

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional**  
**Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação**

Danielle de Fátima Pereira Ferreira

**DESENVOLVIMENTO DE MANUAL TÉCNICO-CIENTÍFICO DE INTERVENÇÃO  
PRECOCE BASEADA NA OCUPAÇÃO PARA PACIENTES CRÍTICOS NO  
CONTEXTO BRASILEIRO**

Belo Horizonte

2025

Danielle de Fátima Pereira Ferreira

**DESENVOLVIMENTO DE MANUAL TÉCNICO-CIENTÍFICO DE INTERVENÇÃO  
PRECOCE BASEADA NA OCUPAÇÃO PARA PACIENTES CRÍTICOS NO  
CONTEXTO BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Estudos da Ocupação.

Área de concentração: Ocupação, Participação e Inclusão.

Linha de pesquisa: Ocupação, Cuidado e Funcionalidade.

Orientadora: Profa. Dra. Iza de Faria-Fortini

Co-orientador: Prof. Dr. Crystian Moraes Silva Gomes

Belo Horizonte

2025

F383d Ferreira, Danielle de Fátima Pereira  
2025 Desenvolvimento de manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos no contexto brasileiro [recurso eletrônico] / Danielle de Fatima Pereira Ferreira. – 2025.  
1 recurso online (74 f. : il.) : pdf.

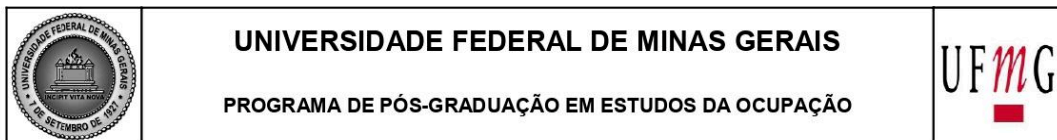
Orientadora: Iza de Faria-Fortini  
Coorientador: Crystian Moraes Silva Gomes

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.  
Inclui bibliografia.

1. Terapia ocupacional – Teses. 2. Pacientes – Teses. 3. Reabilitação – Teses. I. Faria-Fortini, Iza de. II. Gomes, Crystian Moraes Silva. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.851.3

## FOLHA DE APROVAÇÃO



### ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA **DANIELLE DE FÁTIMA PEREIRA FERREIRA**

Realizou-se, no dia 11 de dezembro de 2025, às 09:00 horas, Miniauditório EEFFTO/UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *DESENVOLVIMENTO DE MANUAL PARA REABILITAÇÃO PRECOCE BASEADA NA OCUPAÇÃO PARA PACIENTES CRÍTICOS*, apresentada por DANIELLE DE FÁTIMA PEREIRA FERREIRA, número de registro 2023706666, graduada no curso de TERAPIA OCUPACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Iza de Faria Fortini - Orientadora (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Crystian Moraes Silva Gomes (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Christina Danielli Coelho de M Faria (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Barbara Pires de Andrade Lage Cabral (Universidade Federal de Minas Gerais).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada


A versão final da dissertação, devidamente corrigida, deverá ser entregue até 60 dias após sua defesa.

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.


Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2025.

Documento assinado digitalmente  
 IZA DE FARIA FORTINI  
Data: 12/12/2025 09:09:33-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>


Prof(a). Iza de Faria Fortini ( Doutora )

Documento assinado digitalmente  
 CRYSTIAN MORAES SILVA GOMES  
Data: 12/12/2025 08:44:28-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof(a). Crystian Moraes Silva Gomes ( Doutor )

Documento assinado digitalmente  
 CHRISTINA DANIELLI COELHO DE MORAIS FARIA  
Data: 17/12/2025 08:21:27-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof(a). Christina Danielli Coelho de M Faria ( Doutora )

Documento assinado digitalmente  
 BARBARA PIRES DE ANDRADE LAGE CABRAL  
Data: 17/12/2025 13:09:20-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof(a). Barbara Pires de Andrade Lage Cabral ( Doutora )



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO**




## FOLHA DE APROVAÇÃO

### **DESENVOLVIMENTO DE MANUAL PARA REABILITAÇÃO PRECOCE BASEADA NA OCUPAÇÃO PARA PACIENTES CRÍTICOS**


#### **DANIELLE DE FÁTIMA PEREIRA FERREIRA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, área de concentração OCUPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO.


Aprovada em 11 de dezembro de 2025, pela banca constituída pelos membros:

Documento assinado digitalmente  
 **IZA DE FARIA FORTINI**  
Data: 12/12/2025 09:09:33-0300  
verifique em <https://validar.itl.gov.br>


Prof(a). Iza de Faria Fortini – Orientadora  
UFMG

Documento assinado digitalmente  
 **CRYSTIAN MORAES SILVA GOMES**  
Data: 12/12/2025 08:44:28-0300  
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof(a). Crystian Moraes Silva Gomes  
UFMG

Documento assinado digitalmente  
 **CHRISTINA DANIELLI COELHO DE MORAIS FARIA**  
Data: 17/12/2025 08:22:54-0300  
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof(a). Christina Danielli Coelho de M Faria  
UFMG

Documento assinado digitalmente  
 **BARBARA PIRES DE ANDRADE LAGE CABRAL**  
Data: 17/12/2025 13:09:20-0300  
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof(a). Barbara Pires de Andrade Lage Cabral  
UFMG

Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2025.

*Dedico este trabalho a todos que, com coragem e propósito, ousam transformar sonhos em ações. Que este trabalho seja a prova de que o novo é possível.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu coragem e fé para, em 2023, ousar sonhar com o mestrado. Foi Ele que me sustentou, a decisão mais ousada e transformadora da minha vida. Durante esses dois anos e meio de mestrado, Deus me amparou em cada etapa, guiando-me mesmo quando acreditei que não seria capaz de continuar. Ele sempre esteve presente, renovando a minha fé e minhas forças para seguir e concluir. E, em sua infinita bondade e ternura, me preparou ainda a mais bela surpresa desta trajetória: a oportunidade de conhecer a minha orientadora, Profa. Iza de Faria-Fortini.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Iza de Faria-Fortini, por ter me escolhido, confiado no meu potencial. Você deixou a minha trajetória mais leve com sua doçura, paciência e atenção. Obrigada pela parceria, disponibilidade e acolhimento. Sou muito grata por tudo o que aprendi do seu lado.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Crystian Moraes Silva Gomes, obrigada por aceitar fazer parte deste projeto, se fazer presente, nos ensinar. Sua presença foi fundamental para a construção deste trabalho.

Aos meus pais, dedico este trabalho com todo meu coração. Em todo o processo, a presença e o apoio da minha família foram fundamentais. Obrigada por acreditarem em mim e por caminharem ao meu lado em cada etapa desta linda jornada. Eu amo vocês.

## RESUMO

Nos últimos anos, os avanços tecnológicos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) melhoraram as taxas de sobrevivência, porém um grande número de pacientes apresenta alterações funcionais derivadas da internação prolongada nessa unidade. O conjunto de alterações nas funções física, cognitiva e mental dos pacientes e seus familiares é denominado Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (*Post-Intensive Care Syndrome - PICS*). Dentre as estratégias para redução dos efeitos da PICS, destaca-se a reabilitação precoce conduzida por equipe multidisciplinar, da qual o terapeuta ocupacional é um integrante. Abordagens de intervenção baseadas na ocupação direcionadas às especificidades do paciente crítico ainda são escassas na literatura. Dessa forma, é crescente a necessidade de se elaborar diretrizes de tratamento para abordar essa população. O objetivo deste estudo foi desenvolver um manual técnico-científico para terapeutas ocupacionais sobre intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos. Para tal, foi conduzido um estudo metodológico em duas etapas: (1) desenvolvimento do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos, com base na revisão da literatura, que delimitaram a fundamentação teórica e módulos de intervenção; (2) Validação de conteúdo e desenvolvimento da versão final do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos, conduzida por cinco juízes, representantes das cinco macrorregiões do país, que avaliaram a versão preliminar do manual técnico-científico por meio de um formulário padronizado contendo 20 questões, além de participarem de dois encontros síncronos de grupos focais. Após a realização dos grupos focais, procedeu-se à revisão de conteúdo, considerando as contribuições dos juízes especialistas, por meio de análise do índice de validade de conteúdo (IVC) e análise qualitativa realizada no software IRAMUTEQ. O desenvolvimento do manual técnico-científico de intervenção incorporou como referência o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA, 2020), que fundamentou os principais constructos: prática centrada no paciente, engajamento precoce e prática baseada na ocupação. Foram definidos instrumentos de avaliação inicial (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional-COPM, *Sunflower-Brasil*, Medida de Independência Funcional -MIF e avaliações complementares) e instrumentos de avaliação diários (*Richmond Agitation-Sedation Scale - RASS*, *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit- CAM-ICU*, *5 standardized questions for cooperation -S5Q* e *Functional Status Score for the Intensive Care Unit - FSS-ICU*), critérios de segurança e níveis de cooperação do paciente, permitindo guiar decisões clínicas. A versão inicial continha cinco módulos de intervenção que, após a análise dos juízes especialistas, foram reorganizados em duas grandes categorias: a) Intervenções em ocupações e atividades, e b) Intervenções em fatores do cliente (estrutura e função do corpo), cada uma com módulos específicos estruturados conforme o desempenho diário do paciente. O resultado da validação de conteúdo pelos juízes especialistas indicou que a versão modificada alcançou concordância de 100% entre os especialistas, com IVC superior a 0,80 em todos os domínios na segunda rodada. Ademais, os juízes destacaram como potencialidades dessa versão a clareza conceitual e flexibilidade para aplicação nos diferentes perfis de pacientes e níveis de experiência profissional. As discussões dos grupos focais também revelaram desafios, como as limitações estruturais e necessidade de maior reconhecimento institucional da atuação da terapia ocupacional em UTIs. Conclui-se que o manual técnico-científico representa importante contribuição ao campo da terapia ocupacional em cuidados intensivos, e sugere-se que estudos futuros avaliem a viabilidade da intervenção e, posteriormente, sua

