

O PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA – UMA REVISÃO DE LITERATURA*

The role of occupational therapy in intensive care units – A literature review

El papel de la terapia ocupacional en unidades de cuidados intensivos - Una revisión de literatura

Felipe Douglas Silva Barbosa

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Maceió/AL

felipedouglas@live.com

Monique Carla da Silva Reis

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Maceió/AL.

moniecmal@hotmail.com

Resumo

Com o desenvolvimento da medicina, o número de pacientes críticos que sobrevivem vem aumentando substancialmente, embora isto venha resultando em algumas complicações que não eram comuns no passado. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), os pacientes são comumente submetidos à sedação, imobilidade e tempo de internação prolongados, os quais podem contribuir para muitas complicações, incluindo sequelas neuromusculares e cognitivas, reduzindo a capacidade funcional e a qualidade de vida. Esta revisão de literatura tem o objetivo de contribuir para elucidar o papel da Terapia Ocupacional (TO) nas UTIs, especialmente como parte da equipe multidisciplinar de reabilitação precoce, na qual tem sido requisitada. A pesquisa na literatura foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2015 utilizando as bases de dados SCOPUS, PubMed, Medline, Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), e OTseeker. Foram encontrados 8 artigos que compõem esta revisão. Neste levantamento, identificamos uma quantidade limitada de artigos que focam o papel da TO nas Unidades de Terapia Intensiva. Concluiu-se com este levantamento que o TO poderá incluir em seus objetivos terapêuticos, a estimulação dos aspectos motores, cognitivos, sensoriais, psicológicos e sociais do indivíduo internado na UTI, favorecendo redução no tempo de recuperação bem como das sequelas devido às patologias e/ou adquiridas durante a internação na UTI. Embora se tenha uma quantidade pequena de evidência, esses artigos foram capazes de mostrar algumas práticas da TO, que pode ser o primeiro passo para clarificar o papel dessa profissão nas UTIs adulto.

Abstract

With the medical development, the rates of critical illness survivors have been increasing substantially although it has been resulting on some complications that were not common on the past. In Intensive Care Units (ICUs), patients are commonly submitted to heavy sedation, prolonged immobility and prolonged internment which can contribute to many complications, including neuromuscular and cognitive impairments that decreases the functional capacity and quality of life. This literature review aims to clarify the role of occupational therapy (OT) in ICUs, especially as part of the early multidisciplinary rehabilitation team, in which it has been required. The literature search was done between January and February 2015 using the databases SCOPUS, PubMed, Medline, Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), and OTseeker. As a result, it was found 8 articles which are compounding this review. This literature review has found that there is a limited amount of articles which focus on the OT role in Intensive Care Units. It was concluded in this survey that OT can include on their therapeutic goals the motor, cognitive, sensorial, psychological and social stimulation of the ICU patient according to their needs, helping to decrease the internment and complications due to diseases and/or acquired during the ICU internment. Although there is a small amount of evidence, these articles were able to show some OT practices in this setting, which can be the first step to clarify the Occupational therapy role in this field.

Keywords: Occupational Therapy, Intensive Care Unit, Rehabilitation.

Resumen

Con el desarrollo de la medicina, el número de pacientes críticos que sobreviven se ha incrementado sustancialmente, aunque esto dará lugar a algunas complicaciones que no eran comunes en el pasado. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), los pacientes son sometidos comúnmente sedación, inmovilidad y la estancia hospitalaria prolongada que puede contribuir a muchas complicaciones, incluyendo secuelas neuromusculares y cognitivas, la reducción de la capacidad funcional y calidad de vida. Esta revisión de la literatura se pretende clarificar el papel de la Terapia Ocupacional (TO) en las UCI, especialmente como parte del equipo multidisciplinario de rehabilitación temprana, que se ha solicitado. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre enero y febrero del año 2015, con el uso de las bases de datos Scopus, PubMed, Medline, Lilacs (Ciencias de América Latina y el Caribe de la Salud), SciELO (Scientific Electronic Library Online), y OTseeker. Se han encontrado 8 artículos que componen esta revisión. Esta revisión de la literatura encontró que hay una cantidad limitada de artículos que se centran en el papel de la TO en Unidades de Cuidados Intensivos. Se concluyó que la TO puede incluir en sus objetivos terapéuticos la estimulación motora, cognitivas, sensorial, psicológica y social individuales en la UCI de acuerdo a sus necesidades, favoreciendo la reducción del tiempo de recuperación y las secuelas debido a la enfermedad y/o adquirida durante la estancia en la UCI. Aunque hubo una pequeña cantidad de pruebas, estos artículos fueron capaces de mostrar algunas actuaciones de la TO en este campo, que puede ser el primer paso para aclarar el papel de la TO en esta área.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Unidad de Cuidados Intensivos, Rehabilitación.

1 INTRODUÇÃO

Os avanços na área médica vêm influenciando positivamente no tratamento de pacientes críticos¹, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) que oferecem monitoramento e assistência 24 horas aos seus pacientes. De acordo com o Ministério da Saúde, as UTIs são definidas como serviços que oferecem tratamentos especializados contínuos para pacientes que apresentam condições graves e/ou risco de morte, contendo materiais específicos e tecnologias necessárias para os procedimentos de diagnóstico, monitorização dos parâmetros vitais e tratamento².

Assim, o suporte médico e tecnológico moderno vem possibilitando que pacientes diagnosticados com doenças graves sobrevivam, embora uma grande proporção destes tenha ficado com graves sequelas. Um exemplo disso é que tem se aceitado mais que a lesão cerebral pode significar a perda de função e não mais a morte, em primeira instância, sendo esta quase uma regra no passado³.

