

Artigo Original

Caracterização da prática terapêutico-ocupacional frente às atividades de vida diária de pacientes com insuficiência respiratória em unidades de terapia intensiva adulto

Characterization of occupational therapeutic practice regarding daily living activities of patients with respiratory failure in adult intensive care units

Thais Gomes Cabral de Avelar^a , Huryel Tarcio de Oliveira^b , Janaína Santos Nascimento^c ,
Tatiana Barbieri Bombarda^a 

^aUniversidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

^bUniversidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, Brasil.

^cUniversidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Como citar: Avelar, T. G. C., Oliveira, H. T., Nascimento, J. S., & Bombarda, T. B. (2025). Caracterização da prática terapêutico-ocupacional frente às atividades de vida diária de pacientes com insuficiência respiratória em unidades de terapia intensiva adulto. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 33, e3969. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO406439691>

Resumo

Introdução: Os pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) podem apresentar diversos quadros clínicos, entre eles, o quadro de insuficiência respiratória (IR), definido como condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio e/ou da pressão arterial de gás carbônico dentro dos limites da normalidade. O terapeuta ocupacional em atuação na UTI está vinculado à equipe de reabilitação, tendo as atividades de vida diária (AVD) como um dos focos de intervenção. **Objetivo:** Caracterizar a prática terapêutico-ocupacional frente às AVD em pacientes com IR no contexto da UTI. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e de abordagem quantitativa. Participaram terapeutas ocupacionais atuantes no Brasil que realizam atendimentos em UTI com pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com IR. Os dados foram coletados por meio de um questionário virtual e a análise, realizada por estatística descritiva. **Resultados:** Na percepção dos participantes, as AVD mais impactadas no contexto da UTI correspondem ao banho, mobilidade funcional e higiene sanitária, enquanto as de maior foco de intervenção referem-se à alimentação, mobilidade funcional e higiene pessoal. Os principais fatores avaliados como restritores do desempenho das AVD nesse âmbito são alterações das funções cardiovasculares e sensoriais, presença de *delirium* e dinâmica do serviço. **Conclusão:** As características da prática terapêutico-ocupacional voltadas às AVD de pacientes com IR na UTI demarcam uma alta complexidade para

Recebido em Out. 17, 2024; 1ª Revisão em Out. 31, 2024; 2ª Revisão em Fev. 2, 2025; Aceito em Maio 25, 2025.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

atuação profissional, o que exige competências específicas do terapeuta ocupacional para provimento de uma atenção qualificada, segura e eficaz.

Palavras-chave: Atividades Diárias, Insuficiência Respiratória, Unidade de Terapia Intensiva de Adulto, Terapia Ocupacional.

Abstract

Introduction: Patients in Intensive Care Units (ICUs) may present various clinical conditions, including respiratory failure (RF), defined as a clinical condition in which the respiratory system is unable to maintain oxygen and/or carbon dioxide arterial pressure values within normal limits. The occupational therapist working in the ICU is part of the rehabilitation team, with activities of daily living (ADL) as one of the intervention focuses. **Objective:** To characterize occupational therapy practice regarding ADL in patients with RF in the ICU context. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive, and quantitative study. Participating occupational therapists work in Brazil and provide care in ICUs to people aged 18 or older with RF. Data were collected through a virtual questionnaire and analyzed using descriptive statistics. **Results:** According to the participants, the most impacted ADL in the ICU context are bathing, functional mobility, and toilet hygiene, while the ADL most targeted by interventions are feeding, functional mobility, and personal hygiene. The main factors identified as restricting ADL performance in this context are cardiovascular and sensory function alterations, presence of delirium, and service dynamics. **Conclusion:** The characteristics of occupational therapy practice focused on ADL of patients with RF in the ICU highlight the high complexity of this professional role, which demands specific competencies from the occupational therapist to provide qualified, safe, and effective care.

Keywords: Activities of Daily Living, Respiratory Insufficiency, Intensive Care Units, Occupational Therapy.

Introdução

A instabilidade clínica de um indivíduo, seja ela decorrente de patologias do sistema cardiovascular, respiratório, neurológico, renal, metabólico, ou de elevado risco de morte, torna necessária a assistência à saúde em espaços de alta complexidade, como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O desenvolvimento e os avanços dessas unidades, associados à utilização de alta tecnologia e outros dispositivos mais invasivos, propiciam o aumento da sobrevida de pacientes criticamente enfermos (Brasil, 2020; Santos et al., 2017).

A UTI é definida como um ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte avançado para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada (Brasil, 2020).

O ambiente da UTI é envolto por características sensoriais específicas, que distanciam o paciente do seu ambiente comum, além de ser um local voltado para a internação de pacientes mais graves, que precisam de intervenções e aparelhos específicos. A partir da apropriação da rotina da UTI, do entendimento do

funcionamento e da adequada leitura de seus equipamentos, o terapeuta ocupacional adquire segurança prática para o provimento de estratégias e aplicação de seus recursos técnicos em meio à instabilidade das condições clínicas nos quadros críticos (Coelho et al., 2020; Bombarda et al., 2016).

Os pacientes hospitalizados em UTI podem apresentar diversos quadros clínicos, entre eles, o quadro de insuficiência respiratória (IR), o qual é definido como a condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio (PaO_2) e/ou da pressão arterial de gás carbônico (PaCO_2) dentro dos limites da normalidade para determinada demanda metabólica (Lagina & Valley, 2024; Martinez & Andrade, 2020).

O indivíduo com quadro de IR pode apresentar diversos sintomas e sinais a depender da gravidade, como dispneia, aumento da frequência respiratória, diminuição da função cognitiva, incoordenação motora, apatia, fadiga, entre outros (Martinez & Andrade, 2020; Oliveira et al., 2019).

Além dos sintomas e sinais apresentados pela condição de saúde, o paciente crítico pode apresentar, decorrentes das condições de saúde ou de fatores externos, deficiências nas funções corporais (fraqueza muscular global, dor, queixas relacionadas à memória) e limitações em ocupações, tais como dificuldade nos desempenhos da alimentação, banho, higiene pessoal e sanitária, mobilidade reduzida, entre outros (Okuma et al., 2017; Bombarda et al., 2016).

É importante que pacientes com IR tenham acesso a uma equipe multidisciplinar, visando a otimização da saúde e do bem-estar do paciente (Alam, 2016). É garantido na UTI por meio da Resolução da Diretoria Colegiada nº 7/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que o paciente tenha assistência em diversas especialidades, como fonoaudiologia, nutrição, odontologia, terapia ocupacional, entre outras (Brasil, 2010).