eficácia por meio de ensaios clínicos, de modo a fortalecer práticas baseadas em evidências, focadas na ocupação, no cuidado ao paciente crítico.

Palavras-Chave: unidades de terapia intensiva; terapia ocupacional, prática baseada em ocupação

## ABSTRACT

In recent years, technological advances in Intensive Care Units (ICUs) have improved survival rates; however, a large number of patients experience functional impairments resulting from prolonged ICU stays. The set of physical, cognitive, and mental impairments affecting patients and their families is known as Post-Intensive Care Syndrome (PICS). Among the strategies to reduce the effects of PICS, early rehabilitation conducted by a multidisciplinary team stands out, with occupational therapists playing an essential role. Nevertheless, occupation-based intervention approaches specifically tailored to critically ill patients remain scarce in the literature, highlighting the need to develop treatment guidelines for this population. The aim of this study was to develop a technical-scientific manual for occupational therapists on early occupation-based intervention for critically ill patients. A methodological study was conducted in two stages: (1) development of the technical-scientific manual based on a literature review, which defined the theoretical framework and intervention modules; and (2) content validation and development of the final version of the manual, conducted by five expert judges representing the five macro-regions of Brazil. The judges evaluated the preliminary version using a standardized questionnaire with 20 items and participated in two synchronous focus group meetings. After the focus groups, content revision was carried out considering the experts' contributions, through analysis of the Content Validity Index (CVI) and qualitative analysis using IRAMUTEQ software. The manual was developed based on the Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (AOTA, 2020), supporting the core constructs of client-centered practice, early engagement, and occupation-based practice. Initial assessment tools (Canadian Occupational Performance Measure – COPM, Sunflower-Brazil, Functional Independence Measure – FIM, and complementary assessments) and daily assessment instruments (Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit – CAM-ICU, 5 Standardized Questions for Cooperation – S5Q, and Functional Status Score for the ICU – FSS-ICU) were defined, along with safety criteria and patient cooperation levels to guide clinical decision-making. The initial version comprised five intervention modules, which were reorganized after expert analysis into two main categories: (a) interventions in occupations and activities, and (b) interventions in client factors (body structure and function), each with specific modules structured according to the patient's daily performance. Content validation results indicated 100% agreement among experts, with CVI values above 0.80 across all domains in the second round. Experts highlighted conceptual clarity and flexibility for application across different patient profiles and levels of professional experience as strengths of the manual, while also identifying structural limitations and the need for greater institutional recognition of occupational therapy practice in ICUs as challenges.

In conclusion, the technical-scientific manual represents an important contribution to the field of occupational therapy in critical care. Future studies are recommended to assess the feasibility of the intervention and subsequently its effectiveness through

clinical trials, in order to strengthen evidence-based, occupation-focused practices in the care of critically ill patients.

Keywords: intensive care units; occupational therapy; occupation-based practice.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Contextualização</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 Impactos da hospitalização em UTIs na funcionalidade dos Pacientes</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3 Reabilitação Precoce em UTI</b> .....	<b>16</b>
<b>1.4 Intervenção da Terapia ocupacional com pacientes críticos</b> .....	<b>18</b>
<b>1.5 Intervenção Baseada em Ocupação e Engajamento Precoce em Pacientes Críticos</b> .....	<b>20</b>
<b>1.6 Justificativa</b> .....	<b>21</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>24</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1 Delineamento do estudo</b> .....	<b>25</b>
3.1.1 Etapa 1 – Desenvolvimento da versão preliminar do manual de técnico-científico de intervenção precoce baseada em ocupação para pacientes crítico. ....	25
3.1.2 Etapa 2 – Validação de conteúdo e desenvolvimento da versão final do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos. ....	26
<b>3.2 Aspectos éticos</b> .....	<b>28</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1 Etapa 1: Desenvolvimento da versão preliminar do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2 Etapa 2: Validação de conteúdo e desenvolvimento da versão final do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos</b> .....	<b>31</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
<b>APÊNDICES 1</b> .....	<b>63</b>
<b>APÊNDICES 2</b> .....	<b>64</b>
<b>APÊNDICES 3</b> .....	<b>67</b>
<b>APÊNDICES 4</b> .....	<b>70</b>
<b>APÊNDICES 5</b> .....	<b>71</b>
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualização

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) representam um serviço essencial destinado ao cuidado de pacientes em estado crítico que requerem suporte especializado e monitoramento contínuo (Brasil, 2011; Aguiar *et al.*, 2021). O paciente crítico é aquele que apresenta risco iminente de morte ou comprometimento funcional ou se encontra em estado clínico fragilizado, necessitando de cuidados imediatos, contínuos e especializados (Moitra, 2025). No Brasil, aproximadamente 5,6 milhões de pacientes são admitidos anualmente em UTI, com expectativa de aumento dessas internações devido ao envelhecimento populacional (Soares *et al.*, 2024). Os cuidados aos pacientes críticos evoluíram ao longo dos anos, resultando em um melhor manejo dos pacientes internados em UTIs (Moitra, 2025). Os avanços contínuos em tecnologia médica e a melhoria nas práticas de cuidado, por meio da implementação de diretrizes de práticas baseadas em evidências e do trabalho em equipe multiprofissional, contribuíram para melhores resultados e taxas de sobrevivência entre pacientes críticos (Moitra, 2025; Connolly *et al.*, 2021). Consequentemente, nas últimas décadas, observou-se redução da letalidade e aumento da sobrevida dos pacientes após a alta da UTI (Moitra, 2025; Connolly *et al.*, 2021).

Os avanços nos cuidados intensivos têm contribuído para a redução da mortalidade nas UTIs, resultando em um aumento da sobrevida de pacientes críticos (Rousseau *et al.*, 2021). No entanto, o progresso também introduziu novos desafios relacionados aos cuidados em saúde e à recuperação funcional a longo prazo dos pacientes (Rousseau *et al.*, 2021). As limitações no desempenho para realizar as ocupações relacionadas à atividade de vida diária (AVD) e atividade instrumental de vida diária (AIVD) foram investigadas por Mesina Junior e colaboradores (2024) em um estudo com 343 sobreviventes de UTI. Os autores observaram que 36% dos pacientes apresentaram restrição para realização de AIVD, enquanto 14% relataram limitação para realização de AVD. Em um estudo conduzido por Mattioni e colaboradores (2022), 316 pacientes exerciam a ocupação relacionada ao trabalho antes da internação, sendo identificado pelos autores que 61% não retornaram ao trabalho três meses após a alta hospitalar. A dificuldade de retorno à ocupação referente ao trabalho esteve relacionada à dependência física no terceiro mês pós-

alta, impactando negativamente a renda familiar e aumentando os custos com a saúde (Mattioni *et al.*, 2022).