De acordo com Eifert et al.⁴, pacientes que sofreram graves lesões cerebrais geralmente vivenciam alterações nas funções autonômicas enquanto estão na UTI, causando alterações da pressão arterial, temperatura corpórea, alterações na homeostase e mobilidade gastrointestinal. De modo geral, as equipes médicas das UTIs focam no tratamento de disfunções cardiovasculares, respiratórias e renais para a manutenção da vida. Contudo, essas condutas também podem causar complicações a longo prazo.

Os pacientes internados em UTIs são comumente submetidos à sedação, à imobilidade prolongada, ao longo tempo de internamento e à ventilação mecânica. Uma pesquisa desenvolvida pelo *European Brain Injury Consortium* (Murray et al., 1999⁵ apud⁴, p. 1924) reportou que 78% dos pacientes com lesões cerebrais nas UTIs necessitavam de ventilação artificial. Devido a estes procedimentos, algumas complicações podem ser vivenciadas, incluindo déficits neuromusculares e cognitivos.⁶ De acordo com Eifert et al.⁴, o coma induzido para pacientes com lesões cerebrais contribui para a redução do nível de consciência.⁴ Além disso, pode ocorrer o delírio, estando relacionado ao longo período de uso de ventilação mecânica e sedação.⁷

Como pode ser visto, além da severidade das doenças e das sequelas, que estas podem causar, as UTIs podem contribuir consideravelmente para as complicações citadas, o que requer tratamento multidisciplinar precoce para minimizar essas condições. Nesse contexto, a Terapia Ocupacional atuará como parte da equipe, ampliando os olhares para as necessidades do paciente e oferecendo uma reabilitação precoce. Para tanto, alguns estudos afirmam que

uma reabilitação precoce estruturada é associada com melhores condições pós-alta de pacientes com graves lesões cerebrais, resultando em pacientes completamente independentes em suas Atividades de Vida Diária (AVD) (Lippert-Gruner et al., 2002⁸ apud⁴, p. 1925). Assim, de acordo com Zanni et al.⁹, a mobilização precoce teria um papel importante para a prevenção de complicações na UTI.

Diante disso, no contexto hospitalar, a Terapia Ocupacional busca promover a qualidade de vida do paciente durante o período de internação. Busca-se, portanto, para além da ampliação da capacidade funcional desses indivíduos, o desenvolvimento de programas de intervenção que possam abranger a complexidade dos aspectos referidos, procurando investir na ambientação, na humanização e no cotidiano da clientela internada no hospital e de suas interfaces com a família e equipe (Palm, 1997¹⁰ apud¹¹).

Bombarda e Lanza (2013)¹² destacam, em seu estudo que, mesmo com regulamentações que oferecem suporte ao terapeuta ocupacional para integrar a equipe multiprofissional das UTIs no Brasil, esta é ainda uma atuação pouco disseminada em relação a UTI adulto e com escassa produção científica. Segundo Galheigo¹³, a produção sobre a atuação da Terapia Ocupacional no hospital geral de adultos no Brasil ainda é limitada, o que justificaria a escassez de trabalhos na área de UTI adulto. Na revisão de literatura desta pesquisadora, não foram encontrados artigos que tivessem sido realizados em UTIs adulto até o ano de 2007.

Portanto, entender a atuação da Terapia Ocupacional nas UTIs adulto se mostra necessária para ampliação dos olhares para os pacientes críticos, buscando promover a qualidade de vida desses pacientes durante e após o internamento nessas unidades. Assim, este trabalho tem por objetivo, através de uma revisão de literatura, investigar e esclarecer o papel do terapeuta ocupacional atuando em contextos hospitalares nas UTIs adulto, buscando identificar a inserção desse profissional nesse contexto, as dificuldades encontradas, as formas de tratamento ofertadas e outras demandas identificadas pelos autores que sejam de relevância para prática da Terapia Ocupacional nas UTIs adulto.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização deste estudo, uma busca bibliográfica foi realizada nos períodos de janeiro e fevereiro de 2015 para encontrar artigos que tivessem como foco o papel do terapeuta ocupacional nestas unidades de tratamento. Para isso, foram utilizados como critérios de inclusão (1) artigos publicados nas línguas portuguesa e inglesa, (2) publicados

nos períodos entre janeiro de 2005 e janeiro de 2015, (3) O estudo foi incluído se contivesse alguma contribuição da Terapia Ocupacional em UTIs e (4) se tivesse sido realizado em UTIs de adultos. Foram excluídos os estudos que não se encaixavam nos critérios de inclusão e os trabalhos que não deixassem explícita a participação de terapeutas ocupacionais.

A pesquisa foi conduzida nas bases de dados Medline, Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), SCOPUS, PubMed e OTseeker. As palavras chaves utilizadas foram: Terapia Ocupacional, Terapia Intensiva, Unidade de Terapia Intensiva, UTI e os respectivos termos em inglês: Occupational Therapy, Intensive Care, Intensive Care Unit, ICU, Critical Care Unit and CCU.

A partir da combinação dos termos escolhidos, foram encontrados 312 artigos no primeiro levantamento de dados, porém a partir da leitura dos títulos, a maioria dos trabalhos não se encaixava no objetivo da pesquisa, pois não abarcavam a temática proposta. Os resumos desses artigos também foram avaliados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Após as avaliações, através dos critérios estabelecidos, um total de 22 estudos foi selecionado, porém 10 deles não puderam ser avaliados devido à impossibilidade de acesso à revista. Os 12 estudos restantes foram analisados de acordo com os critérios adotados, entretanto quatro destes não foram incluídos por não citarem a participação efetiva de terapeutas ocupacionais no estudo.

