facilitação da realização de AVD e outras atividades.                                 |
| Atendimento ao Cuidador/Familiar | Acolhimento e escuta do familiar sobre suas demandas e do paciente, reuniões familiares junto à equipe, facilitação da compreensão da rotina da UTI e do hospital, assistência ao luto, entre outras. |
| Escuta Empática/Acolhimento      | Escuta ativa e qualificada das percepções, desejos e necessidades do paciente.  |

AVD: Atividade de vida diária.

Fonte: Autores.

## Análise dos dados

Para a estatística descritiva, as variáveis categóricas foram expressas em frequência relativa e absoluta e as contínuas foram apresentadas através de média e desvio-padrão. Para verificar a relação entre a funcionalidade após a internação e as variáveis independentes foi utilizada a regressão logística. Todas as análises foram realizadas através do software SPSS, versão 20.0. As diferenças observadas durante a análise foram consideradas estatisticamente significativas quando  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

A amostra desse estudo foi composta por 123 participantes que cumpriram os critérios de inclusão. A estatística descritiva está disposta na tabela 1. A maior parte da amostra é do sexo masculino (57,7%), com média de idade de 62,65 anos. Só foi possível obter informações com relação ao grau de escolaridade de 74 do total de participantes, dos quais 55% apresentavam ensino fundamental (completo ou incompleto).

Com relação à admissão na UTI, houve uma média de 10,70 dias de internação no setor, sendo que a maioria dos participantes foi diagnosticada com causa clínica para internação (58,1%). Para as

comorbidades apresentadas, a maior parte dos participantes apresenta hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou alguma(s) da classe "outras comorbidades" que não foram especificadas. Já comorbidades como cardiopatias, tabagismo e etilismo aparecem em menor número.

No que diz respeito às avaliações de funcionalidade e nível de consciência, os participantes apresentaram as seguintes médias de escores: no Índice de Katz de 0,97 prévio ao internamento, 6,00 na admissão na UTI e 4,51 no momento da alta; na avaliação da RASS, o primeiro atendimento obteve uma média de -1,58 ( $\pm 2,155$ ), mostrando que a maioria apresentava algum grau de sedação ou sonolência. Já no momento da alta apresentava uma média de -0,17, demonstrando uma maior possibilidade dos pacientes se encontrarem mais alertas e calmos. Conforme mostra na tabela 1.

**Tabela 1:** Dados clínicos e sociodemográficos dos participantes que receberam atendimentos de Terapia Ocupacional durante internação na UTI.

| <b>Variável</b>                        | <b>N(%)</b> | <b>Média (<math>\pm</math>desvio padrão)</b> |
|--|-------------|--|
| <b>Sexo</b>                            |             |  |
| <i>Masculino</i>                       | 71 (57,7%)  |  |
| <i>Feminino</i>                        | 52 (42,3%)  |  |
| Idade                                  |             | 62,65 ( $\pm 18,977$ )                       |
| <b>Grau de escolaridade*</b>           |             |  |
| <i>Nenhum</i>                          | 24 (32,4%)  |  |
| <i>Ensino fundamental</i>              | 41 (55,4%)  |  |
| <i>Ensino médio</i>                    | 08 (10,8%)  |  |
| <i>Ensino Superior</i>                 | 01 (01,4%)  |  |
| <b>Diagnósticos*</b>                   |             |  |
| <i>Clínicos</i>                        | 68 (56,2%)  |  |
| <i>Cirúrgicos</i>                      | 53 (43,8%)  |  |
| Dias de internação na UTI              |             | 10,70 ( $\pm 40,870$ )                       |
| Índice de Katz prévio                  |             | 0,97 ( $\pm 2,017$ )                         |
| Índice de Katz na avaliação            |             | 6,00 ( $\pm 1,418$ )                         |
| Índice de Katz na alta                 |             | 4,51 ( $\pm 1,892$ )                         |
| RASS (primeiro atendimento)            |             | -1,58 ( $\pm 2,155$ )                        |
| RASS (último atendimento)              |             | -0,17 ( $\pm 0,759$ )                        |
| <b>Hipertensão Arterial Sistêmica*</b> |             |  |
| <i>Não possui</i>                      | 49 (41,9%)  |  |
| <i>Possui</i>                          | 68 (58,1%)  |  |
| <b>Diabetes Mellitus*</b>              |             |  |