## 1.2 Impactos da hospitalização em UTIs na funcionalidade dos pacientes

As complexas interações entre as complicações da doença crítica aguda, a presença de comorbidades, os tratamentos de suporte à vida, aspectos organizacionais dos cuidados intensivos, bem como a adaptação aos períodos pós-UTI, podem contribuir para a ocorrência de incapacidades em funções do corpo, incluindo alterações nas funções neuro-músculo-esqueléticas e nas funções mentais (Bulic *et al.*, 2017; Robinson *et al.*, 2018). A manifestação física aguda mais comum, conhecida como fraqueza muscular adquirida na UTI, é caracterizada por uma perda da massa e função muscular devido à miopatia e polineuropatia combinadas que afetam os músculos periféricos e respiratórios (Fazzini *et al.*, 2023; Vanderkaay *et al.*, 2020). A fraqueza muscular adquirida na UTI afeta até 25% dos pacientes críticos, sendo associada ao aumento da morbidade e mortalidade hospitalar (Taylor, 2024), bem como alterações a longo prazo, como redução da massa muscular, limitação da mobilidade e da capacidade funcional (Yu *et al.*, 2024; Eggmann *et al.*, 2020)

A alteração mais prevalente das funções mentais é o *delirium*, caracterizado por flutuações do nível de consciência, estado de alerta, atividade e comportamento motor, que pode se manifestar como hipoatividade ou hiperatividade, sendo comuns a presença de apatia e agressividade (Sakusic; Rabistein, 2025). Em estudo de revisão sistemática conduzido por Miranda e colaboradores (2023), demonstrou-se que o *delirium* ocorre em aproximadamente 80% dos pacientes internados. Ademais, fatores predisponentes, como idade avançada, comprometimento cognitivo preexistente e histórico de abuso de álcool ou tabaco, podem aumentar a suscetibilidade dos pacientes ao seu desenvolvimento (Sakusic; Rabistein, 2025). Embora esses fatores estejam presentes na admissão do paciente na UTI e não possam causar diretamente o *delirium*, eles podem aumentar a vulnerabilidade dos pacientes quando expostos a fatores precipitantes, como uso de ventilação mecânica e cateteres urinários, imobilidade, distúrbios do sono e múltiplos procedimentos clínicos (Sakusic; Rabistein, 2025). A presença desse quadro clínico está associada a um maior risco de quedas, prolongamento do tempo de internação, aumento das taxas de mortalidade, necessidade de ventilação mecânica prolongada e declínio funcional (Hshieh *et al.*, 2015; Nydahl *et al.*, 2023).

Após a internação em UTI, é comum a ocorrência de alterações de saúde mental, como episódios de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Righy *et al.*, 2019; Harvey; Davidson, 2016). Esses sintomas são especialmente importantes, pois os pacientes enfrentam um ambiente hospitalar muito estressante, cheio de incertezas sobre a evolução de seu estado de saúde, perda de autonomia, dependência de aparelhos e limitação do contato com familiares (Righy *et al.*, 2019). A prevalência de transtornos mentais após uma doença crítica varia de 8% a 80% entre os sobreviventes de UTI (Harvey; Davidson, 2016). Os transtornos mentais podem ocorrer isoladamente, embora seja mais comum a ocorrência concomitante. Em um estudo de coorte que avaliou quase 5000 sobreviventes de UTI, 55% dos pacientes apresentaram depressão, ansiedade ou estresse pós-traumático entre três a 12 meses de acompanhamento após a alta hospitalar. Adicionalmente, havia uma chance de 65% de o paciente apresentar um segundo transtorno mental (Hatch *et al.*, 2018). Outro resultado adverso de saúde mental em sobreviventes de UTI inclui um risco aumentado de automutilação e suicídio (Fernando *et al.*, 2021). Por fim, destaca-se que alterações mentais podem ser coexistentes com comprometimentos de funções física e cognitiva. Em estudo realizado por Marra e colaboradores (2018), observou-se que sintomas depressivos, alteração da função cognitiva e incapacidade ocorreram simultaneamente em 61% dos sobreviventes de UTI três meses após a alta hospitalar.

O conjunto de alterações nas funções neuro-músculo-esqueléticas, funções mentais globais e específicas dos pacientes e seus familiares é denominado Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (*Post-Intensive Care Syndrome - PICS*) (Hiser *et al.*, 2023). A PICS é caracterizada por comprometimentos novos ou agravamentos no estado de saúde física, cognitiva e mental, decorrente de doenças críticas, que ocorrem durante a internação e persistem após a alta hospitalar (Hiser *et al.*, 2023). Aproximadamente 60% dos pacientes internados desenvolvem os sintomas PICS, que podem iniciar nas primeiras 24 horas após a admissão na UTI (Tejero-Aranguren *et al.*, 2022; Kawakami *et al.*, 2021). Estudos prévios indicaram a ocorrência de diminuição do status físico funcional (Inoue *et al.*, 2019), alterações cognitivas (Vrettou *et al.*, 2022; Inoue *et al.*, 2019), ansiedade (Vrettou *et al.*, 2022), depressão (Vrettou *et al.*, 2022; Nakanishi *et al.*, 2021) e transtorno de estresse pós-traumático em pacientes diagnosticados com PICS (Vrettou *et al.*, 2022; Nakanishi *et al.*, 2021, 2023; Inoue *et al.*, 2019). A ocorrência da PICS está associada ao aumento da morbidade e mortalidade, tempo

prolongado de internação, maiores custos sociais e de saúde e redução da qualidade de vida do paciente e de seus familiares (Serrano *et al.*, 2019; Renner *et al.*, 2023).

Nos últimos anos, diversas novas condições foram descritas em sobreviventes de UTI, sendo sugeridas como componente adicional da PICS (Rousseau *et al.*, 2021). Essas condições incluem perda óssea acelerada e aumento do risco de fratura por fragilidade, distúrbios de deglutição, distúrbios endócrinos e metabólicos e distúrbios do sono (Rousseau *et al.*, 2021). Entre as sequelas comuns após tratamento intensivo estão: fadiga residual, caracterizada como uma sensação de cansaço físico e mental extremo, e dor persistente (Rousseau *et al.*, 2021).

O impacto na família de pacientes críticos internados em UTIs também foi observado, em estudos prévios (Sarigiannis *et al.*, 2023; Nakanishi *et al.*, 2021; Serrano *et al.*, 2019). A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos da Família (PICS-F - *Post-Intensive Care Syndrome In Family*) descreve os sintomas psicológicos que afetam os familiares de pacientes internados ou que receberam alta recente da UTI. Familiares de pacientes de UTI muitas vezes vivenciam sobrecargas emocionais significativas, levando a sintomas como ansiedade, depressão, privação de sono e luto (Sarigiannis *et al.*, 2023; Nakanishi *et al.*, 2021, 2023). Além do impacto em saúde mental, os familiares podem apresentar alterações nos fatores relacionados às funções do corpo, incluindo disfunções neuro-músculo-esqueléticas, fadiga, distúrbios do sono e insegurança financeira familiar devido ao impacto da internação nas atividades econômicas do paciente devido à licença médica e restrições de trabalho (Putowski *et al.*, 2023).

A fisiopatologia das sequelas decorrentes da doença crítica, que contribuem para o desenvolvimento da PICS, é complexa e multifatorial (Rousseau *et al.*, 2021). Embora nem todos os fatores envolvidos em sua ocorrência sejam passíveis de modificação, parte das complicações associadas à PICS pode ser, ao menos parcialmente, prevenida ou mitigada (Rousseau *et al.*, 2021). Dentre as estratégias para redução dos efeitos da PICS, destaca-se a reabilitação precoce (Inoue *et al.*, 2019; Renner *et al.*, 2023; Serrano *et al.*, 2019).

### **1.3 Reabilitação Precoce em UTI**

O cuidado tradicional em UTI concentra-se principalmente em intervenções que salvam vidas, frequentemente sendo negligenciadas as necessidades de reabilitação a longo prazo dos pacientes (Elhady; Elhady; Shohieb, 2025). As estratégias voltadas

à redução do risco e da gravidade da PICS mostram-se mais eficazes do que o manejo tardio de suas repercussões funcionais, por meio de intervenções ocupacionais direcionadas à manutenção e recuperação das funções do corpo, ao engajamento precoce, e à promoção do desempenho ocupacional integradas às estratégias de mobilização precoce, reconhecida como um dos principais componentes operacionais da reabilitação precoce (Elhady; Elhady; Shohieb, 2025; AOTA, 2020).

Neste contexto, a intervenção precoce em UTI consiste em agir logo após a admissão do paciente para reduzir complicações associadas à imobilidade, contribuindo para melhora das funções do corpo, principalmente funções físicas, funções mentais globais e específicas, bem como reduzindo o estresse psicológico (Zhang *et al.*, 2019). Grande parte da produção científica sobre reabilitação precoce em UTI concentra-se na investigação de protocolos de mobilização precoce (Tomonaga *et al.*, 2022; Yu *et al.*, 2024; Daud *et al.*, 2022; Murooka *et al.*, 2023), sendo demonstrados efeitos benéficos para prevenção ou minimização da incapacidade em pacientes gravemente enfermos (Tomonaga *et al.*, 2022; Yu *et al.*, 2024; Daud *et al.*, 2022; Murooka *et al.*, 2023). Tomonaga *et al.* (2022) investigaram a reabilitação precoce, com ênfase na mobilização precoce, e demonstraram que, em países que implementaram protocolos estruturados dessa prática, houve redução do tempo de internação e complicações decorrentes de agravos de saúde, como as PICS. Em estudo de revisão sistemática, foi demonstrado que a mobilização precoce dos pacientes, nas primeiras 24 a 72 horas após a admissão ou no início da ventilação mecânica, pode potencializar a recuperação muscular e aumentar a probabilidade de desmame ventilatório bem-sucedido (Yu *et al.*, 2024). Em estudo de revisão sistemática, conduzido por Daud e colaboradores (2022), observou-se que em pacientes que tiveram acesso à mobilização precoce nas primeiras 72 horas após a admissão na UTI houve um aumento significativo na força muscular, mobilidade e função física, quando comparado a pacientes do grupo controle. Adicionalmente, a mobilização precoce em UTIs está associada à melhores resultados funcionais a longo prazo. Murooka e colaboradores (2023) investigaram o efeito da mobilização precoce em UTI por meio da comparação dos resultados pós-alta entre pacientes que iniciaram essa abordagem precocemente e aqueles que iniciaram de forma tardia, em uma amostra significativa de 4.490 pacientes. Neste estudo, observou-se que pacientes submetidos à reabilitação precoce apresentaram menor probabilidade de

readmissão hospitalar até três anos após a alta, comparados aos que começaram a reabilitação tardiamente (Murooka *et al.*, 2023).