3 RESULTADOS

Nesta revisão de literatura, foram incluídos oito artigos. Três tópicos foram identificados como assuntos principais, em relação aos aspectos mais importantes que os terapeutas ocupacionais devem saber antes de atuar em uma UTI. Esses tópicos referem-se a: fatores que podem atrasar o início do tratamento terapêutico ocupacional nas UTIs, reabilitação precoce em paciente com doenças pulmonares agudas e/ou mecanicamente ventilados e neuroreabilitação precoce em UTIs. Abaixo, segue a Tabela 1 contendo o resumo dos trabalhos incluídos neste estudo.

3.1 Fatores que podem atrasar o início do tratamento terapêutico ocupacional nas UTIs

Dois estudos mencionaram, nos seus resultados, os fatores que podem atrasar o início do tratamento terapêutico ocupacional nas UTIs, entretanto, o estudo de Dinglas et al¹ foi

totalmente voltado para esta temática. O objetivo do autor foi analisar a associação de fatores que podem atrasar o início do tratamento terapêutico ocupacional em pacientes diagnosticados com quadros agudos de doenças pulmonares em 11 UTIs de três hospitais nos Estados Unidos, como um estudo prospectivo de coorte.

Tabela 1. O papel da Terapia Ocupacional em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura – Artigos revisados.

| Autores e localização dos estudos | N* | Método |
|--|-----------|------------------------------------|
| Dinglas Et al (2013), EUA | 514 | Estudo de coorte prospectivo |
| Eifert et al (2013), Alemanha | 1 | Estudo descritivo e Estudo de Caso |
| Needham et al (2010), EUA | 57 | Estudo antes e depois prospectivo |
| Olkowski et al (2013), EUA | 25 | Análise retrospectiva |
| Pohlman et al, (2010), EUA | 49 | Ensaio clínico randomizado |
| Schweikert et al (2009), EUA | 104 | Ensaio clínico randomizado cego |
| Von Wild (2005), Alemanha | 6783 | Estudo observacional prospectivo |
| Zanni et al (2010), EUA | 32 | Estudo observacional prospectivo |

* Número de sujeitos participantes da pesquisa.

Essa análise foi feita através do levantamento de dados de prontuários de intervenções terapêuticas ocupacionais, baseados nos procedimentos de cada hospital. Foram excluídos aqueles que continham exclusivamente a confecção de órteses, indicação de órtese pré-moldada e movimentação passiva, pois o objetivo deste trabalho foi realizar uma análise das intervenções completas e não apenas assistências pontuais.¹

No estudo de Dinglas et al¹, um total de 514 pacientes foi incluído, mas apenas 30% deles (154 pacientes) tinham recebido tratamento terapêutico ocupacional durante o período de internação na UTI. Os procedimentos mais comuns nas intervenções nesse estudo foram: exercícios em membros superiores, amplitude de movimento passivo, passivo-assistido e ativo, treino de AVD e mobilidade funcional.

O estudo¹ encontrou que muitos fatores podem atrasar o início do tratamento terapêutico ocupacional, incluindo a severidade da doença, ou seja, quanto mais grave a doença, mais atrasado foi o início do tratamento, além do processo de hemodiálise, o tipo de UTI e a sedação dos pacientes.

Na pesquisa realizada por Zanni et al.⁹ foi encontrado, em consonância com a literatura utilizada no trabalho, que existem barreiras importantes para a promoção de reabilitação precoce para pacientes mecanicamente ventilados, como a cultura de sedação e a reabilitação tardia ou a falta desta na UTI.

3.2 Reabilitação precoce em pacientes com doenças pulmonares agudas e/ou mecanicamente ventilados

Cinco dos oito artigos incluídos foram identificados por prover informações nos seus resultados sobre reabilitação precoce em pacientes com doenças pulmonares agudas e/ou mecanicamente ventilados.

A pesquisa feita por Zanni et al.⁹ foi um estudo observacional prospectivo com uma amostra de 32 pacientes elegíveis. Destes, 23 receberam encaminhamento médico para receber reabilitação da Terapia Ocupacional e Fisioterapia, mas apenas 19 receberam o tratamento. Este teve como objetivo descrever a frequência, efeitos fisiológicos, e segurança da rotina de reabilitação em pacientes mecanicamente ventilados, além de observar os efeitos a longo prazo nas mudanças de força muscular, amplitude de movimento e função motora durante a hospitalização.

Esses pacientes foram submetidos a um programa de reabilitação que consistia em atividades de aumento da força, treino de equilíbrio, alongamento e atividades funcionais como: transferência, vestir a roupa e utilizar o banheiro. Como resultado, obteve-se um aumento na força dos pacientes, mas a fraqueza muscular era comum quando os pacientes recebiam alta. De acordo com Zanni et al.⁹, a reabilitação precoce tem resultados significativos em pacientes mecanicamente ventilados enquanto estão na UTI porque estes geralmente não realizam atividades ou se movimentam.

Como o estudo estava implementando a reabilitação precoce na UTI, foram comparados os resultados com a literatura. Além das barreiras para a promoção de reabilitação precoce para pacientes mecanicamente ventilados, também foi encontrado que, sem uma reabilitação precoce, pacientes podem apresentar sequelas funcionais no período da alta hospitalar.⁹

Os estudos realizados por Needham et al⁶, Pohlman et al¹⁴ e Schweickert et al⁷ tiveram o mesmo objetivo: analisar se a interrupção diária da sedação combinada com Terapia Ocupacional e Fisioterapia poderiam ser efetivas para melhora funcional e neuropsiquiátrica de pacientes mecanicamente ventilados nas UTIs, entretanto, o tipo de metodologia desses autores foi diferente.