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| <i>Não possui</i>                 | 74 (63,2%) |
| <i>Possui</i>                     | 43 (36,8%) |
| <b>Cardiopatias*</b>              |            |
| <i>Não possui</i>                 | 97 (82,9%) |
| <i>Possui</i>                     | 20 (17,1%) |
| <b>Tabagista ou ex-tabagista*</b> |            |
| <i>Não</i>                        | 85 (72,6%) |
| <i>Sim</i>                        | 32 (27,4%) |
| <b>Etilista ou ex-etilista*</b>   |            |
| <i>Não</i>                        | 99 (84,6%) |
| <i>Sim</i>                        | 18 (15,4%) |
| <b>Outra(s) comorbidade(s)*</b>   |            |
| <i>Não possui</i>                 | 39 (33,3%) |
| <i>Possui</i>                     | 78 (66,7%) |

RASS: Escala de agitação e sedação de Richmond; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

\*Não foram coletadas informações de todos os participantes para estas variáveis, devido à informações incompletas.

Fonte: Autores.

A tabela 2 apresenta dados relacionados às intervenções realizadas pelos terapeutas ocupacionais. Houve uma média de 10,40 atendimentos por participante, nos quais em sua maioria foi realizada estimulação de aspectos cognitivos, ajustes de posicionamento e orientação espaço-temporal. Com relação às AVD, foram realizadas com maior frequência intervenções voltadas para a alimentação e para transferências-locomução, com médias de 1,75 e 2,20 intervenções por participante. Já AVD como continência, ir ao banheiro, banho e outras (não especificadas), foram realizadas com menor frequência.

**Tabela 2:** Dados relacionados aos atendimentos de Terapia Ocupacional durante internação na UTI.

| <b>Variável</b>                               | <b>Média (<math>\pm</math>desvio padrão)</b> |
|---|--|
| Número de Atendimentos da Terapia Ocupacional | 10,40 ( $\pm$ 9,800)                         |
| AVD (Alimentação)                             | 1,75 ( $\pm$ 2,550)                          |
| AVD (Banho)                                   | 0,15 ( $\pm$ 0,401)                          |
| AVD (Vestir)                                  | 0,52 ( $\pm$ 1,042)                          |
| AVD (Ir Ao Banheiro)                          | 0,07 ( $\pm$ 0,281)                          |
| AVD (Transferências-Locomoção)                | 2,20 ( $\pm$ 2,558)                          |
| AVD (Continência)                             | 0,02 ( $\pm$ 0,128)                          |
| AVD (Outras)                                  | 0,25 ( $\pm$ 0,778)                          |
| Estimulação de Aspectos Psicoafetivos         | 2,64 ( $\pm$ 3,670)                          |
| Estimulação de Aspectos Sociais               | 2,35 ( $\pm$ 3,734)                          |
| Estimulação de Aspectos Cognitivos            | 7,15 ( $\pm$ 7,818)                          |
| Estimulação de Aspectos Sensoriais            | 2,10 ( $\pm$ 3,815)                          |

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| Estimulação de Aspectos Motores | 1,63 ( $\pm 2,933$ ) |
| Ajuste de Posicionamento        | 5,32 ( $\pm 6,147$ ) |
| Orientação Espaço-temporal      | 5,28 ( $\pm 6,752$ ) |
| Orientações Gerais              | 3,01 ( $\pm 3,414$ ) |
| Atendimento ao Cuidado/Familiar | 1,39 ( $\pm 2,014$ ) |
| Escuta Empática/Acolhimento     | 2,85 ( $\pm 3,407$ ) |

AVD: Atividade de vida diária.

Fonte: Autores.