Nesse contexto, o terapeuta ocupacional atua visando minimizar os impactos decorrentes da hospitalização, compreendendo o sujeito a partir de suas necessidades e de seu repertório de vida (Santos et al., 2018; Bombarda et al., 2016; Garcia, 2023; Coelho et al., 2020). Costigan et al. (2019), em uma revisão de escopo, encontraram uma forte ligação da prática do terapeuta ocupacional na UTI voltada para a intervenção de habilidades motoras, no entanto, descrevem que a prática do profissional pode incluir também ações relacionadas à participação nas atividades de vida diária (AVD), intervenções cognitivas, bem como aquelas relacionadas aos aspectos emocionais em seu escopo de prática.

Bittencourt et al. (2021), a partir de uma revisão sistemática, demonstraram que o terapeuta ocupacional em atuação na UTI está vinculado à equipe de reabilitação devido às intervenções de caráter interdisciplinar, sendo o treino de AVD e de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) uma das principais intervenções presentes no escopo das práticas da profissão.

Conforme a quarta edição do documento “Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo”, da American Occupational Therapy Association (AOTA), as AVD são aquelas atividades realizadas pelo indivíduo que visam cuidado com o próprio corpo e são realizadas rotineiramente, como, por exemplo, a alimentação, o banho, o ato de se vestir, o uso do banheiro, a mobilidade funcional, a higiene pessoal e a atividade sexual (Gomes et al., 2021), sendo prática privativa do terapeuta ocupacional a sua intervenção (Brasil, 2006).

Especificamente na atuação com pacientes com doenças respiratórias, o terapeuta ocupacional atua desde a avaliação até o planejamento da alta hospitalar, intervindo na AVD e na alta segura, empregando técnicas de conservação de energia, gerenciamento

de fadiga e planejamento da rotina, que visam a realização das atividades diárias com maior eficiência. O profissional ainda pode intervir por meio da escuta ativa, ensinando técnicas de gerenciamento de ansiedade para lidar com a fadiga e dispneia, pode usar também recursos e técnicas de comunicação alternativa e promover adaptações ambientais e orientações para o desempenho das ocupações enquanto estiverem em uso de dispositivo de suporte respiratório (Norfolk and Norwich University Hospitals, 2025.; Garcia, 2023; Bombarda et al., 2016; Colombini et al., 2017).

A AVD, apesar de ser apontada na literatura como objeto da intervenção do terapeuta ocupacional na UTI, ainda é uma lacuna a ser explorada, visto as ausências de apontamentos adensados acerca da operacionalização dessa abordagem junto aos pacientes críticos (Bittencourt et al., 2021). A AVD na UTI sofre impactos de diversas maneiras, seja pela condição de saúde do paciente, seja por motivos organizacionais da instituição. Em pacientes com IR, a execução das AVD ainda é mais cuidadosa, visto que esse pode estar sob o uso de algum dispositivo de auxílio respiratório, que pode se tornar uma barreira para seu desempenho de forma independente (Garcia, 2023).

Diante do tecnicismo necessário nessa abordagem e norteados pela seguinte questão de pesquisa “como têm sido realizadas as práticas dos terapeutas ocupacionais brasileiros destinadas à AVD no âmbito das UTIs adulto junto a pacientes com IR?”, este estudo objetivou caracterizar a prática terapêutico-ocupacional frente às atividades de vida diária de pacientes com insuficiência respiratória em UTI, bem como realizar o levantamento de quais os principais desafios da atuação da terapia ocupacional com pacientes com IR.

Método

Trata-se de uma pesquisa transversal, com delineamento descritivo e abordagem quantitativa. Como critérios de inclusão foram considerados terapeutas ocupacionais atuantes no Brasil que realizam atendimentos em UTI com pessoas com idade igual ou superior a 18 anos que tenham insuficiência respiratória. Foram excluídos desta pesquisa estagiários, terapeutas ocupacionais com experiência em UTI, mas que são inativos, e terapeutas ocupacionais brasileiros atuantes no exterior.

Como instrumento de coleta de dados, foi desenvolvido um questionário pelos pesquisadores, fundamentado nos conceitos e terminologias da quarta edição do documento já citado da American Occupational Therapy Association (AOTA). O questionário foi estruturado em quatro partes, a saber:

Parte I – questões fechadas destinadas a conhecer o perfil do profissional participante (idade, sexo, tempo de formação graduada, pós-graduações, tempo de atuação hospitalar e em UTIs) e questões destinadas à caracterização da unidade de terapia intensiva em que o terapeuta ocupacional atua (tipo de UTI, estado em que a UTI está localizada, número de leitos, carga horária profissional na UTI, composição da equipe multiprofissional, entre outros).

Parte II – questões fechadas voltadas à caracterização do perfil dos pacientes atendidos com insuficiência respiratória (aspectos de mobilidade, nível de alerta, características de dispositivos de suporte, nível de dependência), com uma outra questão, aberta, voltada às principais demandas terapêutico-ocupacionais com esse público.

Parte III – questões fechadas e abertas voltadas à caracterização das práticas das atividades de vida diária (AVD abordada, fatores que interferem no desempenho da

AVD, frequência de abordagens com esse foco, modos de avaliação, critérios de contra indicação desse desempenho, etc.).

Parte IV – questões fechadas e abertas destinadas a identificar os desafios vivenciados na prática.

O instrumento de pesquisa passou pela avaliação de três juízes, caracterizados como terapeutas ocupacionais com mais de dois anos de prática em UTI adulto, a fim de analisar a clareza, coerência, nível de língua, conteúdo e formato do instrumento, sendo obtidas sugestões voltadas à incorporação de questões e ajustes de alternativas. Após a devolutiva dos juízes, o instrumento foi ajustado e estruturado na ferramenta *Google Forms*. Foi realizado um pré-teste para aferir a funcionalidade do instrumento, o qual se mostrou adequado aos objetivos propostos.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2023, e o convite para que profissionais participassem da pesquisa foi divulgado por meio das redes sociais e grupos de mensagens instantâneas específicos de terapia ocupacional. Também foi enviado um e-mail à Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos (ATOHOsP), à Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) e suas regionais e também aos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional pedindo para que compartilhassem o convite entre os profissionais cadastrados.