Needham et al.⁶ utilizou em sua pesquisa um Quality Improvement Project (Projeto de Melhoramento de Qualidade) que foi analisado comparando o número de consultas/tratamentos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia e o período de permanência na UTI com o mesmo período no ano anterior. Esse estudo foi um coorte prospectivo com uma amostra de 57 participantes.

Com isso, registrou-se um aumento no número de tratamentos terapêuticos ocupacionais na fase de execução do projeto em comparação com o ano anterior, que consistia em mobilidade funcional e treino de transferência funcional. Comparando também com o ano anterior, obteve-se uma redução na sedação dos pacientes, o que permitiu que os pacientes estivessem mais alertas, não delirantes e apresentassem menores níveis de dor.⁶

O estudo concluiu que, por meio da diminuição da sedação e com o aumento das consultas de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, melhoras significativas foram observadas na mobilidade funcional dos pacientes e houve redução do delírio na UTI, causando uma diminuição no tempo de internamento neste setor e no hospital.⁶

Schweickert et al.⁷ realizou um ensaio clínico randomizado cego, com uma amostra de 104 pacientes, divididos randomicamente em dois grupos. O grupo controle recebeu o tratamento convencional (N=55) e o grupo de intervenção foi submetido à mobilização precoce todos os dias durante o estudo (N=49).

Os pacientes não responsivos do grupo de intervenção eram submetidos à movimentação passiva todas as manhãs. Quando os pacientes interagem, o tratamento mais comum era o mesmo mencionado por Dinglas et al.¹ Além disso, os dois grupos foram avaliados por terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas “cegos” a cada 48 horas, ou seja, não sabiam a qual grupo pertenciam os pacientes, analisando a força, a capacidade para realizar as AVDs e andar. No final do tempo de intervenção do estudo, o Índice de Barthel foi aplicado.⁷

O grupo de intervenção obteve maior pontuação no Índice de Barthel, além de estarem mais independentes nas AVDs e hábeis a andar maiores distâncias que o grupo controle. Além disso, o grupo de intervenção teve 2,4 dias a mais respirando sem a ajuda de aparelhos. Não houve diferença no tempo de internação na UTI e no hospital nesse estudo. Depois da alta hospitalar, 43% dos participantes do grupo de intervenção voltaram para casa enquanto

apenas 24% do grupo controle fez o mesmo e, 25% dos participantes do grupo controle morreram após a alta hospitalar.⁷

No estudo realizado por Pholman et al¹⁴, os participantes receberam sessões de 14 minutos de terapia em média, onde foram submetidos a treino de equilíbrio, amplitude de movimento, treino de AVD e transferência e mobilidade funcional. Este ensaio clínico randomizado teve uma amostra de 49 participantes e encontrou que o tratamento terapêutico ocupacional e fisioterapêutico precoce são viáveis em pacientes com ventilação mecânica apesar da severidade das doenças e do uso de aparelhos de suporte de vida.

3.3 Neuroreabilitação precoce em UTIs

Os artigos de Eifert et al⁴, Olkowski et al¹⁵, Von Wild³ tiveram como tema a neuroreabilitação em UTIs e suas implicações para os pacientes.

Von Wild³ descreve, em seu artigo que, uma proporção pequena dos pacientes que entraram nas UTIs receberam neuroreabilitação, o que significa 4% de 6783 pacientes que foram hospitalizados depois de um traumatismo crânioencefálico. Deste percentual, 87% recebeu tratamento da Terapia Ocupacional que contribuiu para um total de 102 pacientes capazes de realizar os autocuidados quando receberam alta do hospital. Não foi descrito qual programa de reabilitação foi utilizado para atingir este resultado.

O estudo realizado por Olkowsky et al.¹⁵ teve seu foco na mobilização precoce para 25 pacientes diagnosticados com hemorragia por aneurisma subaracnóideia. O tratamento foi concentrado em posicionamento, educação, treinamento funcional e exercícios terapêuticos. O programa de treinamento pode ser visto no Quadro 1.

| Intervenção | Posição | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| | Supino | Sentado | Em pé | Andando |
| Posicionamento | Prevenção de úlcera por pressão Redução de edema Proteção articular redução da dor | Prevenção de úlcera por pressão Proteção articular Redução da dor | Proteção articular | Proteção articular |
| Educação | Posicionamento Segurança Treinamento da família | Posicionamento Segurança Treinamento da família | Posicionamento Segurança Treinamento da família | Posicionamento Segurança Treinamento da família |
| Treino de habilidades funcionais | Mobilidade no leito Transferências | Transferências Descarga de peso Equilíbrio AVDs Posturas | Descarga de peso Equilíbrio AVDs Posturas | Marcha Equilíbrio AVDs Posturas |
| Exercício terapêutico | ADMP ADMA Respiração | ADMP ADMA Respiração Alcance Descarga de peso | ADMA Respiração Alcance Descarga de peso | Respiração Resistência Equilíbrio |

Quadro 1: Intervenções do programa de mobilização precoce* - Versão traduzida¹

AVDs = Atividades de vida diária, ADMA = amplitude de movimento ativa, ADMP = amplitude de movimento passiva.

* Retirado de: Olkowski, B. F., Devine, M. A., Slotnick, L. E., Veznedaroglu, E., Liebman, K. M., Arcaro, M. L., & Binning, M. J. (2013). Safety and feasibility of an early mobilization program for patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Phys Ther*, 93(2), 208-215. doi: 10.2522/ptj.20110334.