A implementação da reabilitação precoce em ambientes de UTI é considerada eficaz e viável quando realizada dentro de uma abordagem multidisciplinar (Inoue *et al.*, 2019; Renner *et al.*, 2023; Serrano *et al.*, 2019). A atuação precoce da equipe multidisciplinar na UTI é fundamental para tratar pacientes complexos (Margetis *et al.*, 2023), uma vez que cada profissional contribui para a assistência integral e centrada nas necessidades do paciente. Dentre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de intervenção precoce em pacientes críticos, destaca-se o papel do terapeuta ocupacional ao promover funcionalidade e autonomia, essenciais para a reabilitação (Margetis *et al.*, 2023).

#### **1.4 Intervenção da Terapia Ocupacional com pacientes críticos**

A atuação de terapeutas ocupacionais em UTIs é uma prática emergente e reconhecida por sua importância na reabilitação e no aprimoramento da qualidade de vida de pacientes críticos (Garcia, 2023; Margetis *et al.*, 2023). De acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020), esses profissionais são integrantes indispensáveis da equipe interdisciplinar no cuidado a pacientes críticos por proporcionarem uma visão holística necessária para melhor implementar diretrizes de cuidados intensivos baseadas em evidências que visam a melhor qualidade de vida e sobrevivência dessas pessoas (Margetis *et al.*, 2023; AOTA, 2020). Conforme destacado por Smith, Tsai e Peterson (2025), pacientes em UTIs vivenciam necessidades funcionais, físicas e cognitivas complexas que afetam seu engajamento nas atividades da vida diária (AVDs). Profissionais de terapia ocupacional estão em uma posição única para atender a essas necessidades e otimizar a recuperação funcional desses pacientes (Smith; Tsai; Peterson, 2025).

No Brasil, o embasamento legal para atuação em UTIs é estabelecido pela Resolução RDC nº 7/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 24 de fevereiro, que define os requisitos mínimos para as UTIs e torna obrigatória a presença do terapeuta ocupacional na equipe multiprofissional. Além disso, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por meio da resolução nº 429/2013, reconhece e regulamenta a atuação do terapeuta ocupacional em contextos hospitalares.

O início precoce da reabilitação em cuidados intensivos, incluindo a terapia ocupacional como membro de uma equipe interdisciplinar na UTI, foi associada a melhora do estado funcional a longo prazo (Smith; Tsai; Peterson, 2025; Álvarez *et al.*, 2017, 2023; Rapolthy-Beck *et al.*, 2021; Costigan *et al.*, 2019), redução de complicações em pacientes submetidos à ventilação mecânica (Álvarez *et al.*, 2017, 2023; Costigan *et al.*, 2019), bem como redução do tempo de permanência na UTI (Costigan *et al.*, 2019). Adicionalmente, profissionais de terapia ocupacional agregam valor às equipes de terapia intensiva e aos sistemas de saúde, reduzindo o risco de readmissão hospitalar por meio do planejamento da alta e de intervenções pré-alta (Pritchard *et al.*, 2019).

A segurança e a efetividade da intervenção terapêutica ocupacional em UTI, como membro de uma equipe multidisciplinar, foram reportadas em estudos prévios (Smith; Tsai; Peterson, 2025; Weinreich *et al.*, 2017; Costigan *et al.*, 2019). Dentre as estratégias de intervenção utilizadas pelo terapeuta ocupacional, como membro da equipe multidisciplinar, destacam-se prioritariamente a mobilização precoce no leito e prevenção do *delirium* (Weinreich *et al.*, 2017; Rapolthy-Beck *et al.*, 2021), seguido em menor frequência pelo treino de atividade de vida diária (AVD) (Margetis *et al.*, 2023; Bittencourt *et al.*, 2021), engajamento em atividades de lazer (Margetis *et al.*, 2023; Costigan *et al.*, 2019), confecção de dispositivos de comunicação alternativa (Nydahl *et al.*, 2023, Costigan *et al.*, 2019) e adaptação ambiental (Smith; Tsai; Peterson, 2025; Margetis *et al.*, 2023)

Conforme destacado em estudos de revisão (Costigan *et al.*, 2019; Miranda *et al.*, 2023), as estratégias de intervenção terapêutica ocupacional no cuidado de pacientes críticos são predominantemente direcionadas para os aspectos da função física (mobilidade e posicionamento). Resultado similar foi observado em estudo conduzido por Rapolthy-Beck e colaboradores (2021), no qual terapeutas ocupacionais australianos reportaram que as intervenções realizadas com maior frequência envolviam mobilidade e posicionamento adequado ao leito para prevenção de lesão por pressão. Por fim, em estudo conduzido por Weinreich e colaboradores (2017) encontrou pouca diferenciação entre a intervenção terapêutica ocupacional e fisioterapêutica como membro da equipe multidisciplinar no cuidado aos pacientes críticos, bem como a falta de evidências que apoiem intervenções específicas da TO.

Embora a mobilização precoce seja relevante para a reabilitação do paciente crítico, este é apenas um aspecto do escopo da prática terapêutica ocupacional

(Costigan *et al.*, 2019; Smith; Tsai; Peterson, 2025). Porém, tradicionalmente, a prática em unidades de cuidados intensivos não inclui o envolvimento do terapeuta ocupacional em intervenções baseadas na ocupação (Rapolthy-Beck *et al.*, 2021; 2023). Até o momento, há evidências limitadas do impacto específico de intervenções terapêuticas ocupacionais direcionadas para o engajamento ocupacional precoce em ambientes de terapia intensiva.

### **1.5 Intervenção Baseada em Ocupação e Engajamento Precoce em Pacientes Críticos**

A investigação de intervenções precoces baseadas na ocupação, na qual o terapeuta ocupacional utiliza a ocupação do sujeito e as atividades propostas como meio de tratamento para atingir os objetivos do plano terapêutico (Fisher, 2013; Stav *et al.*, 2020), é incipiente (Wall *et al.*, 2024).

Na intervenção baseada na ocupação, o terapeuta ocupacional direciona a sua prática para objetivos, desejos e necessidades do paciente, considerando suas capacidades, o ambiente e as demandas elencadas pelo paciente e/ou sua família (Fisher, 2013). Neste sentido, a intervenção é centrada nas ocupações significativas e relevantes para o paciente, a partir de suas preferências, valores e necessidades pessoais (Pontes; Polatajko, 2016). Os desejos identificados pelo paciente orientam os objetivos da intervenção, favorecendo um engajamento em ocupações com significado e propósito (Davis; Polatajko, 2025). Desta forma, o profissional reconhece a autonomia dos pacientes ao definir metas ocupacionais e valorizar suas capacidades, inclusive em situações críticas como a internação em UTI (Rodriguez-Bailon; Lopez-Gonzalez; Merchan-Baeza, 2022).

O engajamento ocupacional acontece quando a ocupação definida é significativa para a pessoa (Pontes; Polatajko, 2016). A capacidade do paciente de se envolver em ocupações significativas é essencial para sua identidade, contribuindo para uma participação ativa, tornando-o protagonista do cuidado (Moua, 2020). O conceito de engajamento precoce, proposto por Smith, Tsai e Peterson (2025), amplia a compreensão das intervenções da terapia ocupacional no contexto da UTI ao enfatizar que as intervenções visam não apenas a mobilidade precoce, mas incluem intervenção de treinamento de AVDs (autocuidado, alimentação, higiene pessoal, banho e vestir-se), enfrentamento psicossocial, cognição (funções mentais, incluindo atenção, memória e funções executivas) e estimulação da função sensorial.