Ao clicar no *link* divulgado, o possível participante tinha acesso ao teor do conteúdo do instrumento para uma tomada de decisão informada. Ao concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o participante tinha acesso às perguntas da pesquisa. Os dados provenientes das questões fechadas, os quais são o foco deste artigo, foram analisados por meio da estatística descritiva por meio do software *Statistical Package for The Social Sciences* – SPSS, versão 25, com características de “distribuição” por frequências relativas e absolutas, médias e desvio padrão.

Esta pesquisa seguiu os preceitos da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, conforme parecer nº 5.690.620.

Resultados

Perfil dos participantes

Participaram do presente estudo 24 terapeutas ocupacionais que trabalham em UTI adulto no Brasil, sendo, conforme característica da profissão, 87,5% dos participantes do sexo feminino. No que concerne à faixa etária dos participantes, observou-se que 45,8% deles têm idade entre 30 e 39 anos, seguidos por 33,3% de pessoas da faixa de idade correspondente de 20 a 29 anos (Tabela 1).

Em relação à formação dos participantes, identificou-se que mais da metade dos terapeutas ocupacionais (62,5%) têm seis ou mais anos de estudo. Além disso, verificou-se que 95,8% deles cursaram uma ou mais pós-graduações, sendo maior o número de atividades desenvolvidas em áreas afins, ou seja, pós-graduações não especificamente vinculadas à área hospitalar (Tabela 1). Constatou-se que apenas um participante informou ter título de especialista em Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

Tabela 1. Informações sociodemográficas, acadêmicas e profissionais.

Perfil sociodemográfico	Variável	N (24)	%
Sexo	Feminino	21	87,5
	Masculino	3	12,5
Faixa etária	20 a 29 anos	8	33,3
	30 a 39 anos	11	45,8
	40 a 49 anos	4	6,7
	50 anos ou mais	1	4,2
Perfil de formação	Variável	N (24)	%
Tempo de formação graduada	Até 1 ano	4	16,7
	1 a 5 anos	5	20,8
	6 a 10 anos	6	25
	11 anos ou mais	9	37,5
Pós-graduado	Sim	23	95,8
	Não	1	4,2
Tipo de pós-graduação	Aprimoramento na área hospitalar	4	16,7
	Aprimoramento em outras áreas	1	4,2
	Especialização na área hospitalar	4	16,7
	Especialização em outras áreas	16	66,7
	Residência na área hospitalar	9	37,5
	Residência em outras áreas	3	12,5
	Mestrado com pesquisa na área hospitalar	2	8,3
	Mestrado com pesquisa em outra área	3	12,5
	Doutorado com pesquisa na área hospitalar	0	0
	Doutorado com pesquisa em outra área	1	4,2
Perfil profissional	Variável	N(24)	%
Tempo de atuação em contextos hospitalares	Até 1 ano	4	16,7
	1 a 5 anos	13	54,2
	6 a 10 anos	6	25
	11 a 15 anos	1	4,2
Tempo de atuação em UTI	Até 1 ano	7	29,1
	1 a 5 anos	12	50
	6 a 10 anos	4	16,7
	11 a 15 anos	1	4,2
Outras UTIs de atuação para além da UTI adulto	UTI neonatal	5	20,8
	UTI pediátrica	6	25
	UTI especializada	6	25
	UTI pediátrica mista	0	0

Conforme detalhado na Tabela 1, em relação ao tempo de atuação em contextos hospitalares, a maioria dos participantes afirmaram ter entre 1 e 5 anos de experiência (54,2%), seguida por aqueles com 6 a 10 anos de experiência (25%). Já referente à experiência de atuação em UTI, constatou-se que 79,1% dos terapeutas ocupacionais têm até cinco anos de prática nesse cenário. Em complemento, verificou-se que, para além da UTI adulto, muitos dos participantes atuam em outras UTIs (neonatal, pediátrica e especializada).

Dados gerais do trabalho terapêutico-ocupacional na UTI adulto

Observou-se que os participantes atuam em UTIs adulto localizadas principalmente nas regiões sudeste (29,6%) e nordeste (29,6%). O dimensionamento de leitos das UTIs em que os terapeutas ocupacionais trabalham consiste principalmente em unidades com 11 a 20 leitos (58,3%), seguido de unidades que possuem até 10 leitos (25%).

A maior parte dos terapeutas ocupacionais (41,7%) referiram carga horária de trabalho na UTI adulto entre 21 e 30 horas semanais, seguido de 29,2% que exercem no máximo 5 horas por semana na unidade. É importante ressaltar que 8,3% dos participantes afirmaram trabalhar mais de 30 horas semanais nesse contexto – não temos informações complementares que nos permitam avaliar se essa carga acima de 30 horas em UTI adulto consiste em terapeutas ocupacionais residentes, se associa-se à somatória de mais de um vínculo empregatício ou mesmo se essa carga horária ocorre em um único equipamento, excedendo, nesse caso, diretrizes da profissão, fator a ser melhor explorado em estudos futuros.

Relativo ao turno de trabalho desses profissionais, 25% referiram trabalhar exclusivamente no turno matutino; 25% exclusivamente no turno vespertino; 4,2% relataram executar sua carga horária noturnamente e 45,8% dos terapeutas ocupacionais participantes afirmaram atuar em mais de um turno (matutino e vespertino) (Tabela 2).

Tabela 2. Dados da rotina de trabalho na UTI adulto.

Características da rotina de trabalho na UTI adulto	Variáveis	N (24)	%
Carga horária desempenhada	Até 5 horas semanais	7	29,2
	6 a 10 horas semanais	2	8,3
	11 a 20 horas semanais	3	12,5
	21 a 30 horas semanais	10	41,7
	Mais de 30 horas semanais	2	8,3
Turno de atuação	Manhã	6	25
	Tarde	6	25
	Manhã e tarde	11	45,8
	Noite	1	4,2
Quantitativo de leitos existentes na UTI adulto	Até 10 leitos	6	25
	11 a 20 leitos	14	58,3
	20 a 40 leitos	4	16,7

Tabela 2. Continuação...

Características da rotina de trabalho na UTI adulto	Variáveis	N (24)	%
Quantitativo de pacientes pelo qual o terapeuta ocupacional é responsável em um turno de trabalho de até 6 horas na UTI adulto	Até 6 pacientes	5	20,8
	7 a 10 pacientes	12	50
	Mais de 10 pacientes	2	8,3
	Demanda variável, sem número estipulado	5	20,8
Realização da jornada de trabalho exclusivamente na UTI adulto	Sim	6	25
	Não	18	75
Composição da equipe	Médico	24	100
	Enfermeiro	24	100
	Técnico em Enfermagem	24	100
	Fisioterapeuta	24	100
	Nutricionista	24	100
	Psicólogo	18	75
	Fonoaudiólogo	16	66,7
	Assistente social	16	66,7
	Terapeuta Ocupacional	1	4,2

Somente 25% dos terapeutas ocupacionais atendem exclusivamente na UTI adulto, visto que 75% dos participantes manifestaram atuar, para além da UTI, em outros setores do hospital, como enfermarias e ambulatórios.