Na tabela 3 foram demonstrados os fatores relacionados a melhor funcionalidade após a alta da UTI, sendo eles: "AVD banho", "Estimulação de aspectos motores" e "Orientações gerais". A variável "ajuste de posicionamento" também esteve relacionada à funcionalidade, porém apresenta uma relação inversa, ou seja, um maior número de intervenções relacionadas a essa variável está relacionada a uma pior funcionalidade no momento de alta.

**Tabela 3:** Resultado da regressão logística com relação aos fatores relacionados à funcionalidade após a internação na UTI.

| VARIÁVEIS                                    | B       | Erro Padrão | Intervalo de confiança (95%) |        | p            |
|--|---------|-------------|------------------------------|--------|--------------|
|  |         |             | Mínimo                       | Máximo |              |
| <b>(Constante)</b>                           | 0,528   | 1,113       | *                            | *      | 0,635        |
| <b>Número de Atendimentos da TO</b>          | 0,223   | 0,245       | 0,773                        | 2,020  | 0,364        |
| <b>AVD Alimentação</b>                       | 0,307   | 0,231       | 0,864                        | 2,137  | 0,184        |
| <b>AVD Banho</b>                             | 2,468   | 1,048       | 1,513                        | 92,092 | <b>0,019</b> |
| <b>AVD Vestir</b>                            | 0,178   | 0,508       | 0,441                        | 3,233  | 0,727        |
| <b>AVD Ir Ao Banheiro</b>                    | - 1,745 | 1,193       | 0,017                        | 1,812  | 0,144        |
| <b>AVD Transferência/Locomoção</b>           | 0,048   | 0,260       | 0,630                        | 1,747  | 0,854        |
| <b>AVD Continência</b>                       | 20,160  | 23161,356   | 0,000                        | *      | 0,999        |
| <b>AVD Outra</b>                             | 0,139   | 0,422       | 0,502                        | 2,628  | 0,742        |
| <b>Estimulação de Aspectos Psicoafetivos</b> | 0,203   | 0,159       | 0,896                        | 1,674  | 0,203        |
| <b>Estimulação de Aspectos Sociais</b>       | - 0,321 | 0,175       | 0,515                        | 1,022  | 0,066        |

|   |         |       |       |       |              |
|---|---------|-------|-------|-------|--------------|
| <b>Estimulação de Aspectos Cognitivos</b> | - 0,010 | 0,208 | 0,672 | 1,519 | 0,961        |
| <b>Estimulação de Aspectos Sensoriais</b> | - 0,428 | 0,280 | 0,377 | 1,127 | 0,126        |
| <b>Estimulação de Aspectos Motores</b>    | 0,716   | 0,286 | 1,167 | 3,588 | <b>0,012</b> |
| <b>Ajuste de Posicionamento</b>           | - 0,537 | 0,264 | 0,349 | 0,980 | <b>0,042</b> |
| <b>Orientação Espaço-temporal</b>         | - 0,119 | 0,166 | 0,642 | 1,229 | 0,473        |
| <b>Orientações Gerais</b>                 | 0,357   | 0,177 | 1,011 | 2,020 | <b>0,043</b> |
| <b>Atendimento Ao Familiar/Cuidador</b>   | - 0,631 | 0,345 | 0,271 | 1,046 | 0,067        |
| <b>Escuta Empática/Acolhimento</b>        | - 0,235 | 0,166 | 0,571 | 1,094 | 0,157        |
| <b>Idade</b>                              | - 0,025 | 0,016 | 0,945 | 1,007 | 0,122        |
| <b>Dias de Internação na UTI</b>          | 0,034   | 0,034 | 0,967 | 1,106 | 0,327        |

AVD: Atividade de vida diária; TO: Terapia Ocupacional; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.  
Fonte: Autores.

## Discussão

Esse estudo teve como objetivo principal verificar a relação entre as intervenções do terapeuta ocupacional e a funcionalidade de indivíduos que sobreviveram à internação na UTI. Diante do que foi analisado nessas intervenções, foi possível obter os fatores que estiveram relacionados à funcionalidade desses pacientes, como "AVD banho", "estimulação de aspectos motores", "ajuste de posicionamento" e "orientações gerais".

