**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA TERAPIA OCUPACIONAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO\***

Profile of patients assisted by Occupational Therapy in Adult Intenvise Care Unit

El perfil de los pacientes tratados con la terapia ocupacional en Unidad de Cuidados Intensivos de adultos

**Resumo:** Muitos pacientes compartilham das más experiências vivenciadas durante a internação em UTI, as quais desorganizam o sujeito. Identificar as necessidades do sujeito pode contribuir na elaboração do plano de tratamento adequado às demandas do paciente. Dessa forma, ressalta-se a importância de identificar o perfil dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Realizou-se uma pesquisa transversal observacional em que foram avaliados 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 presença de fraqueza, dor, mobilidade reduzida, limitação no autocuidado, banho e higiene foram os mais presentes entre os participantes dos grupos conforme gênero, idade e dias de internação. 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. Os dados possibilitaram identificar o perfil dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional na UTI adulto, o que possibilita a orientar a prática.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional, Unidade de Terapia Intensiva, Adulto.

**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 internação 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 Leíste 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 conforme género, edad y días de internação. Déficit cognitivo y queja de memoria fueron los más elencados en el grupo de los ancianos. La internação en la UCI y el proceso de adoecimento pueden generar implicancias 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.

**Palabrasclave: Terapia Ocupacional, Unidade de Cuidados Intensivos, Adulto.**

**1 Introdução**

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.1 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.2-3

O adoecimento e a internação em UTI representam um distanciamento do sujeito com seu cotidiano4, 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 seus entes queridos e objetos pessoais, e na maioria das vezes, não é respeitada a privacidade e a singularidade do sujeito, o que leva a uma despersonificação e o não domínio sobre próprio corpo.5 Outros fatores estressantes que desorganizam o sujeito são: a lentidão do passar do tempo, 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.6

A inserção do Terapeuta Ocupacional no cuidado de pacientes críticos internados em UTI foi viabilizada a partir da resolução n°7 de 24 de fevereiro de 20107, onde 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 entres os fatos observados e informações colhidas, para então possibilitar que o sujeito produza novos significados às experiências.8

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.9

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 terapeuta busca elaborar um plano de tratamento específico e adequado àquele determinado paciente, articulando, na medida do possível, todos os dados coletados durante a avaliação.10

Com base no exposto acima, considera-se relevante identificar o perfil dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional para direcionar uma prática que atenda às necessidades particulares de cada indivíduo.

**2 Materiais e métodos**

**2.1 Amostra e local de estudo**

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 de 2016 a agosto de 2016, com uma amostra representativa de 37 indivíduos.

**2.2 Critérios de inclusão**

a) Pacientes internados na UTI durante o período de coleta de dados;

b) Pacientes capazes de se comunicar verbalmente;

c) Pacientes sem déficit cognitivo importante, a ponto de não compreender a proposta/não conseguir responder as questões da avaliação;

d) Gêneros feminino e masculino;

e) Sem restrição de idade.

f) Concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**2.2.1 Critérios de exclusão**

        a) Pacientes sob efeito de sedação ou em coma;

b) Pacientes traqueostomizados e impossibilitados de comunicação verbal.

**2.3 Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa respeitou os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/2012 e foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (informação suprimida para não identificação dos autores) No que diz respeito à assinatura do TCLE, nos casos de impossibilidade para assiná-lo, considerou-se a assinatura do responsável.

**2.4 Análise dos dados**

Para análise dos resultados foram aplicados:

1. Teste G de Cochran24 para estudar a concomitância das respostas dadas a cada domínio da avaliação.

2. Teste do quiquadrado ou teste exato de Fisher24 para estudar possíveis associações entre as variáveis estudadas.

Fixou-se o nível de significância em 0,05 ou 5%.

**3 Resultados**

A amostra foi representada por 37 pacientes, dos quais 19 (51,35%) eram homens. Em relação às idades, 59,46% eram idosos. A maioria dos participantes não trabalhavam, sendo representado por 64,86% e somente 35,14% trabalhavam tanto como autônomos quanto com vínculo empregatício registrado. Sobre o fator de receber ou não ajuda financeira de qualquer origem se encontrou uma prevalência de 67,57% que recebia algum tipo de auxílio financeiro. No que se refere à escolaridade dos participantes, observou-se um predomínio da baixa escolaridade, sendo que 62,16% não completaram o ensino fundamental.