Referente a indicadores de produtividade, avaliou-se uma média de 7,9 atendimentos diários realizados pelos terapeutas ocupacionais no âmbito da UTI adulto, variando de 4 a 12 atendimentos ao dia. Metade dos participantes estão na faixa de 7 a 10 atendimentos diários.

Quando questionados sobre cobertura assistencial na UTI adulto, 75% dos profissionais afirmaram não conseguir atender toda a demanda da unidade. De modo complementar, 16,7% relataram a atuação de outro terapeuta ocupacional atuante na UTI, contudo, mesmo de modo conjunto, afirmaram não suprir a demanda existente na unidade. Reduzido número de terapeutas ocupacionais (12,5%) informaram realização de atendimentos a todos os leitos, e 4,2% relatou cobertura total na unidade a partir da divisão dos atendimentos com outro terapeuta ocupacional.

Conforme detalhado na Tabela 2, todos os participantes indicaram composição mínima da equipe da UTI adulto envolvendo médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e nutricionista. Já ao que tange ao trabalho interprofissional, enfermeiros (100%), fisioterapeutas (100%), médicos (100%), técnicos de enfermagem (100%), psicólogos (75%) e fonoaudiólogos (66,7%) foram citados como os principais profissionais com quem são realizados um trabalho conjunto.

Ainda sobre a rotina de trabalho na UTI adulto, verificou-se que exatamente metade dos terapeutas ocupacionais (50%) expressaram participar dos “*rounds*” – como são

conhecidos os encontros entre diferentes profissionais clínicos para discutir casos de pacientes internados e estabelecer e alinhar as metas de cuidado –, já a não participação foi relatada por 12,5% deles e a explicitação de que essa ação não envolve a equipe multiprofissional foi feita por 37,5%.

As vias de acionamento para a terapia ocupacional ocorrem principalmente por interconsulta/parecer (62,5%). Outros modos de acionamento corresponderam à busca ativa (58,3%), desdobramentos das reuniões multiprofissionais (45,8%) e a partir de prescrição médica (16,7%).

Perfil dos pacientes com Insuficiência Respiratória atendidos na UTI adulto

Conforme já era esperado, o perfil dos pacientes com IR envolvem comprometimentos de habilidades motoras, sensoriais e processuais.

Especificamente sobre o nível de consciência dos pacientes com IR, percebeu-se uma distribuição semelhante entre estados que variam entre pacientes com alterações no nível de consciência (coma, estado vegetativo, estado de consciência mínima, sedado) (66,7%), pacientes acordados com indicação para treino de AVD (62,5%) e pacientes acordados, mas com contraindicação (respiratória, cardiovascular, neurológica e/ou clínicas) para o treino de AVD (58,3%).

Em relação à mobilidade dos pacientes com IR, verificou-se predominância de aspectos referentes à restrição ao leito (70,8%) e habilitação para sedestação à beira do leito (70,8%). O nível de desempenho de tais pacientes foi classificado pelos terapeutas ocupacionais principalmente como dependentes para AVD, mas com prognóstico favorável e potencial de reabilitação (70,8%), seguidos por pacientes dependentes para as AVD, com prognóstico clínico e funcional desfavoráveis (66,7%), e pacientes com dificuldades de se comunicar verbalmente, seja por um problema temporário ou permanente (66,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil dos pacientes com IR atendidos na UTI adulto.

Perfil dos pacientes com IR atendidos na UTI adulto	Variável	N (24)	%
Nível de consciência	Alterações no nível de consciência (coma vegetativo, estado de consciência mínimo, sedado, entre outros)	16	66,7
	Pacientes com despertar diário	14	58,3
	Pacientes acordados, mas com contraindicação clínica para o treino de AVD	14	58,3
	Pacientes acordados com indicação para treino de AVD	15	62,5
Mobilidade	Restrito ao leito	17	70,8
	Liberados para sedestar beira-leito	17	70,8
	Liberados para assumir a posição ortostática	12	50
	Liberados para se engajar em alguma atividade fora do leito	11	45,8

Tabela 3. Continuação...

Perfil dos pacientes com IR atendidos na UTI adulto	Variável	N (24)	%
Nível de desempenho	Dependentes para AVD, mas com prognóstico favorável e potencial de reabilitação	17	70,8
	Dependentes para AVD, com prognóstico clínico e funcional desfavoráveis	16	66,7
	Sem limitações nas AVD com exceção do banho e eliminações vesicointestinais	10	41,7
	Dificuldade no gerenciamento da comunicação	16	66,7
Dispositivos em uso	Traqueostomia em ventilação mecânica	18	75
	Oxigenoterapia em cateter nasal	17	70,8
	Intubação orotraqueal em ventilação mecânica	16	66,7
	Sonda nasointestinal ou nasogástrica	16	66,7
	Acesso venoso central	16	66,7
	Sonda vesical de demora	15	62,5
	Acesso venoso periférico	15	62,5
	Ventilação não invasiva	14	58,3
	Oxigenoterapia em máscara não reinalante	13	54,2
	Bomba de Infusão	13	54,2
	Cateter de hemodiálise	13	54,2
	Dreno	11	45,8
	Pressão arterial Invasiva	9	37,5
	ECMO	1	4,2
	Derivação ventricular externa	1	4,2

Considerando que o uso de dispositivos potencialmente se configura como um limitador do desempenho ocupacional, constatou-se uma média de 7,8 dispositivos por paciente (DP=5,1), sendo os mais frequentes traqueostomia em ventilação mecânica (75%), cateter nasal para oxigenoterapia (70,8%), intubação orotraqueal em ventilação mecânica (66,7%), sonda nasointestinal/nasogástrica (66,7%), e dispositivo de acesso venoso central (66,7%).

Abordagem da AVD no contexto da UTI adulto

Avaliou-se, pela ótica dos participantes, que as AVD que sofrem maior impacto no contexto da UTI adulto são as atividades de banho (70,8%), mobilidade funcional (50%) e higiene sanitária (45,8%).