Em relação à avaliação do nível de independência dos participantes através do Índice de Katz, foi indicado que, geralmente, os pacientes apresentavam uma independência total prévia, mas totalmente dependente no momento de admissão na UTI, e na alta desse setor para outro setor ou para casa apresentavam um Katz de 5, ou seja, com independência apenas para uma função, e essa função, provavelmente, seria para alimentar-se. Ressalta-se que este padrão de recuperação é observado há bastante tempo e serviu como base de observações para o desenvolvimento do índice de Katz (Katz et al., 1963). Foram analisados 1001 participantes idosos, com variadas patologias, incluindo fratura de fêmur, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, entre outras. Nessas observações, a maioria dos idosos apresentavam a AVD alimentação como a última a necessitar de assistência dentre as 6 funções da avaliação, porém quando a dependência era apenas para uma função, esta correspondia ao banho (Katz et al., 1963).

Ademais, os pacientes comumente realizam o banho no leito nas UTIs em decorrência da gravidade do quadro clínico e dos obstáculos que existem no ambiente hospitalar, como os próprios dispositivos invasivos utilizados (Toledo et al., 2021). Com isso, esses fatores podem ser apresentados como barreiras para a realização dessa AVD de forma independente, bem como de intervenção terapêutica ocupacional voltada para esse aspecto. Toledo et al. (2021) ainda trazem que além de contribuir para o paciente, uma maior autonomia no banho colabora para uma redução da sobrecarga de trabalho dos profissionais de Enfermagem.

Nesse estudo foi apontado que as intervenções voltadas para a realização da AVD banho foi realizada com menor frequência. No entanto, observou-se que, quando realizado com pacientes que apresentavam uma melhor condição clínica e sem restrições de mobilização, estes apresentavam um melhor resultado na funcionalidade ao receber alta do setor. Nesse sentido, quando os indivíduos são expostos às intervenções da terapia ocupacional que facilitam a realização e o engajamento nas AVD, esses conseguem alcançar mais rapidamente uma evolução para a realização dessas AVD de forma independente e autônoma. Ademais, considerando a complexidade da AVD banho e a evolução da perda/ganho de capacidade para realização de AVD, conforme relatou Katz et al., (1963), reflete a progressão de complexidade na realização das AVD, ou seja, os indivíduos que apresentam condições para realização de intervenções voltadas para a AVD banho, também apresentam condições ou já realizaram intervenções voltadas para as outras AVD.

A estimulação de aspectos motores foi outra variável que esteve relacionada a uma melhor funcionalidade, corroborando com os resultados de outros estudos que relacionam a mobilização precoce com uma melhora significativa nas condições clínicas e funcionais dos indivíduos com doença crítica (Dinglas et al., 2013; Eifert et al., 2013). Sabe-se que um tempo prolongado de internação pode acarretar em uma série de problemas ao paciente em consequência da imobilidade, incluindo atrofia dos músculos e fraqueza muscular (Aquim et al., 2019). Dessa forma, a mobilização precoce tende a reduzir os efeitos ocasionados por essa imobilidade, além de promover melhora da função respiratória, do nível de consciência e do bem-estar psicológico, contribuindo ainda mais na recuperação do paciente e, conseqüentemente, influenciando no tempo da sua internação (Sarti et al., 2016).

Além disso, Sarti et al. (2016) relatam que quanto maior o tempo que o paciente passa no leito, maior a possibilidade da ocorrência de lesões por pressão e contraturas. Por isso, é importante que ajustes de posicionamento também sejam realizados, além das mudanças de decúbitos que já devem acontecer nos horários determinados (Sarti et al., 2016). Nesse estudo, a realização desses ajustes no posicionamento também esteve relacionada à funcionalidade, no entanto apresentando uma relação inversa, ou seja, quanto maior a frequência da realização de ajustes no posicionamento, pior a funcionalidade do participante.