Até o presente momento, apesar de estudos prévios demonstrarem os benefícios da prática baseada na ocupação na melhoria do desempenho e engajamento ocupacional de pessoas com diferentes condições de saúde (Proffit *et al.*, 2022; Mitterfellner *et al.*, 2024; Ramachandran *et al.*, 2024), apenas um estudo abordou recentemente a viabilidade de um protocolo de intervenção baseado na ocupação em UTI (Rapolthy-Beck *et al.*, 2023). Rapolthy-Beck e colaboradores (2023) desenvolveram ensaio clínico aleatorizado, em Brisbane (Austrália), com o objetivo de investigar a viabilidade e eficácia de um programa de Terapia Ocupacional baseado na ocupação em pacientes da UTI médica/cirúrgica. Nesse estudo, os participantes (n=30) foram divididos em dois grupos: intervenção e controle (intervenção usual). Na avaliação de segmento de 90 dias após a admissão hospitalar, foi encontrada diferença significativa entre os grupos para as variáveis Medida de Independência Funcional - subescala motora (d=0,76; p=0,05) e Índice de Barthel Modificado (d=0,75; p=0,051), com melhores resultados reportados no grupo intervenção. Ademais, os resultados do estudo indicaram que as medidas de desfecho se mostraram eficientes e sensíveis para captar evoluções dos pacientes ao longo do tempo, bem como que a prática baseada em ocupação é uma intervenção segura e benéfica no ambiente da UTI (Rapolthy-Beck *et al.*, 2023).

Apesar de a pesquisa desenvolvida por Rapolthy-Beck e colaboradores (2023) ter demonstrado a viabilidade da implementação de um protocolo precoce em ambientes de UTI, o estudo foi conduzido na Austrália, país com características de organização do sistema de saúde diferentes de países em desenvolvimento, como o Brasil. De acordo com Aguiar *et al.* (2021), o Brasil apresenta uma grande diversidade tanto em termos de extensão territorial quanto no desenvolvimento sociodemográfico e organização do sistema de saúde, levando a um crescimento desigual, afetando de maneira significativa a distribuição de recursos e serviços pelo país, especialmente aqueles ligados à saúde. Diante de tanta diversidade, torna-se necessário a elaboração de um Manual técnico-científico de reabilitação precoce, desenvolvido a partir das particularidades culturais, estruturais e organizacionais do contexto brasileiro.

## **1.6 Justificativa**

A eficácia e segurança da reabilitação precoce para pacientes críticos já foi comprovada em estudos prévios (Tomonaga *et al.*, 2022; Yu *et al.*, 2024; Daud *et al.*,

2022; Murooka *et al.*, 2023). Entretanto, à medida que há avanços no desenvolvimento e avaliação de intervenções de reabilitação para pacientes críticos, apresenta-se o desafio de incorporação de intervenções que garantam a reabilitação centrada no paciente e a humanização dos cuidados intensivos (Nydahl *et al.*, 2023). Neste sentido, há o desafio de localizar o paciente no centro do cuidado, apoiado por sua família, preservando-se a sua individualidade, para que se possa garantir um cuidado verdadeiramente humanizado e centrado no paciente (Nydahl *et al.* 2023). Terapeutas ocupacionais, ao proporem uma estratégia de intervenção precoce baseada na ocupação, são membros fundamentais da equipe multiprofissional de terapia intensiva para alcance desses objetivos (Brummel *et al.*, 2014; Rapolthy-Beck; Fleming; Turpin., 2022). Apesar de estudos prévios reforçarem a relevância do TO como membro da equipe multiprofissional de cuidado de pacientes críticos (Smith; Tsai; Peterson, 2025; Weinreich *et al.*, 2017; Costigan *et al.*, 2019), estudos que analisam intervenções baseadas na ocupação em UTI são incipientes (Wall *et al.*, 2024). Além disso, a participação do TO nas equipes de UTI ainda é discreta no Brasil (Bittencourt *et al.*, 2021).

Rapolthy-Beck e colaboradores (2022) identificaram diversas barreiras que dificultam a atuação do terapeuta ocupacional em UTIs, entre elas: a ausência de diretrizes específicas para a prática de cuidados intensivos (78%), a falta de treinamento especializado (62,5%), a escassez de evidências científicas voltadas à atuação da terapia ocupacional em ambientes de UTI (59%). Além disso, as autoras destacam a insegurança e falta de confiança dos profissionais para implementar intervenções baseadas na ocupação (28%) como um fator que limita a prática clínica. A elaboração de um manual técnico-científico pode ser uma alternativa viável para possibilitar a implementação de intervenções baseadas na ocupação em pacientes críticos.

Manual técnico-científico pode ser definido como conjunto de normas, procedimentos, funções, atividades, instruções e orientações que possibilita definir e orientar atividades, além de divulgar o conhecimento e a experiência na área em questão (Pacheco; Mendes, 2015). Os manuais técnico-científicos fornecem diretrizes para a prática e a pesquisa, possibilitando que intervenções possam ser replicadas e utilizadas com confiabilidade. Portanto, o desenvolvimento de um manual técnico-científico que descreva as intervenções de terapia ocupacional em ambientes críticos é não apenas necessário, mas deve ser visto como um passo estratégico para superar

as dificuldades relatadas por profissionais da área (Rapolthy-Beck; Fleming; Turpin., 2022).

A necessidade de desenvolver manuais de intervenção específicos para terapeutas ocupacionais é urgente, pois esses documentos podem guiar os profissionais na implementação das intervenções baseadas em evidências (Blanche *et al.*, 2011). Esses materiais também servem para direcionar a prática profissional em determinados contextos (Blanche *et al.*, 2011), facilitando o acesso à informação técnica específica, fundamental para nortear as práticas dos profissionais. Os manuais fornecem estruturas organizadas para implementação de intervenções, assegurando maior uniformidade de práticas entre diferentes terapeutas ocupacionais (Blanche *et al.*, 2011). Ademais, são ferramentas que facilitam o treinamento das equipes ao favorecer diretrizes específicas para cada sessão, favorecendo a condução da intervenção (Blanche *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, o trabalho poderá contribuir para a implementação de intervenções precoces baseadas na ocupação em ambiente hospitalar, com pacientes críticos. Ademais, destaca-se a importância de construir e transmitir conhecimento a partir de informações confiáveis como uma forma de garantir a sua veracidade e incentivar boas práticas profissionais, prezando-se pela eficácia e segurança da informação (Blanche *et al.*, 2011).

## **2 OBJETIVO**

Desenvolver um manual técnico-científico para terapeutas ocupacionais sobre intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos no contexto brasileiro.

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo metodológico, transversal e de abordagem quanti-qualitativa. Segundo Polit e Beck (2019), a pesquisa metodológica promove a verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, para elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas. Este estudo foi desenvolvido em duas etapas, conforme descrito por Carroll e Nuro (2002): 1) desenvolvimento da versão preliminar do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos; 2) validação de conteúdo por juízes especialistas e desenvolvimento da versão final do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.

##### **3.1.1 Etapa 1- Desenvolvimento da versão preliminar do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos**

Essa etapa foi conduzida conforme estabelecido por Carroll e Nuro (2002), posteriormente adotado em estudos sobre desenvolvimento de manuais técnico-científicos (Blanch *et al.*, 2011; Pyatak; Carandang; Davis, 2015; Armstrong *et al.*, 2021). Nesta etapa, realizou-se pesquisa não sistemática nas bases de dados nacionais e internacionais por artigos e diretrizes práticas sobre o tema (Craig *et al.*, 2008; Wight *et al.*, 2016). Os artigos identificados foram utilizados para delinear a estrutura teórica preliminar, instrumentos de avaliação e os módulos de intervenção (Pyatak; Carandang; Davis, 2015; Armstrong *et al.*, 2021; Helmer; Delore; Bart, 2024), considerando as diretrizes de monitoramento de pacientes críticos (Schweickert *et al.*, 2009; ASSOBRAFIR, 2020).

Essa etapa compreendeu três ações: a) descrição dos princípios teóricos norteadores da intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos; b) descrição das etapas do processo de avaliação; e c) definição e descrição dos módulos de intervenção. Durante a elaboração do manual técnico-científico, buscou-se adaptar a linguagem científica para torná-la acessível aos terapeutas ocupacionais.

### 3.1.2 Etapa 2 – Validação de conteúdo e desenvolvimento da versão final do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.

Após o desenvolvimento inicial do Manual Técnico-Científico de intervenção precoce baseada na ocupação, realizou-se a validação de seu conteúdo com juízes especialistas. A avaliação por juízes especialistas é relevante por permitir opiniões de outros profissionais sobre o conteúdo e evitar um viés de quem elabora o material (Zombini; Peliocini, 2011).

Essa etapa ocorreu em duas fases. Na primeira fase, buscou-se validar o conteúdo do instrumento por meio de revisão global do manual técnico-científico e preenchimento de formulário on-line. Em seguida, foram realizados grupos focais para aprofundamento da análise da fundamentação teórica e estrutura do manual técnico-científico. Essas fases são fundamentais para a construção de um material que atenda às expectativas e necessidades dos profissionais, aproximando as demandas clínicas e reduzindo, dessa forma, as lacunas entre teoria e prática (Pyatak; Carandang; Davis, 2015).