Ainda sobre a percepção desses profissionais, os fatores que mais restringem o desempenho ocupacional das AVD dos pacientes com IR são: alterações em funções cardiovasculares (62,5%), alterações em funções sensoriais (45,8%), *delirium* (41,7%) e dinâmica do serviço (41,7%) (Figura 1).

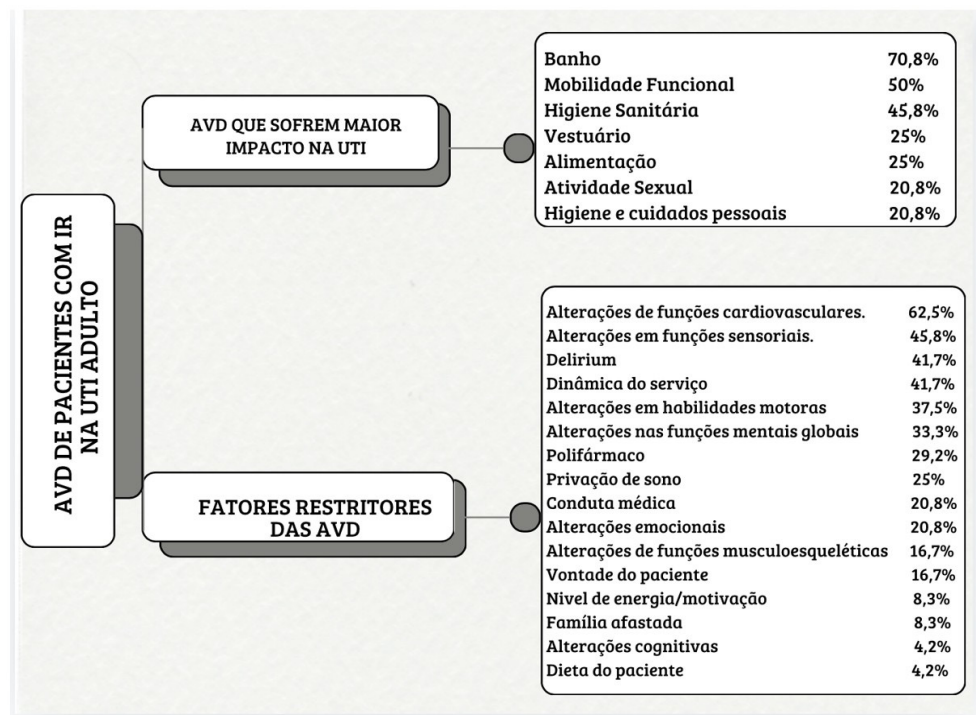


Figura 1. Percepções sobre as AVD de pacientes com IR na UTI.

Os terapeutas ocupacionais expressaram que abordam principalmente as AVD de alimentação (66,7%), higiene pessoal (58,3%) e mobilidade funcional (50%) na rotina da UTI adulto.

A avaliação das AVD é realizada principalmente pela associação de instrumentos validados e protocolo avaliativo do setor (50%). Avaliação exclusivamente pautada em instrumento validado foi apontada por 25%; avaliação embasada em protocolo criado pelo serviço/profissional, por 20,8%; e avaliações realizadas por meio de observação foi referido por 4,2% dos terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa. Identificou-se, como parte dos instrumentos utilizados no processo de avaliação terapêutico ocupacional dos pacientes com IR no âmbito da UTI adulto, a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), Medida de Independência Funcional (MIF), Índice de Katz, Índice de Barthel e Palliative Performance Scale (PSS).

A rotina prática dos terapeutas ocupacionais com foco nas AVD envolvem múltiplas ações, sendo referidas pelos participantes as seguintes:

1. leitura de prontuário (75%);
2. discussão de caso com a equipe médica (58,3%);
3. discussão de caso com a equipe multiprofissional (79,2%);

- 4. avaliação de habilidades motoras (70,8%);
- 5. avaliação de habilidades cognitivas (75%);
- 6. avaliação sensorial (62,5%);
- 7. análise do desempenho ocupacional (62,5%);
- 8. aplicação de instrumentos padronizados (58,3%);
- 9. monitorização de sinais vitais (66,7%);
- 10. intervenções frente às AVD no leito (79,2%);
- 11. intervenções frente às AVD fora do leito (50%);
- 12. registro em prontuário (79,2%);
- 13. higienização dos materiais utilizados (79,2%).

A maior parte dos terapeutas ocupacionais (41,7%) afirmam intervir três vezes na semana às AVD junto aos pacientes com IR na UTI adulto, seguido por 20,8% que realizam essa abordagem quatro vezes semanais e 20,8%, cinco vezes na semana.

As principais ações direcionadas à abordagem das AVD realizadas por esses profissionais junto a pacientes com IR no âmbito da UTI adulto referem-se a orientações de técnicas de conservação de energia para melhorar o desempenho nas AVD (79,2%), otimização do posicionamento funcional para a realização das AVD (79,2%), definição do nível de independência nas AVD (70,8%) e monitoramento e supervisão do desempenho nas AVD, inclusive de pacientes considerados independentes (70,8%) (Figura 2).



Figura 2. Principais ações frente às AVD realizadas pelo terapeuta ocupacional junto a pacientes com IR no contexto da UTI adulto.

Os desafios visualizados pelos terapeutas ocupacionais no contexto da assistência em UTI adulto compreenderam, principalmente, a escassez de produções científicas sobre o tema (54,2%) e a falta de recursos materiais (54,2%). Também foi indicada a falta de compreensão da equipe sobre o papel do terapeuta ocupacional (50%), ausência de diretrizes do conselho (45,8%), escassez de espaços formativos, como pós-graduação, para terapeutas ocupacionais no contexto de atenção ao paciente crítico (33,3%). De modo pormenorizado, emergiram apontamentos acerca de desafios vinculados a fragilidades formativas na graduação (20,8%), falta de experiência com pacientes críticos (16,7%), falta de conhecimento dos parâmetros cardiorrespiratórios (12,5%), carga horária reduzida (16,7%) e dificuldade associada à quantidade de pacientes por turno/profissional (4,2%).

Discussão

Ao explorar as características do trabalho terapêutico-ocupacional voltado às AVD de pacientes com IR no âmbito da UTI, este estudo constatou uma diferença entre as atividades percebidas como as mais impactadas (banho, mobilidade funcional e higiene sanitária) e as mais frequentemente abordadas pelo terapeuta ocupacional (alimentação, mobilidade funcional e higiene pessoal).