O programa de mobilização precoce foi conduzido por terapeutas ocupacionais ou fisioterapeutas, em sessões diárias, com duração entre 30 e 60 minutos, dependendo das condições dos pacientes. Como resultado, 58,4% das sessões foram atividades fora da cama, o que contribuiu fortemente para que 60% desses recebessem alta. Concluiu-se que a mobilização precoce é segura e viável para pacientes com hemorragia por aneurisma subaracnóidea.¹⁵

A pesquisa realizada por Eifert et al.⁴ foi conduzida como uma descrição de um programa de neuroreabilitação e um estudo de caso para mostrar a eficácia desse programa em pacientes com alterações de consciência. O programa foi realizado focando na regulação de estímulos, redução de estresse, mobilização, estimulação focada, regulação de tônus, treino

¹ Versão original em anexos.

de comunicação, treino de AVD, redução de tônus e tratamento antidepressivo. Esse programa foi conduzido por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e neuropsicólogos, em que os profissionais realizavam os procedimentos do programa de reabilitação de acordo com sua competência.

Como resultado de 28 semanas de tratamento, o paciente do estudo de caso demonstrou melhora significativa nas condições médicas e no nível de consciência. Entretanto, mesmo com melhoras em suas habilidades funcionais, não foi o suficiente para continuar o tratamento nesse programa.⁴

4 Discussão

O objetivo deste trabalho foi buscar, na literatura, artigos científicos que apontassem as especificações da atuação da Terapia Ocupacional nas UTIs e como seu tratamento tem sido ofertado, proporcionando suporte e esclarecendo o papel destes profissionais neste “setting”.

Diante das origens dos artigos incluídos nesta revisão, notou-se que a Terapia Ocupacional vem sendo introduzida nas UTIs de países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos da América e Alemanha, países onde se originam as pesquisas. Não foram encontrados estudos realizados no Brasil, o que é decorrente do pouco engajamento dos profissionais na produção científica, às poucas e recentes resoluções respaldando a atuação do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar, além de não ser, ainda, uma prática de grande interesse dos profissionais brasileiros ou mesmo uma área enfatizada nos cursos de graduação. Entretanto, através da literatura internacional, é possível discutir, implementar e adaptar novas possibilidades de atuação nas UTIs brasileiras.

Diante deste cenário de prática, deve-se compreender as barreiras que os terapeutas ocupacionais podem encontrar para iniciar o seu tratamento, pois estes profissionais estariam preparados para lidar com as mesmas, facilitando a promoção do tratamento. De acordo com Dinglas et al¹, a severidade da doença, o tipo de UTI e a sedação são barreiras comuns que atrasam o início do tratamento terapêutico ocupacional, enquanto que, de acordo com Pholman et al¹⁴, o tratamento terapêutico ocupacional é seguro e praticável independente da severidade da doença.

Entretanto, para Santos¹⁶, as barreiras encontradas pelo terapeuta ocupacional se concentram, ainda, na inserção deste profissional na UTI, que ocorre em nível institucional, principalmente relacionado ao desconhecimento da atuação deste profissional pela gestão

hospitalar, e no nível da categoria profissional, apresenta uma lacuna no conhecimento relacionado à atuação na área, além de pouca ou nenhuma mobilização dos conselhos e órgãos fiscalizadores para o cumprimento das normas e resoluções estabelecidas.

No âmbito nacional, terapeutas ocupacionais tem o suporte de resoluções que reconhecem e garantem seus serviços em hospitais e UTIs. A Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013¹⁷ do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional – COFFITO reconhece os contextos hospitalares como áreas de atuação e especialização da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Adicionalmente, a Resolução nº 445 de 26 de abril de 2014¹⁸ do COFFITO altera outra resolução do COFFITO nº 418/2011 ajustando e estabelecendo novos parâmetros, ou seja, os requisitos adotados para a assistência do terapeuta ocupacional em várias áreas de atuação, incluindo a prática em contextos hospitalares de média e alta complexidade. Dentre essas especificações, os procedimentos terapêuticos ocupacionais em UTIs são detalhados. Por fim, a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010² da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde – dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de UTIs e dá outras providências, no qual é incluído que devem ser garantidos os serviços terapêuticos ocupacionais nos leitos de UTIs.

231

De acordo com a Resolução nº 445 de 26 de abril de 2014¹⁸, o terapeuta ocupacional deve utilizar a premissa que norteia outras áreas de atuação para basear sua prática na UTI, que inclui inicialmente, a coleta de dados do paciente e o estabelecimento do contrato terapêutico ocupacional. Em seguida, deve-se realizar avaliações dos componentes, áreas e contextos de desempenho ocupacional. Esta avaliação será a base para a formulação do plano terapêutico ocupacional, que terá como objetivo geral a melhora do desempenho ocupacional/funcional do paciente, buscando a prevenção de agravos e a promoção de saúde.¹⁸

Deste modo, o tratamento terapêutico ocupacional na UTI deve ser iniciado assim que possível, pois, de acordo com estudos já citados, este proporciona uma diminuição nos riscos de sequelas e acelera o processo de recuperação. Foi relatada nos estudos, a atuação de terapeutas ocupacionais nas UTIs neurológicas e pulmonares, entretanto, o terapeuta ocupacional pode atuar em outros tipos de UTI, como as UTIs gerais, coronariana, trauma e queimados.