Destaca-se o objetivo dessa intervenção não está centrado na melhora da funcionalidade, mas em promover a redução de complicações secundárias, como a dor e edemas (Silva et al., 2019), além das

citadas anteriormente por Sarti et al. (2016). Associada a outras com o mesmo objetivo, é principalmente utilizada em pacientes em uso de sedação, em estados comatosos ou em estados graves e prognósticos reservados. Sendo assim, compreende-se que os pacientes com pior funcionalidade necessitaram mais dessa intervenção, que é importante estratégia para a prevenção de agravos secundários para pacientes que permaneceram longos períodos sedados ou com rebaixamento de nível de consciência e não apresentaram condições para realização de atividades mais complexas e que facilitassem a recuperação da funcionalidade.

Por fim, das variáveis relacionadas a uma melhor funcionalidade, encontra-se as "orientações gerais". Estas são tidas como estratégias utilizadas pelo terapeuta ocupacional, direcionadas ao paciente e familiar/cuidador, afim de contribuir para uma melhor compreensão das condições de saúde e de funcionamento da UTI, as quais objetivam a promoção do bem-estar e facilitação dos cuidados necessários durante a realização das AVD (Santos et al., 2018).

As variáveis "estimulação cognitiva" e "orientação espaço-temporal", embora tenham sido realizadas com uma maior frequência, não apareceram como estatisticamente significativas. Mas, vale ressaltar, que é interessante realizar uma abordagem de cognição com orientação de tempo e espaço e outras funções cognitivas, pois, podem influenciar nos resultados de um quadro de delirium (Santos et al., 2018). Ou seja, a realização de estimulação cognitiva e orientação espaço-temporal podem contribuir no processo de cuidado, facilitando, inclusive, na comunicação do paciente com familiares, cuidadores e com a equipe. Salienta-se que, neste estudo, foi observado que os pacientes apresentaram scores na RASS próximo de 0, que indicaram pacientes alertas e calmos no momento da alta, o que pode ter permitido uma maior e melhor participação dos participantes em suas atividades de vida diária. Apesar dessa variável não ter sido relacionada ao melhor desfecho funcional, compreende-se que esta pode ter papel fundamental na capacidade para realizar suas atividades do dia a dia.

Enquanto limitações, salientamos que não foram incluídos dados relacionados à criticidade da doença dos participantes, que é relatado na literatura como importante fator para morbidade e mortalidade dos doentes críticos. Além disso, considerando que a coleta foi realizada a partir de dados secundários, dados não foram encontrados na sua totalidade. No entanto, ressalta-se que a inclusão dos dados de todos os participantes do período estabelecido revelam resultados robustos e importantes da prática da terapia ocupacional na UTI.

Nesse sentido, observa-se a necessária e efetiva atuação do terapeuta ocupacional em UTI, sendo este profissional devidamente capacitado para promover uma maior capacidade funcional de seus usuários, influenciando no curso de vida do paciente, bem como dos familiares, cuidadores e para a própria equipe considerando a redução do suporte necessário para realização de atividades básicas para sobrevivência. Considerando que esta pesquisa não se propõe metodologicamente a encontrar a relação causa-efeito da intervenção da Terapia Ocupacional na funcionalidade dos participantes, sugere-se que outros estudos sejam realizados por terapeutas ocupacionais nesse contexto, principalmente ensaios clínicos

randomizados, a fim de comprovar os efeitos das intervenções analisadas na funcionalidade dos participantes, bem como de outros desfechos importantes relacionados à SPTI.

## Conclusão

Considerando todos os aspectos relatados, observou-se que as intervenções relacionadas à “AVD banho”, “estimulação de aspectos motores” e “orientações gerais” apresentaram relação com a melhor funcionalidade dos pacientes após alta da UTI. Já a realização de “ajustes de posicionamento” apresentou relação com a pior funcionalidade após alta da UTI. Ademais, esse estudo faz importante contribuição com a categorização das principais intervenções realizadas pelos terapeutas ocupacionais com pacientes críticos, os quais podem resultar em melhores desfechos de funcionalidade e menos impactos da SPTI nos indivíduos que sobreviveram à doença crítica.