O fato de as AVD do banho e de higiene sanitária terem sido reconhecidas como principais atividades impactadas, mas não constarem entre os principais focos de intervenção pode associar-se hipoteticamente a fatores ambientais.

Ao levarmos em consideração aspectos acerca da estrutura física, dinâmica e rotina de procedimentos na UTI, pode-se inferir fatores limitadores para ocorrência dessa abordagem, tais como a ausência de banheiro na unidade, programação do banho em horário anterior ao início da jornada de trabalho dos terapeutas ocupacionais e alta demanda da equipe de enfermagem. Esses são alguns dos possíveis fatores que podem influenciar como restritores de ações conjuntas para prover maior nível de participação do paciente em tais atividades.

Outro fator potencialmente impeditivo, especificamente para a AVD do banho, consistiu nas características do quadro clínico, quando considerado que a AVD do banho, em particular, demanda um gasto energético significativo devido às diversas etapas envolvidas e ao tempo requerido, o que pode resultar em exacerbação de sintomas (Nascimento et al., 2023), sendo por essa razão, em parte das situações, contraindicada sua realização extra-leito. Além disso, a quantidade de dispositivos em uso pode ser um fator complicador.

Em relação à higiene sanitária, embora a troca de fraldas e a assepsia sejam realizadas pela equipe de enfermagem, o terapeuta ocupacional pode avaliar habilidades motoras, cognitivas e sensoriais do paciente de modo a incentivar o aumento do desempenho nessa atividade (orientar o paciente a perceber se está evacuando ou urinando, avisar quando a fralda está suja, orientar participações ativas nas trocas de decúbitos com movimentos de lateralização e elevação do quadril).

Ressalta-se que a utilização de fraldas deve ser indicada em casos de incontinências fecal e/ou urinárias severas ou limitações nas habilidades de desempenho que impossibilitem o uso de outros utensílios que possam auxiliar o processo de evacuação e de urina. No entanto, existem lacunas quanto à utilização de critérios para a indicação do uso de fraldas, o que acaba ocasionando a adoção da utilização de fraldas pelo paciente crítico de forma

corriqueira e não sistematizada (Bitencourt et al., 2018), fator que ratifica o impacto nessa AVD e incita reflexões sobre as potenciais formas de incentivar esse desempenho.

Referente às AVD apontadas como as de principal foco interventivo, nota-se a importância dessa atuação frente às características clínicas, ao gasto de energia por atividade e ao contexto ambiental.

A alimentação foi a AVD indicada como mais abordada pelos terapeutas ocupacionais, o que pode relacionar-se ao fato de o treino de alimentação favorecer a organização da rotina dos pacientes, proporcionando um senso de normalidade em um contexto frequentemente confuso e focado nas questões clínicas.

Outra possível justificativa pauta-se na importância da alimentação em termos nutricionais e psicoemocionais. Para Freitas et al. (2024), o aporte nutricional proveniente da alimentação é essencial para o restabelecimento clínico e prevenção de perdas músculo-esqueléticas, bem como socioculturalmente constitui-se como fonte de prazer e de memórias sensorio-afetivas.

Outra AVD indicada entre as mais comumente abordadas pelos terapeutas ocupacionais consistiu na higiene pessoal, a qual envolve atividades como fazer a barba, escovar os dentes, pentear os cabelos, entre outras (Gomes et al., 2021). A frequência de intervenções voltadas tanto à AVD de alimentação como a de higiene pessoal podem associar-se ao fato de essas não exigirem deslocamento extra-leito, pela sua execução poder ser realizada em sedestação – o que exige um menor gasto energético – e pela possibilidade de inclusão, se necessário, de um ou mais dispositivos de tecnologia assistiva de baixo custo para redução de déficits no desempenho (Nascimento et al., 2023).

Já a mobilidade funcional, que consiste na realização de movimentações no leito, na cadeira de rodas, em transferências e deambulação (Gomes et al., 2021), apresenta-se como abordagem imprescindível quando considerados fatores de risco associados ao imobilismo. Para Nascimento et al. (2023), ao treinar a AVD de mobilidade funcional, o terapeuta ocupacional contribui para a melhoria do posicionamento, tanto no leito quanto em sedestação à beira do leito, favorecendo habilidades de alcance e manipulação, além de aquisições de habilidades de desempenho para outras atividades que dependem da mobilidade funcional. Nessa intervenção, torna-se fundamental a análise das barreiras e facilitadores para promoção de um desempenho seguro e envolvimento na AVD (ex.: avaliar a distância a ser percorrida no deslocamento, os riscos envolvidos no percurso, o manuseio dos dispositivos em uso, etc.).

Chama a atenção informações sobre as ações envolvidas na rotina dos terapeutas ocupacionais na abordagem das AVD, visto que aproximadamente 25% a 35% dos participantes não mencionaram avaliação de habilidades motoras, cognitivas e sensoriais, bem como realização de leitura em prontuário, monitorização de sinais vitais e análise do desempenho como procedimentos habituais em suas intervenções. Destaca-se que, de acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, é de competência exclusiva do terapeuta ocupacional avaliar habilidades funcionais do paciente para a prescrição e execução de treinamentos com foco no desenvolvimento das capacidades de desempenho das AVD (Brasil, 2006).

Os terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa avaliam como principais fatores que restringem as AVD na UTI as alterações nas funções cardiovasculares e sensoriais, a ocorrência de *delirium* e a dinâmica do serviço. As funções cardiovasculares, respiratórias, sensoriais, são fatores referentes às estruturas e as funções do corpo, que

demandam conhecimentos fisiológicos e anatômicos por parte dos terapeutas ocupacionais, visto serem componentes inter-relacionados com a capacidade dos pacientes para se envolverem nas ocupações. Frente a tais alterações e, diante do entendimento de que elas se configuram como restritores do desempenho, o terapeuta ocupacional deverá considerar em sua intervenção parâmetros de pressão arterial sistêmica, frequências cardíaca e respiratória, temperatura e saturação, como interferências de déficits sensoriais para ações compensatórias (Gomes et al., 2021).

Ancorado em tais análises, o terapeuta ocupacional deve prover ações interventivas em prol da reabilitação gradual das habilidades necessárias para o desempenho ocupacional. Como principais recursos interventivos empregados na abordagem das AVD, foram mencionados pelos participantes orientações de técnicas de energia, otimização de posicionamentos, monitoramento e supervisão do desempenho, em que se pressupõe como necessário para essa realização, o desenvolvimento pelo terapeuta ocupacional de análise de atividade e avaliação do gasto energético envolvido na atividade proposta.