De forma geral, o terapeuta ocupacional deve intervir buscando minimizar os efeitos da internação para os pacientes e seus familiares. Este irá atuar de acordo com as necessidades primárias do paciente, que podem ser de componentes motores, cognitivos, sensoriais,

psicológicos e sociais, buscando diminuir os efeitos secundários da internação, que são as complicações e/ou sequelas^{19,20}. Quando os pacientes estão sedados, estes devem ser mobilizados a fim de manter suas articulações em posição funcional, podendo ser realizado com o auxílio de órteses, buscando-se diminuir o risco de restrições musculares e articulares. Com pacientes não sedados, devem ser realizados atendimentos no leito, intervindo também sobre o impacto do internamento sobre o paciente¹⁹.

Nos estudos analisados, os procedimentos terapêuticos ocupacionais comumente relatados foram: ganho de amplitude do movimento passivo, passivo-assistido e ativo, exercícios para o membro superior, treino de AVD e mobilidade funcional.^{1,6,7,9,14,15} Entretanto, outros estudos afirmam que outras modalidades de tratamento também podem ser utilizadas pela Terapia Ocupacional além das já citadas.

De acordo com Carvalho²¹, o tratamento terapêutico ocupacional para pacientes neurológicos na UTI deve ser iniciado o mais breve possível, realizando orientações quanto ao posicionamento no leito e iniciando a estimulação sensorial, o que poderá garantir melhores resultados nas funções motoras e sensório-perceptivas. Para Radomski²², a estimulação dos componentes cognitivos para pacientes neurológicos, principalmente a orientação têmporo-espacial, atenção e memória, tem o objetivo de estimular a recuperação mais rápida destas habilidades, que poderá possibilitar a execução de atividades mais complexas, com o mínimo de supervisão possível, promovendo a independência do paciente.

Além disso, pode ser utilizada a estimulação sensorial para pacientes comatosos ou em estado vegetativo, que é realizada através da aplicação de estímulos estruturados específicos como táteis, visuais, auditivos, olfativos, propioceptivos e vestibulares, com o objetivo de estimular a ativação cerebral e, conseqüentemente, o retorno da consciência.^{11,22,23,24,25} No entanto, a eficácia da estimulação sensorial para este público é controversa em alguns estudos realizados (Lombardi et al, 2002²⁶; Watson, 2001²⁷ apud²³, p. 2).

A prescrição de tecnologia assistiva também é um procedimento que pode ser realizado nas UTIs. Esta deve ser feita mesmo que o paciente esteja com uma limitação funcional transitória ou permanente e irá depender das necessidades apresentadas pelo paciente durante a avaliação. As principais áreas de aplicação de tecnologias assistivas nas UTIs são as adaptações para AVDs, que auxiliam o paciente na realização das atividades de autocuidado, alimentação, banho, entre outras e os sistemas de comunicação alternativa, que permitem a realização da comunicação por pessoas inaptas a realizar comunicação verbal ou escrita.^{11,29}

Para a prescrição da comunicação suplementar e/ou alternativa, o terapeuta ocupacional deverá avaliar aspectos motores, cognitivos, emocionais e sociais para selecionar o material mais adequado para suas necessidades.²⁹ Essa prescrição se faz extremamente importante, pois os pacientes de UTI geralmente fazem uso de ventilação mecânica, ficando impossibilitados temporariamente de realizar a comunicação verbal. Este recurso facilita a expressão das vontades, opiniões e necessidades, proporcionando melhor capacidade comunicativa com os profissionais e familiares.³⁰

A utilização de técnicas de conservação de energia, proteção articular e gradação de atividades também podem fazer parte dos procedimentos terapêuticos ocupacionais na UTI, em que são oferecidas orientações aos pacientes sobre como as atividades devem ser realizadas, a fim de evitar a dor e fadiga, buscando-se o aumento da autonomia do paciente.
31,32

Outras técnicas também são utilizadas para diminuir e/ou prevenir a dor, como as técnicas de relaxamento, a prescrição de órteses e tecnologias assistivas, exercícios para a musculatura, ajuste postural e a utilização de recursos físicos, buscando respostas musculares a partir da luz, água, temperatura, eletricidade ou som. Outras abordagens também podem ser utilizadas, como a acupuntura, abordagem cognitivo-comportamental, biofeedback e a visualização criativa.³²

Devem ser oferecidos suporte emocional e informações aos familiares dos pacientes internados em UTIs e hospitais devido ao medo do óbito do familiar, o sentimento de perda de controle da situação e o desconhecimento sobre a patologia que este apresenta. O terapeuta ocupacional também deve estar habilitado para fazer o acolhimento e realizar a escuta destes familiares, pois este se tornará uma presença confortável para a família, que deverá ser empoderada a participar do tratamento. Isto poderá influenciar positivamente no prognóstico do paciente.^{24,29,33}

Além do foco nas patologias e sequelas resultantes da internação, o terapeuta ocupacional deve realizar intervenções ambientais na UTI, favorecendo um espaço humanizado, confortável e acolhedor. Este espaço deve minimizar o impacto das rupturas do cotidiano, que contribui para a vulnerabilidade social e afetiva do paciente, dificultando o processo de aceitação do adoecimento e internação.^{19,33}

Vale mencionar que uma reabilitação precoce pode levar ganhos econômicos, pois pode prevenir a longa permanência na UTI, que tem altos gastos para manter os pacientes, diminuir readmissões por complicações de longo termo, além de influenciar na redução do

número de pessoas que poderiam depender da assistência do governo devido às sequelas pós-alta. (Turner-Strokes, 2008³⁴; Sherburne, 1986³⁵; & Choi et al, 2008³⁶, apud⁴, p. 1925).