Os especialistas foram selecionados por amostragem não probabilística do tipo intencional, ou seja, por uma escolha deliberada dos participantes, considerando seus atributos técnicos e capacidade de contribuição com o estudo. Ademais, buscou-se a representatividade das cinco macrorregiões do Brasil, contemplando dessa forma as diversidades da prestação do cuidado em saúde no cenário nacional. Os critérios de elegibilidade para participação no estudo foram: a) formação em terapia ocupacional, com registro no Conselho de Classe; b) atuação ou experiência prévia em UTIs, com no mínimo dois anos de experiência; e c) ter disponibilidade e concordância em participar de dois encontros do grupo focal online, com duração aproximada de 60 minutos cada.

Os especialistas foram convidados por e-mail, contendo uma carta convite para juízes especialistas (**Apêndice 1**) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para juízes especialistas (**Apêndice 2**). Uma cópia do Termo de Consentimento também foi disponibilizada para ser baixada e arquivada pelos participantes.

Após assinatura do TCLE, foi enviada aos especialistas a versão preliminar do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos. Na primeira fase, os especialistas realizaram uma revisão global do

manual técnico-científico, sendo solicitados a responderem um questionário com 20 perguntas distribuídas em quatro domínios: fundamentação teórica e estrutura geral do Manual Técnico-Científico, avaliação e monitoramento das intervenções, módulos de intervenção e aplicabilidade clínica (Carroll; Nuro, 2002; Lin *et al.*, 2024; Helmer; Delore; Bart, 2024). As questões foram analisadas utilizando-se uma escala Likert de cinco pontos, na qual 1 representa "discordo totalmente" e 5 "concordo totalmente" (Lin *et al.*, 2024; Helmer; Delore; Bart, 2024) (**Apêndice 3**). Para avaliar a taxa de concordância de cada item e para o conjunto de itens dos domínios, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que consiste em uma medida capaz de mensurar a proporção de juízes que estão em concordância sobre aspectos de um instrumento e de seus itens. O escore do IVC é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "4" ou "5" pelos especialistas, seguindo a seguinte fórmula:  $IVC = \frac{\text{número de respostas "4" ou "5"}}{\text{número total de respostas}}$ . Um IVC adequado deve ser pelo menos 0,80 (Polit; Beck, 2006).

Os formulários foram criados no aplicativo de gerenciamento de pesquisas Google Forms®. Os participantes tiveram um prazo de 21 dias para preenchimento do instrumento de pesquisa. Todos esses documentos foram armazenados em nuvem no serviço de armazenamento e sincronização Google Drive® da pesquisadora principal.

Em seguida, foram conduzidos dois grupos focais, em ambiente virtual, com duração de 60 a 90 minutos cada. A pesquisa com grupos focais é um método de coleta de dados qualitativo que consiste em reunir um grupo de aproximadamente três a sete participantes com o objetivo de obter opiniões individuais, identificar consensos coletivos e gerar novas ideias a partir das discussões sobre um tema, assunto ou conjunto de questões específicas (Barbour, 2018). Os encontros foram realizados por meio da plataforma de videoconferência Google Meet®, conduzidos por dois moderadores. Um moderador era terapeuta ocupacional, com doutorado em Psicologia e experiência em pesquisas qualitativas e condução de grupos focais; enquanto a segunda moderadora era terapeuta ocupacional, especialista em contextos hospitalares, atuante em UTI há oito anos. O roteiro do grupo focal abordou as questões descritas no **Apêndice 4**. As reuniões foram gravadas, posteriormente transcritas na íntegra e verificadas. O texto transcrito foi importado para uma planilha Excel® e organizado em um único corpus, que foi submetido à análise textual básica no software de processamento de dados IRAMUTEQ - *Interface de R pour les*

*Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Camargo; Justo, 2013). Empregaram-se os recursos de nuvem de palavras e análise de similitude. A nuvem de palavras agrupa e organiza as palavras graficamente em função da sua relevância, sendo as maiores aquelas que possuíam maior frequência. A análise de similitude tem como objetivo identificar as concorrências entre palavras e representar as conexões lexicais que estruturam o discurso. Cada núcleo (ou cluster de palavras) reflete campos semânticos interligados que expressam as principais ideias e sentidos compartilhados nas respostas dos participantes (Camargo; Justo, 2013).

A partir da análise da avaliação dos juízes especialistas, a equipe de pesquisa formada pela mestrand, orientadora e coorientador, analisou todos os apontamentos para julgar a pertinência e realizar as adequações necessárias para a qualificação do material. Para tal, foi avaliado se cada questão alcançou um IVC  $\geq 0,80$ , bem como foi considerada a análise textual e de similitude das reuniões do grupo focal.

A partir dessa avaliação, foi realizada a reformulação do manual técnico-científico (versão 1) para a elaboração da versão 2. Essa versão, juntamente com o questionário de avaliação reformulado (**Apêndice 5**), foi enviada para nova avaliação dos juízes especialistas. Todas as alterações foram devidamente sinalizadas para que os especialistas identificassem as modificações realizadas. A avaliação foi conduzida por meio do formulário criado no aplicativo de gerenciamento de pesquisas Google Forms®, contendo 10 questões, distribuídas em quatro domínios: fundamentação teórica e estrutura geral do Manual Técnico-Científico, avaliação e monitoramento das intervenções, módulos de intervenção e aplicabilidade clínica (Carroll; Nuro, 2002; Lin *et al.*, 2024; Helmer; Delore; Bart, 2024) (**Apêndice 5**). Os participantes tiveram um prazo de dez dias para preenchimento do instrumento de pesquisa. Todos esses documentos foram armazenados em nuvem no serviço de armazenamento e sincronização Google Drive®. Após análise da avaliação dos juízes especialistas, foram realizadas reuniões de trabalho com a equipe de pesquisa, elaborada a versão final do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.

### **3.2 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo comitê de ética em pesquisa (CAAE 80054724.0.0000.5149) e aprovado sob o parecer número 7.347.045 (**Anexo 1**). Os procedimentos adotados estão de acordo com as diretrizes da

Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (2012) e da Resolução 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (CNS, 2016). Além disso, os juízes especialistas que aceitaram participar da etapa de validação do manual técnico-científico assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Etapa 1- Desenvolvimento da versão preliminar do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.

A análise da literatura científica identificou oito estudos, dos quais: quatro estudos de revisão sistemática (Weinreich *et al.*, 2017; Smith; Tsai; Peterson, 2025; Fang *et al.*, 2024 Miranda *et al.*, 2023); um estudo de revisão de escopo (Costigan *et al.*, 2019); um estudo sobre a percepção de terapeutas ocupacionais que atuam no cuidado a pacientes críticos (Rapolthy-Beck; Fleming; Turpin, 2022); dois ensaios clínicos controlados que analisaram a efetividade de uma intervenção precoce baseada na ocupação (Rapolthy-Beck *et al.*, 2023) e de uma intervenção direcionada a prevenção de *delirium* em pacientes críticos (Álvarez *et al.*, 2017). Os achados desses estudos foram utilizados para identificar as estruturas teóricas abrangentes, os princípios da prática e as estratégias de intervenção utilizadas pelo terapeuta ocupacional no cuidado de pacientes críticos.

O conteúdo do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos incluiu: i) apresentação; ii) descrição dos princípios teóricos norteadores da intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos; iii) orientações iniciais; iv) processo de avaliação (avaliação inicial e instrumentos de avaliação diários) e, v) estratégias de intervenção (módulos de intervenção).

Na apresentação do manual técnico-científico, enfatizou-se o objetivo e o público-alvo, destacando-se sua abordagem flexível, que permite a individualização das intervenções, considerando o estado clínico e o nível de resposta do paciente aos estímulos. A seção seguinte aborda os princípios teóricos que nortearam a elaboração do material, citando-se os modelos de intervenção e sua relação com os principais construtos que fundamentam as intervenções propostas: prática baseada na ocupação, centrada no cliente e engajamento precoce.

Na terceira seção, são enfatizadas as orientações gerais para implementação da prática precoce baseada na ocupação, a saber: a) período de início das intervenções após admissão na UTI, b) frequência e duração das intervenções e c) parâmetros de estabilidade hemodinâmica para participação com segurança nas atividades propostas. Em seguida, na quarta seção, são descritos os procedimentos de avaliação inicial, no momento da admissão do indivíduo na UTI, bem como de avaliação diária, antes de se iniciar o atendimento terapêutico ocupacional. Nessa

seção, foram descritas estratégias para adaptação da aplicação dos instrumentos propostos, considerando-se o nível de resposta e cooperação do paciente. Por fim, na última seção, são descritos os módulos de intervenção, considerando-se o nível de resposta e cooperação do paciente. Nesta seção, são descritas estratégias para individualização das atividades, considerando-se tanto o nível de funcionalidade do indivíduo quanto seu repertório ocupacional.