O nível de dependência nas AVD dos pacientes com variável prognóstica distribuída entre potencial restaurativo e prognóstico funcional desfavorável demonstra a importância dessa análise para o planejamento das metas e intervenções terapêutico-ocupacionais no âmbito da UTI. Para Ferreira et al. (2023), os terapeutas ocupacionais podem treinar as AVD utilizando duas abordagens: intervir através de uma gradação ascendente, na qual a assistência externa é gradualmente reduzida para promover um desempenho mais independente, ou intervir por meio de uma gradação descendente, em que as limitações do paciente são compensadas pela modificação das demandas da atividade, o que pode incluir a introdução de pausas durante as atividades, a remoção de etapas e o uso de tecnologias assistivas durante o treinamento.

Ademais, avaliação do gasto energético pode ser executado com base no Equivalente Metabólico da Tarefa (MET), favorecendo que o terapeuta ocupacional conheça o gasto de energia de cada AVD, fator importante para nortear a intervenção (Colombini et al., 2017).

Para determinar a melhor abordagem, é fundamental que os terapeutas ocupacionais identifiquem as habilidades e potencialidades do desempenho ocupacional, além de atribuir diagnósticos e prognósticos terapêuticos por meio de testes e protocolos específicos da terapia ocupacional, adaptados ao ciclo de vida, ao contexto e às necessidades individuais de cada paciente (Brasil, 2011).

É inegável a complexidade do paciente crítico nos quadros clínicos respiratórios, fator evidenciado em nossos resultados quando considerados dados acerca do perfil dos pacientes assistidos, ou seja, pacientes restritos ao leito, com nível de dependência funcional variando entre prognósticos de potencial reabilitação e desfecho desfavorável, com prejuízos de comunicação e demasiado número de dispositivos em uso. Tais aspectos evidenciam o impacto no repertório ocupacional e denotam, pelas características clínicas e de contexto, a exigência do profissional possuir conhecimentos especializados.

Nessa perspectiva, observa-se que os terapeutas ocupacionais participantes deste estudo têm uma atuação recente em UTI, uma vez que a maioria relatou experiência de até 5 anos nesse âmbito. Eles informaram que não atuam exclusivamente nesta unidade e que também atendem em cenários que incluem pacientes neonatais e pediátricos. Essa diversidade de atuação, em nossa análise, contribui para a realização de ações de caráter mais generalista, limitando o desenvolvimento de práticas mais especializadas pelos terapeutas ocupacionais.

Além disso, infere-se que a realização de carga horária reduzida na UTI tende a dificultar o provimento de um cuidado mais qualificado quando consideramos a frequência de atendimentos preconizados para obtenção de bons resultados. Ainda, considera-se que a atuação em múltiplas unidades pode impactar em potencial sobrecarga, o que converge com o apontamento de não cobertura das demandas existentes.

Embora haja a constatação de não cobertura assistencial das demandas identificadas no contexto da UTI, os terapeutas ocupacionais referiram média de atendimentos diários referente a 7,9, o que vai ao encontro da estimativa delineada nos parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais para um turno de 6 horas (Brasil, 2014).

Outro ponto a ser mencionado refere-se aos atravessamentos do modelo biomédico na prática assistencial do terapeuta ocupacional. Essa afirmação fundamenta-se nos dados obtidos acerca de atuação a partir de prescrição médica e de não participação em *rounds* sob a justificativa de que essa ação não envolve a equipe multiprofissional. Embora seja ínfimo o percentual obtido de apontamentos sobre o acionamento da terapia ocupacional ocorrer por meio da prescrição da medicina para os pacientes na UTI, é importante enfatizar que, de acordo com as prerrogativas da profissão e resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, terapeutas ocupacionais têm autonomia para a elaboração de diagnósticos e prescrição de tratamentos, sem que suas práticas sejam submetidas a um profissional médico (Paraná, 2023).

Ressalta-se que atualmente a perspectiva da clínica ampliada é defendida pelas principais políticas de saúde e que, em contraponto ao dado da prática a partir de prescrição médica, há afirmação pelos participantes de uma atuação interdisciplinar entre os membros da equipe, a qual envolve ao menos médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A via de acionamento para atendimento mais frequente consistiu na solicitação de pedidos de interconsultas/pareceres. No entanto, é importante refletir que o sistema de interconsulta limita uma participação mais contínua do terapeuta ocupacional na unidade, o que exige maiores esforços de aproximação do profissional junto à equipe do setor (Frizzo & Corrêa, 2018). Essa configuração pode justificar uma das dificuldades mencionadas pelos participantes, referente à falta de compreensão da equipe sobre o papel do terapeuta ocupacional.

Dessa forma, diante das nuances da dinâmica hospitalar e das características dessa prática direcionada à alta complexidade, os dados desta pesquisa demonstraram que a assistência terapêutico-ocupacional voltada às AVD de pacientes com IR em UTI requer não apenas conhecimentos e habilidades específicas da terapia ocupacional, mas também uma compreensão abrangente das condições clínicas e contextuais que permeiam o cuidado intensivo.

Conclusão

A descrição das características da prática terapêutico-ocupacional voltadas às AVD de pacientes com IR na UTI adulto evidenciou dados associados ao perfil de pacientes assistidos, à dinâmica de atendimentos e às principais intervenções realizadas nesse âmbito. A análise integrada de tais dados ilustram a alta complexidade dessa atuação, a qual exige competências específicas para provimento de uma atenção qualificada, segura e eficaz.

Quando considerada a influência do ambiente físico e da dinâmica dessa unidade como elemento restritor do desempenho das ocupações, bem como quando considerada a estrutura de recursos materiais e humanos (terapeuta ocupacional com atuação em múltiplas unidades com desdobramentos na frequência de atendimentos dos casos em seguimento e na cobertura assistencial, queixas de falta de materiais), percebe-se a influência dos fatores ambientais (estruturais e dinâmicos) como principais entraves da atuação profissional.

Como limitação do estudo, aponta-se o número de participantes, fator que não permite generalizar que tais características representam o cenário de prática nas distintas regiões do país, denotando a necessidade de investimentos em novos estudos. Sugere-se o fomento de pesquisas nesta área, especialmente com delineamentos que possibilitem a triangulação de fontes de dados para maior força de evidências sobre essa prática.