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 – Porcentagens das respostas positivas para os itens dos domínios motor, cognitivo e de atividade de vida diária segundo gênero, idade e dias de internação. 2016.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Gênero | Gênero | Idade | Idade | Dias de internação | Dias de internação |
| Domínio | Item | Homem | Mulher | Até 59 anos | 60 ou mais | 0 a 6 dias | Mais de 7 dias |
| Motor | Edema | 31,6 | 55,5 | 26,7 | **54,5** | 57,1 | **25** |
| Motor | Fraqueza | **68,4** | **61,1** | **73,3** | **59,1** | **66,7** | **62,5** |
| Motor | Dor | **63,2** | **61,1** | **73,3** | **54,5** | **52,3** | **75** |
| Motor | Mobilidade reduzida | **100** | **100** | **100** | **100** | **100** | **100** |
| Motor | 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) |
| Cognitivo | Alteração de humor | 26,3 | 27,8 | 20 | 31,8 | 19 | 37,5 |
| Cognitivo | Déficit cognitivo | **47,4** | **38,9** | 20 | **59,1** | 33,3 | **56,2** |
| Cognitivo | Queixa de memória | **42,1** | **38,9** | 20 | **54,5** | 33,3 | **50** |
| Cognitivo | Delirium | 15,8 | 16,7 | 6,7 | 22,7 | 9,5 | 25 |
| Cognitivo | 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) |
| AVD | Limitação no autocuidado | **94,7** | **100** | **93,3** | **100** | **95,2** | **100** |
| AVD | Limitação na alimentação | 63,1 | 72,2 | 60 | 72,7 | 66,7 | 68,7 |
| AVD | Limitação no banho | **94,7** | **100** | **93,3** | **100** | **95,2** | **100** |
| AVD | Limitação na higiene | **94,7** | **94,4** | **93,3** | **95,4** | **95,2** | **93,7** |
| AVD | Limitação no arrumar-se no leito | 68,4 | 77,8 | 60 | 81,8 | 81 | 62,5 |
| AVD | 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) |

**4 Discussão**

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. Quanto ao grupo de idosos (54,5%) e ao que passou mais de 7 dias internado na UTI (25%) apresentaram edema.

Corcoran (1991)11 e Espinola (2000)12 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.13 Segundo estudo de [autores] pacientes que permanecem no leito por uma semana podem apresentar de 10 a 15% de perda de força muscular.14

Estudos de (autores) 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 a presença dos diversos equipamentos instalados nele e em seus arredores, o que representam barreiras para a mobilidade. Tal condição associada a fraqueza global, privação de interação social, alteração do sono e cultura de uma UTI que incentiva o repouso no leito favorece o declínio funcional, e consequentemente, dependência nas atividades de vida diária, mobilidade reduzida, dor, perda de massa muscular, entre outras complicações.15-16

No âmbito cognitivo, verificou-se que somente no grupo de idosos e no da internação por menos de 6 dias apareceram resultados com significância estatística. Os itens identificados com maior frequência no grupo dos idosos foram déficit cognitivo (59,1%) e queixa de memória (54,5%). Este dado considera-se relevante, visto que estudo17 aponta que a auto avaliação de memória negativa em idosos está relacionada com déficit cognitivo e óbito.

No presente estudo verificou-se que a maioria dos participantes foram idosos (59,46%), e com nível de escolaridade baixo, sendo que no grupo dos idosos, 59,1% demonstraram déficit cognitivo e 54,5% referiram queixa de memória, índices com relevância estatística.

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 e sedativos. 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.18

Idade avançada foi identificada no estudo de Barros et al.19 como fator de risco relevante para maior probabilidade de desenvolver síndrome do imobilismo e incapacidade funcional e cognitiva. Tendo em vista que o repouso no leito causa imobilidade, que consequentemente resulta em implicações no status funcional no indivíduo, é possível afirmar que seu desempenho nas atividades de vida diária enquanto permanece na UTI, estarão prejudicadas.