#### **4.2 Etapa 2 – Validação de conteúdo e desenvolvimento da versão final do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.**

Após o desenvolvimento da versão preliminar do manual técnico-científico de intervenção precoce baseado na ocupação para pacientes críticos, o mesmo foi enviado para um grupo de especialistas para avaliação da validade de conteúdo. Foram recrutados 14 juízes especialistas, que demonstraram interesse em participar do estudo, distribuídos geograficamente da seguinte forma: um da região Centro-Oeste, um na região Nordeste, quatro na região Sudeste e quatro na região Sul. Desses profissionais, nove foram excluídos por não terem disponibilidade para participar dos dois encontros do grupo focal. Dessa forma, participaram dessa etapa cinco terapeutas ocupacionais com ampla experiência acadêmica e/ou clínica com pacientes críticos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Dados demográficos dos participantes do grupo focal

Participantes	Região	Sexo	Idade	Tempo de experiência	Tipo de UTI	Formação
P01	Norte	Feminino	33 anos	2 anos	UTI Adulto	Especialização em Gerontologia
P02	Nordeste	Masculino	32 anos	5 anos	UTI Adulto	Doutorado em Ciências da Saúde-Especialização em Reabilitação Neurológica do Adulto.
P03	Centro-Oeste	Feminino	34 anos	10 anos	UTI Adulto	Doutorado em Bioengenharia
P04	Sudeste	Feminino	39 anos	15 anos	UTI Adulto	Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Oncológica
P05	Sul	Feminino	33 anos	2 anos	UTI Adulto e Coronariana	

Fonte: Elaborado pelos Autores

O grupo de especialistas revisou a versão preliminar do manual técnico-científico e foi solicitado a avaliar o referencial teórico e a estrutura de aplicação da intervenção, por meio do preenchimento do formulário de avaliação (**Apêndice 3**). O cálculo do IVC foi realizado para cada questão do formulário, obtendo-se valor de concordância de 0,4 a 1,00 (Tabela 2).

**Tabela 2-** Etapa de validação de conteúdo por juízes especialistas - 1ª rodada.

<b>Questões</b>	<b>IVC</b>
<b>Fundamentação teórica e estrutura geral do Manual Técnico-Científico</b>	<b>0,84</b>
1. O modelo canadense de desempenho e engajamento ocupacional (CMOP-E) é um referencial teórico adequado para a construção do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.	0,80
2. Os principais construtos que fundamentam a intervenção (prática baseada em ocupação, centrada no cliente e engajamento precoce) são pertinentes aos princípios do CMOP-E	1,00
3. Os objetivos da intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos estão descritos claramente no Manual técnico-científico.	0,60
4. Os critérios de elegibilidade dos pacientes para aplicação do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos estão delimitados adequadamente.	1,00
5. A duração das sessões de intervenção (máximo de 60 minutos ou duas sessões de 30 minutos ou 3 sessões de 20 minutos) é viável para o contexto da UTI.	0,80
<b>Avaliação e monitoramento da intervenção</b>	<b>0,84</b>
6. O processo de avaliação proposto (avaliação inicial e avaliação diária) é suficiente para a coleta dos dados relevantes para a intervenção precoce baseada na ocupação.	0,80
7. Os instrumentos de avaliação propostos para avaliação inicial (COPM e <i>Sunflower-Brasil</i> ) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica.	0,60
8. Os instrumentos de avaliação propostos para avaliação diária (RASS, CAM-ICU e SPMSQ) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica.	0,80
9. As adaptações sugeridas para potencializar a aplicação dos instrumentos de avaliação atendem às demandas dos pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva.	1,00
10. Há clareza sobre os critérios de segurança para interrupção da intervenção.	1,00
<b>Módulos de intervenção</b>	<b>0,80</b>
11. O módulo 'Participação e engajamento em atividades de autocuidado' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.	1,00
12. O módulo 'Participação e engajamento em atividades significativas de lazer e espiritualidade' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.	0,80
13. O módulo 'Habilidades cognitivas e desempenho ocupacional' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico	0,60

14. O módulo 'Participação e uso de estratégias ambientais para promoção do sono' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.	0,80
15. O módulo 'Envolvimento da família no cuidado' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.	0,80
<b>Aplicação clínica</b>	<b>0,60</b>
16. As atividades sugeridas no Manual técnico-científico são flexíveis e permitem a individualização das intervenções, considerando o repertório ocupacional e o nível de funcionalidade do paciente.	0,80
17. As instruções contidas no Manual técnico-científico são claras e de fácil implementação para um terapeuta ocupacional, independente do seu nível de experiência na área.	0,40
18. O Manual técnico-científico contempla barreiras comuns da intervenção precoce baseada na ocupação em UTI (materiais disponíveis, precaução por contato, instabilidade clínica do paciente, por exemplo).	0,40
19. O manual técnico-científico é aplicável em UTI com diferentes características quanto ao público-alvo (pacientes queimados, neurológicos, pós-cirúrgicos, por exemplo).	0,60
20. O Manual Técnico-Científico serve como base para treinamento e supervisão de novos terapeutas na área.	0,60

Fonte: Elaborado pelos Autores

Conforme apresentado na Tabela 1, no domínio '*Fundamentação teórica e estrutura geral do Manual Técnico-Científico*', obteve-se IVC global de 0,84. Entretanto, o item 3 ('*Os objetivos da intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos estão descritos claramente no Manual técnico-científico*') apresentou IVC = 0,60, sugerindo necessidade de reformulação para torná-los mais claros e coerentes com a diversidade dos diferentes contextos de UTIs no país.

O domínio '*Avaliação e monitoramento da intervenção*' também apresentou IVC global de 0,84, indicando boa concordância entre os especialistas. Porém, o item 7 ('*Os instrumentos de avaliação propostos para avaliação inicial (COPM e Sunflower-Brasil) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica*') obteve IVC = 0,60, sugerindo a necessidade de ajustes para ampliar sua aplicabilidade diante das diversidades de perfis de pacientes e dos contextos de UTI. Os demais itens deste domínio atingiram IVC entre 0,80 e 1,00, evidenciando clareza quanto aos critérios de segurança e adequação das medidas para avaliação.

O domínio '*Módulos de intervenção*' obteve IVC global de 0,80, indicando aplicabilidade clínica das atividades propostas para intervenção. Entretanto, o item 13

*(‘O módulo ‘Habilidades cognitivas e desempenho ocupacional’ contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico’)* apresentou IVC = 0,60, apontando necessidade de aperfeiçoamento quanto à clareza e à compatibilidade das atividades propostas.

Por fim, o domínio *‘Aplicabilidade clínica’* apresentou o menor IVC global, de 0,60. Os itens 17 (*‘As instruções contidas no Manual técnico-científico são claras e de fácil implementação para um terapeuta ocupacional, independente do seu nível de experiência na área’*) e 18 (*‘O Manual técnico-científico contempla barreiras comuns da intervenção precoce baseada na ocupação em UTI - materiais disponíveis, precaução por contato, instabilidade clínica do paciente, por exemplo’*) apresentaram IVC = 0,40. Os itens 19 (*‘O Manual técnico-científico é aplicável em UTI com diferentes características quanto ao público-alvo - pacientes queimados, neurológicos, pós-cirúrgicos, por exemplo’*) e 20 (*‘O Manual técnico-científico serve como base para treinamento e supervisão de novos terapeutas na área’*) obtiveram IVC = 0,60. Em conjunto, esse resultado indica que os profissionais identificaram fragilidades relacionadas à clareza, aplicabilidade e orientações para implementação do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos. Esses resultados indicam a necessidade de aprimoramentos na versão preliminar do manual técnico-científico, de forma a torná-lo mais abrangente, didático e aplicável a diferentes contextos de UTIs e níveis de experiência profissional.

Após a análise quantitativa, foi realizada a análise qualitativa do grupo focal com os juízes especialistas. Para compreender a estrutura do discurso coletivo e os significados associados à prática baseada na ocupação e ao manual técnico-científico desenvolvido, empregaram-se os recursos de nuvem de palavras e análise de similitude. A partir da análise da Nuvem de Palavras (Figura 1), verifica-se que as palavras mais evocadas foram: “paciente” (f = 89), “ocupação” (f = 72), “conseguir” (f = 57), “UTI” (f = 55), “equipe” (f = 48), “pensar” (f = 48), “avaliação” (f = 48), “acreditar” (f = 47), “Manual técnico-científico ” (f = 45), “hospital” (f = 45), “precisar” (f = 44), “pessoa” (f = 41), “trazer” (f = 41), “prático” (f = 40), “profissional” (f = 40), “trabalhar” (f = 38), “terapia ocupacional” (f = 33), “utilizar” (f = 30).