Referências

- Alam, J. (2016). Occupational therapy in respiratory medicine: global challenge in the 21st century. *International Journal of Respiratory Medicine*, 1(1), 2-5.
- Bitencourt, G. R., Alves, L. A. F., & Santana, R. F. (2018). Prática do uso de fraldas em adultos e idosos hospitalizados: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 343-349. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341>.
- Bittencourt, E. S., Moreira, P. S., Paixão, G. M., & 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. <http://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoar2118>.
- Bombarda, T. B., Lanza, A. L., Santos, C. A. V., & Joaquim, R. H. V. T. (2016). Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e as percepções da equipe. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(4), 827-835. <http://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0861>.
- Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. (2006, 19 de julho). Resolução nº 316, de 19 de julho de 2006 – Dispõe sobre a prática de atividades de vida diária, de atividades instrumentais da vida diária e tecnologia assistiva pelo terapeuta ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Recuperado em 17 de outubro de 2024, de <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3074>
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (2010). 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Recuperado em 17 de outubro de 2024, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
- Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. (2011, 18 de agosto). Resolução nº 407, de 18 de Agosto de 2011 – disciplina a especialidade profissional terapia ocupacional em saúde da família e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Recuperado em 17 de outubro de 2024, de <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3170>
- Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. (2014, 26 de abril). Resolução nº 445, de 26 de Abril de 2014 – altera a resolução-coffito nº 418/2011, que fixa e estabelece os parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo terapeuta ocupacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Recuperado em 17 de outubro de 2024, de <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3209>
- Brasil. Conselho Federal de Medicina – CFM. (2020). Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020 – Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Recuperado em 17 de

- outubro de 2024, de https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf
- Coelho, P. S. O., Valle, K., Carmo, G. P., Santos, T. R. M., Nascimento, J. S., & Pelosi, M. B. (2020). Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(3), 829-854. <http://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1930>.
- Colombini, K., Henderson, K. M., Huie, M., & Malachowski, C. (2017). *Occupational Therapy in the intensive care unit* (Master's Thesis). Dominican University of California, San Rafael. Recuperado em 17 de outubro de 2024, de <https://scholar.dominican.edu/masters-theses/245/>
- Costigan, F. A., Duffett, M., Harris, J. E., Baptiste, S., & Kho, M. E. (2019). Occupational therapy in the ICU: a scoping review of 221 documents. *Critical Care Medicine*, 47(12), 1014-1021. <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003999>.
- Ferreira, A. P. C., Fuly, P. S. C., & Nascimento, J. S. (2023). Occupational therapy interventions for activities of daily living in cancer palliative care: integrative review. *Research Society and Development*, 12(1), 1-13.
- Freitas, M. A. C., Santos Neto, J. L. L. S., Melo, L. L., & Dias, P. H. (2024). Alimentação artificial em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Contemporânea*, 4(6), 1-19. <http://doi.org/10.56083/RCV4N6-187>.
- Frizzo, H. C. F., & Corrêa, V. A. C. (2018). Terapia ocupacional em contextos hospitalares: a especialidade, atribuições, competências e fundamentos. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 6(1), 130-139.
- Garcia, J. M. (2023). Terapia ocupacional em unidade de terapia intensiva (UTI) adulto privada: relato de experiências. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, 1-9. <http://doi.org/10.1590/2526-8910.ctore241631522>.
- Gomes, D., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). *Enquadramento da prática da terapia ocupacional: domínio & processo*. Leiria: Politécnico de Leiria.
- Lagina, M., & Valley, T. S. (2024). Diagnosis and management of acute respiratory failure. *Critical Care Clinics*, 40(2), 235-253. PMID:38432694. <http://doi.org/10.1016/j.ccc.2024.01.002>.
- Martinez, B. P., & Andrade, F. M. D. (2020). Estratégias de mobilização e exercícios terapêuticos precoces para pacientes em ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda secundária à COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência*, 11(Supl.), 121-131. <http://doi.org/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.012>.
- Nascimento, J. S., Fonseca, J. C. B., Melo, T. R., Ferreira, A. P. C., & Ribeiro, T. M. (2023). Atuação da terapia ocupacional no treino de atividade de vida diária com pacientes acometidos pela COVID-19 em enfermarias de um hospital universitário. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, 1-22.
- Norfolk and Norwich University Hospitals – NHS. (2025). *Respiratory medicine*. Recuperado em 17 de outubro de 2024, de <https://www.nnuh.nhs.uk/departments/respiratory-medicine/>
- Okuma, S. M., Paula, A. F. M., Carmo, G. P., & Pandolfi, M. M. (2017). Caracterização dos pacientes atendidos pela terapia ocupacional em uma unidade de terapia intensiva adulto. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 1(5), 574-588. <http://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto8311>.
- Oliveira, R. P., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2019). Síndrome do desconforto respiratório agudo: como estão os pacientes após a unidade de terapia intensiva? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 555-560. PMID:31967232. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190074>.
- Paraná. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª região – CREFITO-8. (2023). *Parecer Jurídico nº 000100 /2023, sobre Autonomia Profissional - Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional*. Curitiba: CREFITO-8. Recuperado em 17 de outubro de 2024, de <https://www.crefito8.gov.br/portal/images/Pareceres/AUTONOMIA-ACUPUNTURA.pdf>

- Santos, J. C. M., Lousada, M. L. S., Rabelo, A. R. M., & Macedo, S. C. S. (2018). Orientações terapêuticas ocupacionais em leitos de retaguarda. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 2(3), 542-554. <http://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto14496>.
- Santos, L. J., Silveira, F. S., Müller, F. F., Araújo, H. D. J., Comerlato, J. B., Silva, M. C., & Silva, P. B. (2017). Avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(4), 437-443. <http://doi.org/10.1590/1809-2950/17720924042017>.

Contribuição dos Autores

Thais Gomes Cabral de Avelar: concepção do texto, organização de fontes e/ou análises, redação do texto, revisão final. Huryel Tarcio de Oliveira: concepção do texto, coleta de dados, revisão final. Janaína Santos Nascimento: organização de análises, redação do texto, revisão final. Tatiana Barbieri Bombarda: concepção do texto, organização de análises, redação do texto, revisão final. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Disponibilidade de Dados

Os dados que sustentam os resultados deste estudo estão disponíveis com o autor correspondente, mediante solicitação.

Fonte de Financiamento

Nenhuma.

Autora para correspondência

Thais Gomes Cabral de Avelar
e-mail: thaiscabral@ufpa.br

Editora de seção

Profa. Dra. Mariana Midori Sime