Por fim, os artigos analisados nesta revisão de literatura focaram na reabilitação e mobilização multidisciplinar precoce nas UTIs, que de acordo com Olkowsky et al¹⁵, melhora a capacidade funcional de membros superiores dos pacientes e reduz as complicações devido às condições severas das doenças. Sendo o terapeuta ocupacional, parte desta equipe, que tem como objetivo comum a recuperação rápida e otimizada do paciente, não foram encontradas pesquisas que tenham sido realizadas com atuações individuais destes, embora cada profissional atue de acordo com as especificidades de sua profissão.

Nos artigos internacionais incluídos nesta revisão, foi analisado que estes apresentam seu foco principalmente na mobilização precoce, ou seja, buscando a melhora dos aspectos motores e a prevenção de complicações causadas pela falta dessa na UTI. No entanto, a literatura complementar, que contou com livros e trabalhos brasileiros, permitiu a ampliação do foco de atuação da Terapia ocupacional nas UTIs para a reabilitação biopsicossocial do sujeito, o que também inclui a prática da mobilização precoce.

Esta revisão de literatura sugere que novas pesquisas sejam realizadas a fim de ampliar o quantitativo de evidências científicas da importância de maior inserção da Terapia Ocupacional nas UTIs adulto, principalmente ensaios clínicos controlados, para que também possam ser produzidas revisões sistemáticas com os resultados encontrados. Sugere-se que pesquisas sejam realizadas abordando a identificação do conhecimento dos terapeutas ocupacionais sobre a atuação da Terapia Ocupacional nas UTIs adulto, os desafios encontrados para a oferta de tratamento terapêutico ocupacional, as diferentes modalidades de tratamento utilizadas nos vários tipos de UTIs adulto e patologias encontradas, as abordagens realizadas com as famílias e/ou cuidadores, o manejo do paciente na terminalidade da vida, além de outras demandas não identificadas pelos autores, mas de relevância para a Terapia Ocupacional nestas unidades.

234

5 Conclusão

A partir desta revisão de literatura, foi possível identificar que há uma limitação nas pesquisas que abordam o papel da Terapia Ocupacional nas UTIs, quando realizada a comparação entre os aspectos da prática terapêutica ocupacional brasileira com o que é descrito na literatura internacional. Percebeu-se uma disparidade nos focos de atuação destes, sendo estas realizadas em realidades diferentes, porém com objetivos comuns.

Foi observado que o terapeuta ocupacional pode incluir em seus objetivos terapêuticos, a estimulação dos aspectos motores, cognitivos, sensoriais, psicológicos e sociais do indivíduo internado na UTI de acordo com suas necessidades, favorecendo redução no tempo de recuperação e a diminuição das sequelas devido às patologias e/ou adquiridas devido ao tratamento na UTI.

Essa revisão de literatura sugere que mais trabalhos de campo, com descrições detalhadas, sejam desenvolvidos para produzir evidência científica da viabilidade da Terapia Ocupacional nas UTIs, principalmente ensaios clínicos controlados, para que também possam ser produzidas revisões sistemáticas com os resultados encontrados.

Referências

1. Dinglas, VD; Colantuoni, E; Ciesla, N; Mendez-Tellez, PA; Shanholtz, C; Needham, DM. **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. 2013; 67(3): 355-362. doi: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.007807>.
2. Ministério da Saúde. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, fevereiro, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
Acesso em:
3. Von Wild, KRH; Bock, WJ; Gobiet, W; Lehmann, U; et al. **Neurorehabilitation following craniocerebral trauma.** European Journal of Trauma. 2005; 31(4): 344-358. doi: 10.1007/s00068-005-2059-z.
4. Eifert, B; Maurer-Karattup, P; Schorl, M. **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. 2013; 94(10): 1924-1933. doi: 10.1016/j.apmr.2013.03.030.
5. Murray, GD; Teasdale, TM; Braakman, R; et al. **The European Brain Injury Consortium survey of head injuries.** Acta Neurochir (Wien).1999; 141: 223–236.
6. Needham, DM; Korupolu, R; Zanni, J; et al. **Early Physical Medicine and Rehabilitation for Patients with Acute Respiratory Failure: A Quality**

- Improvement Project.** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2010; 91(4): 536-542. doi: 10.1016/j.apmr.2010.01.002.
7. Schweickert, WD; Pohlman, MC; Pohlman, AS; et al. **Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial.** The Lancet. 2010; 373(9678): 1874-1882. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60658-9.
8. Lippert-Grüner, M; Wedekind, C; Klug, N. **Functional and psychosocial outcome one year after severe traumatic brain injury and early-onset rehabilitation therapy.** J Rehabil Med. 2002; 34: 211–214.
9. Zanni, JM; Korupolu, R; Fan, E; Pradhan, P; et al. **Rehabilitation therapy and outcomes in acute respiratory failure: An observational pilot project.** Journal of Critical Care. 2010; 25(2): 254-262. doi: 10.1016/j.jcrc.2009.10.010.
10. Palm, RCM. **Construindo ações interdisciplinares num hospital geral.** Anais do congresso Brasileiro e IV simpósio Latino Americano de Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: 1997.
11. Pulaski, KH. **Disfunção neurológica no adulto.** In: Neistadt, M,E; Crepeau, E,B. Willard & Spackman's Occupational Therapy. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2002. 616-35.
12. Bombarda, TB; Lanza, AL. **Terapia Ocupacional na unidade de terapia intensiva adulto.** In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2013; Florianópolis. São Carlos: Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2013. p.108.
13. Galheigo, SM. **Domínios e temáticas no campo das práticas.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2007; 18(3): 113-121.
14. Pohlman, MC; Schweickert, WD; Pohlman, AS; et al. **Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation.** Critical Care Medicine. 2010; 38(11): 2089-2094. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f270c3.
15. Olkowski, BF; Devine, MA; Slotnick, LE; Veznedaroglu, E; Liebman, KM; Arcaro, ML; Binning, MJ. **Safety and feasibility of an early mobilization program for patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage.** Phys Ther. 2013; 93(2): 208-215. doi: 10.2522/ptj.20110334.
16. Santos, CAV. **desafios da atuação da Terapia Ocupacional junto ao paciente crítico – UTI.** In: Anais do I Congresso de Terapia Ocupacional em Contextos e Cuidados Paliativos, 2014, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Revista da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2014. p. 27-8.

17. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. **Resolução n° 429 de 08 de julho de 2013.** Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e da outras providências. Disponível em: <<http://coffito.gov.br/nsite/?s=429&cat=14>> Acesso em:
18. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. **Resolução n° 445 de 26 de abril de 2014.** Altera a Resolução-COFFITO n° 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. Disponível em: <<http://coffito.gov.br/nsite/?s=445&cat=14>> Acesso em:
19. De Carlo, MMRP; Bartalotti, CM; Palm, RCM. **Terapia Ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: Fundamentos para prática.** In: De Carlo, M, M, R, P; Luzo, M, C, M. Terapia Ocupacional Reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo. ROCA; 2004, p. 03-28.
20. Oliveira, PVG; Araújo, ES; Maciel, PMS; Nascimento, CRF; Lousada, MLS. **Terapia Ocupacional e unidade de terapia intensiva (UTI) adulto: resolução, caminhos e reflexão.** In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2013; Florianópolis. São Carlos: Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2013. p. 752.
21. Carvalho, LMG. **Terapia Ocupacional na reabilitação de pacientes neurológicos adultos.** In: De Carlo, M, M, R, P; Luzo, M, C, M. Terapia Ocupacional Reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo. ROCA; 2004. 201-32
22. Radomski, MV. Traumatismo Cranioencefálico. In Trombly, C,A; Radomski, M,V. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas.** Santos. Santos Editora; 2005. 855-884.
23. Hellweg, S. **Effectiveness of physiotherapy and occupational therapy after traumatic brain injury in the intensive care unit.** Crit Care Res Pract. 2012, 768456. doi: 10.1155/2012/768456.
24. Faria, I. **Disfunções neurológicas.** In Cavalcanti, A, Galvão, C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2007. 187-202.
25. Gutman, SA. **Trauma Cranioencefálico.** In Pedretti, L,W; Early, M,B. Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas. São Paulo. Roca, 2004. 704-38.

26. Lombardi, F; Taricco, M; De Tanti, A; Telaro, E; Liberati, A. **Sensory stimulation for brain injured individuals in coma or vegetative state.** Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002; 2;
27. Watson, M. **Do patients with traumatic brain injury benefit from physiotherapy? A review of the evidence.** Physical Therapy Reviews. 2001; 6: 233–49.
28. Sauron, F, N. **Lesão da medula espinhal.** In Cavalcanti, A, Galvão, C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2007. 204-15.
29. Luzo, MCM. **Recursos tecnológicos em Terapia Ocupacional – órteses e tecnologia assistiva.** In: De Carlo, M, M, R, P; Luzo, M, C, M. Terapia Ocupacional: Reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo. ROCA; 2004. 99-126.
30. Manzini, MG; Assis, CP; Martinez, CMS. **Contribuições da Terapia Ocupacional na área da comunicação suplementar e/ou alternativa: análise de periódicos da Terapia Ocupacional.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2013. São Carlos; 21(1): 9-73.
31. Bittencourt, RS; Pinto, LM, Loureiro, MB. **Prática do terapeuta ocupacional em uma unidade de terapia intensiva: relato de experiência.** In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2013; Florianópolis. São Carlos: Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2013. p.839.
32. De Carlo, MMRP; Elui, VMC; Packer, MP. **Terapia Ocupacional e atenção a pacientes com dor não-oncológicas.** In: De Carlo, M,M,R,P. Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo. ROCA; 2007. 167-90.
33. Nogueira, DL; Soares, VL. **Humaniza-sus: o Terapeuta Ocupacional como facilitador no acesso de familiares a pacientes de cuidados intensivos.** In: XIV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional – II Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional, 2014; João Pessoa. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2014. p. 448.
34. Turner-Stokes, L. **Evidence for the effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation following acquired brain injury: a synthesis of two systematic approaches.** J Rehabil Med. 2008; 40: 691–701;
35. Sherburne, E. **A rehabilitation protocol for the neuroscience intensive care unit.** J Neurosci Nurs. 1986; 18: 140–45;

36. Choi, JH; Jakob, M; Stapf, C; Marshall, RS; Hartmann, A; Mast, H. **Multimodal early rehabilitation and predictors of outcome in survivors of severe traumatic brain injury.** J Trauma. 2008; 65: 1028–1035.

*Este artigo refere-se a dados parciais do Trabalho de Conclusão de Curso, utilizado como requisito para obtenção do grau de bacharel em Terapia Ocupacional da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

Contribuição do autor e da autora:

O primeiro autor foi responsável pela organização das fontes e análises, concepção do texto e revisão crítica. A segunda autora foi responsável pela orientação, revisão crítica e aprovação final.

Submetido em: 28/10/2017

Aceito em: 02/01/2017

Publicado em: 30/04/2017