## Referências

- Aquim, E. E., Bernardo, W. M., Buzzini, R. F., de Azeredo, N. S. G., da Cunha, L. S., Damasceno, M. C. P., de Oliveira Deucher, R. A., Duarte, A. C. M., Librelato, J. T., Melo-Silva, C. A., Nemer, S. N., da Silva, S. D. F., & Verona, C. (2019). Brazilian guidelines for early mobilization in intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 434–443. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190084>
- Barbosa, F. D. S., & Reis, M. C. da S. (2017). O papel da Terapia Ocupacional nas Unidades de Terapia Intensiva – uma revisão de literatura. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro*, 1(2), 221–239. <https://doi.org/https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto4753>
- Bastos, A. S. (2017). *Sedação, Gravidade, Mortalidade, Delirium Subsindromático e Delirium em pacientes de Terapia Intensiva* [Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto]. <http://bdttd.famerp.br/handle/tede/383>
- Bittencourt, E. da S., Moreira, P. S., Paixão, G. M. da, & Cardoso, M. M. (2021). A atuação do terapeuta ocupacional em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão sistemática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, 1–21. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoar2118>
- Brasil. (2010). *Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)
- Colbenson, G. A., Johnson, A., & Wilson, M. E. (2019). Síndrome post-cuidados intensivos: impacto, prevención y manejo. *Respira*, 15(2), 98–101.
- Dinglas, V. D., Colantuoni, E., Ciesla, N., Mendez-Tellez, P. A., Shanholtz, C., & Needham, D. M. (2013). Occupational therapy for patients with acute lung injury: Factors associated with time to first intervention in the intensive care unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 355–362. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.007807>

Duarte, Y. A. de O., Andrade, C. L. de, & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 41(2), 317–325.

<https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000200021>

Eifert, B., Maurer-Karattup, P., & Schorl, M. (2013). Integration of intensive care treatment and neurorehabilitation in patients with disorders of consciousness: A program description and case report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(10), 1924–1933.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.03.030>

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Jama*, 185(12), 914–919. [https://doi.org/JAMA.1963;185\(12\):914-919](https://doi.org/JAMA.1963;185(12):914-919).

doi:10.1001/jama.1963.03060120024016

Lippert-Grüner, M., Wedekind, C., & Klug, N. (2002). Functional and psychosocial outcome one year after severe traumatic brain injury and early-onset rehabilitation therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(5), 211–214. <https://doi.org/10.1080/165019702760279198>

Namigar, T., Serap, K., Esra, A. T., Özgül, O., Can, Ö. A., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanil sedation. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference\*. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502–509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>

OMS. (2008). Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde: Atividades e Participação Factores Ambientais. In *Organização Mundial de Saúde* (1st ed.).

Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 90–92. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>

Santos, J. C. de M., Lousada, M. L. da S., Rabelo, A. R. de M., & Macedo, S. C. S. (2018). Orientações terapêuticas ocupacionais nos leitos de retaguarda. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 2(3), 542–554. <https://doi.org/https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto14496>

Sarti, T. C., Vecina, M. V. A., & Ferreira, P. S. N. (2016). Mobilização Precoce Em Pacientes Críticos. *J Health Sci Inst*, 34(1), 177–182.

Silva, T. B. da, Xavier, A. M. H., & Carmo, G. P. do. (2019). Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva: o uso de instrumentos de funcionalidade em pacientes críticos. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 3(4), 478–493. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto23420>

Toledo, L. V., Sampaio, N. V., Brinati, L. M., Domingos, C. S., Salgado, P. de O., & Ercole, F. F. (2021). Different Types of Bath in Critical Patients and Factors Associated With Bed Bathing. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210001>

**Contribuição das autoras:** S.M.M.B: responsável pela concepção, coleta de dados, redação e revisão do texto. F.D.S.B.: responsável pela concepção, redação, revisão do texto e aprovação da versão final.

**Recebido em:** 06/04/2024

**Aceito em:** 30/07/2024

**Publicado em:** 31/10/2024

**Editor(a):** Daniela Rodrigues