Destaca-se que 100% dos sujeitos de pesquisa dos grupos de mulheres, idosos e com mais de 7 dias de internação apresentaram limitação nas atividades de autocuidado, banho e higiene. Além disso, uma porcentagem acima de 90% dos sujeitos 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) obtiveram limitações nessas mesmas categorias.

**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.20

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.20

O paciente que sofre das complicações decorrentes da imobilidade no leito manifestará resistência baixa, fraqueza generalizada, intolerância na permanência da posição sentada. No estudo de Affleck et al.21, pacientes que foram submetidos a programas de terapia ocupacional acompanhado 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 podem minimizar os impactos que o isolamento social e privação sensorial podem ocasionar. Com vistas no objetivo de atingir máxima independência nas AVDs, melhorar mobilidade no leito e transferências e aumentar tolerância nas posições sentada e em pé favorecem a sensação de rotina e satisfação pessoal.21 Verificou-se no estudo de Pena-Corrêa et al.22 que pacientes internados na UTI que executaram o protocolo de mobilização precoce e progressiva tiveram um menor declínio funcional e melhora significativa nos quesitos de autocuidado e mobilidade.

Outra contribuição da Terapia Ocupacional é com relação as tecnologias assistivas, 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.20

No estudo de Álvarez et al.23, 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 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.23

Outros estudos mostram que a intervenção precoce de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas podem beneficiar o paciente no sentido de diminuir os dias de sedação, de ventilação mecânica e melhorar status funcional e neuropsiquiátrico.24-25

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.

**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.

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.

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). Observou-se que a presença de dor, edema, fraqueza, mobilidade reduzida, queixa de sensibilidade, alteração de humor, déficit cognitivo, queixa de memória, delirium e interação social prejudicada afetam negativamente a saúde do indivíduo.

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

**Referências bibliográficas**

1 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.

#### 2 Vargas AO, Ramos FRS. Autonomia na unidade de terapia intensiva: comecemos por cuidar de nós. Rev. bras. enferm. 2010; 63(6): 956-963. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600014.

3 Aguiar ASC, Mariano MR, Almeida LS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rebouças CBA. **Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia.** Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46(2): 428-435. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200022>.

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. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000200019.

6 Faquinello P, Dióz M. **A UTI na ótica de pacientes**. Rev. Min. Enf. 2007; 11(1): 41-47. DOI: S1415-27622007000100007.

7 Brasil. **Resolução n°7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. [Internet]. 2010 [citado em 31 ago 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\_24\_02\_2010.html

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. http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.018.

11 Corcoran PJ. **Use it or lose it – The hazards of Bed rest and inactivity**. The Western Journal of Medicine. 1991; 154(1): 536-538.

12 Espinola HG. **Inmovilidad en el adulto mayor**. Boletin de la Escuela de Medicina da PUC de Chile. 2000; 29(1-2): 68-70.

13 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.

14 Dittmer DK, Teasell R. **Complications of immobilization and bed rest - Part 1: Musculoskeletal and cardiovascular complications.** Canadian Family Physician. 1993; 39(1): 1428-37.

15 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. DOI: 10.4037/ajcc2009598.

16 Chambers MA, Moylan JS, Reid MB. **Physical inactivity and muscle weakness in the critically ill**. Crit Care Med. 2009; 37(10 Suppl): 337-46. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181b6e974.

17 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. DOI 10.4322/0104-4931.ctoAO470.

18 Hough CL, Curtis JR. **Long-term sequelae of critical illness: memories and healthrelated quality of life.** Critical Care. 2005; 9(1): 145-146. **DOI:**10.1186/cc3483.

19 Barros MAM, Figuêiredo 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. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.

20 Foreman J. **Occupational therapists’ roles in intensive care**. OT Now. 2005; 15-18.

21 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. DOI:10.5014/ajot.40.5.323.

22 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.

23 Álvarez E, Garrido M, González AF. 5, Guzmán E, Donoso T, Gallegos S, Vergara SR, 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.

24 Brahmbhatt N, Murugan R, Milbrandt EB. **Early mobilization improves functional outcomes in critically ill patients.** Critical Care. 2010; 14(321). **DOI:** 10.1186/cc9262.

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