A Árvore de Similitude apresentou oito clusters (ou núcleos de sentido) construída a partir das falas de terapeutas ocupacionais sobre a prática baseada na ocupação e o manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos. A análise articula tanto os eixos semânticos (as palavras que mais coocorrem) quanto o sentido discursivo de cada grupo, conectando-os ao campo teórico da terapia ocupacional. A partir disso, foram encontrados oito clusters, que representam uma rede de significados interligados, conforme descrito a seguir.

Cluster 1 (lilás): Prática Baseada na Ocupação e Fundamentos Teóricos. Palavras associadas: *ocupação, prática, modelo canadense, intervenção*. Este núcleo concentra as discussões sobre os fundamentos conceituais que sustentam o Manual técnico-científico. Os participantes problematizam o uso simultâneo de diferentes referenciais teóricos (Modelo Canadense de Desempenho e Engajamento Ocupacional – *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E), Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo) e Prática Baseada na Ocupação, refletindo sobre a necessidade de coerência entre teoria, avaliação e intervenção. Nesse contexto, houve destaque para o papel da ocupação como meio (intervenção) e fim (resultado) e para a necessidade de diferenciar atividade, tarefa e participação, especialmente no contexto hospitalar.

Participante P02: *“A proposta é uma prática baseada na ocupação; o centro tem que ser a ocupação. Se há ênfase em cognição ou função corporal, isso precisa estar articulado à ocupação.”*

Os especialistas argumentaram que o CMOP-E talvez não fosse o referencial mais adequado para fundamentar o manual técnico-científico, uma vez que esse modelo teórico destaca a ocupação em três grandes áreas (autocuidado, lazer e produtividade), não contemplando os diferentes módulos de intervenção apresentados. Considerando que o Manual técnico-científico se propõe a uma prática baseada na ocupação e incorpora outras ocupações que ultrapassam as categorias apresentadas pelo CMOP-E, os participantes apontaram que o referencial teórico deveria ser revisto.

Cluster 2 (verde claro): Reflexão Profissional e Prática Baseada na Ocupação. Palavras associadas: *pensar, achar, manual, prático, teórico, profissional*. Indica o movimento de reflexão crítica sobre o fazer terapêutico, conectando teoria e prática. Nesse cluster, destaca-se a importância da fundamentação teórica como suporte para a atuação clínica.

Participante P03: *“Pelo menos na minha realidade, é muito dinâmica. (...) Então eu acredito que, o desafio é mesmo essa rotatividade que dentro do contexto de UTI, ele roda muito rápido (...). Uma coisa, quando eu coloquei que eu não utilizava uma avaliação, não significa que eu não avalio o paciente, mas hoje eu não utilizo um protocolo, né? Mas de fato me trouxe um questionar se seria importante, talvez criar um protocolo ou utilizar um protocolo para a gente conseguir mensurar essa parte mesmo dos indicadores. (...) Depois de ler o Manual técnico-científico, comecei a me questionar se não seria necessário utilizar algum tipo de avaliação para mensurar e transformar em dados o que realizo na prática. Isso me fez refletir sobre a importância da avaliação no contexto da UTI”.*

Participante P05: *“Quando comecei na UTI, procurei muitos documentos, mas nenhum deles estruturava a minha prática, e isso me trouxe muitas dificuldades”.*

Cluster 3 (verde e interseções com azul e vermelho): Contexto Hospitalar e Atuação na UTI. Palavras associadas: *paciente, UTI, avaliação, terapia ocupacional, acreditar, ver*. Neste cluster, há ênfase no núcleo técnico da prática, centrado na avaliação funcional, mensuração de resultados e definição de indicadores, dentro de um ambiente crítico e dinâmico. Expressa a necessidade de protocolos claros que mantenham a coerência com o constructo da prática baseada na ocupação, agrupando os discursos sobre o ambiente de terapia intensiva e os desafios da inserção do terapeuta ocupacional nesse espaço. Os participantes descrevem o caráter biomédico e técnico da UTI, o ritmo dinâmico e a pressão institucional por resultados, ressaltando a necessidade de legitimar o trabalho da TO junto às demais categorias.

Participante P01: *“O Manual ajuda a mostrar que a terapia ocupacional é muito mais do que fazer órteses; ela traz a ocupação para um ambiente onde normalmente só se fala em função corporal.”*

Participante P03: *“Eu atualmente atuo em um hospital do SUS, mas que é gerido por uma organização não governamental. Quando chega o final do mês, há uma cobrança intensa por resultados. Isso acontece porque o hospital precisa apresentar uma entrega para a Secretaria, e nós, enquanto profissionais, precisamos mostrar nossos indicadores e evoluções para compor esses dados. Se não conseguimos demonstrar números de forma eficaz para a gerência, viramos descartáveis.”*

Cluster 4 (Roxo): Desafios Institucionais e Equipe Multidisciplinar. Palavras associadas: *conseguir, equipe, hospital, utilizar, protocolo, discussão*. Este campo reflete as relações de trabalho no ambiente hospitalar, evidenciando desafios de integração multiprofissional e reconhecimento do papel do terapeuta ocupacional. Indica a importância do Manual técnico-científico como ferramenta de legitimação técnica e comunicativa dentro da equipe multiprofissional.

Participante P02: *“Muitas das nossas dificuldades em relação à aceitação da equipe vêm muito do trabalho que a gente realiza. Se não temos segurança para atuar, se não conseguimos demonstrar o que é importante na nossa intervenção, muitas vezes os outros profissionais não vão entender o nosso papel.”*

Participante P04: *“Trabalhei em diferentes hospitais aqui em São Paulo, como na Rede D’Or, onde fui a primeira terapeuta ocupacional contratada CLT para implantar o serviço, e no Einstein e no Sírio Libanês. Em todos esses lugares, sempre atuei como a única terapeuta ocupacional em meio a muitos médicos e fisioterapeutas. Essa vivência em múltiplas instituições me mostrou como as equipes funcionam de maneiras diferentes e como o reconhecimento da terapia ocupacional depende muito da maturidade da equipe e da abertura institucional”.*

Participante P05: *“Como é um hospital muito grande, são 60 leitos divididos em equipes multiprofissionais para somente duas terapeutas ocupacionais. A gente não consegue estar em todos os rounds, então precisa priorizar e elencar alguns critérios”.*

Cluster 5 (amarelo): Pessoa e Sentido da Ocupação. Palavras associadas: *pessoa, entender, ficar, hospital, trabalhar, conhecimento, segurança*. Reflete a dimensão subjetiva e centrada no indivíduo, destacando o foco no cuidado

humanizado, no vínculo com o paciente e na atuação da terapeuta ocupacional em UTI, com enfoque na ocupação como meio e fim da intervenção.

Participante P01: *“Algo que eu percebi, e que ficou muito claro nas propostas do Manual, é o foco no indivíduo, no cuidado centrado na pessoa. Para mim, esse é um ponto muito forte do Manual.”*

Participante P02: *“A proposta é abordar a ocupação como meio e como fim, para que as pessoas saiam da UTI com melhor condição de desempenhar suas ocupações”.*

Participante P05: *“Acho que o ponto principal é trazer a ocupação para as nossas intervenções. Quando eu vi o documento, pensei: ‘Ela pensou super fora da caixa ao trazer ocupação para esse espaço, porque muita gente acha que não tem como trabalhar ocupação dentro desse ambiente hospitalar”.*

Cluster 6 (vermelho): Desafios e Posicionamento Profissional na Realidade Institucional. Palavras associadas: *precisar, sempre, aqui, realidade, conversar, participar, terapia ocupacional, fisioterapia*. Esse cluster expressa um discurso fortemente situado na realidade institucional. Enquanto outros grupos da árvore tratam de fundamentos teóricos e reflexões conceituais, este concentra as falas práticas e posicionamentos políticos e profissionais que emergem da experiência vivida nas UTIs e hospitais.

Participante P03: *“Eu acredito que assim, eu participei de alguns grupos com outros terapeutas ocupacionais e em alguns grupos têm terapeutas ocupacionais do Brasil inteiro e eu vejo em muitos contextos a dificuldade dos colegas na atuação em contexto hospitalar, principalmente dentro de UTI e eu vejo também muitas práticas indo totalmente de contra do que é de fato a terapia ocupacional. (...) Teve um colega que falou que achava que a gente não precisava levar discussões ou cursos voltados ao contexto hospitalar porque dentro do contexto hospitalar a gente não tem como trabalhar a terapia ocupacional. Aquilo me assustou e eu vejo que isso não é uma exceção, mas sim uma regra, infelizmente. Claro que eu vejo que nesses últimos anos a Terapia Ocupacional tem caminhado de uma forma que a gente tem se apropriado mais da ocupação, mas eu ainda acho que somos poucos, a gente precisa disseminar*

*mais isso. Então, eu acredito que o ponto forte desse documento, de fato, é voltar a práticas todas dentro da ocupação. O que eu achei fantástico, porque eu vejo a carência que a gente tem hoje dentro disso de modo geral né, na nossa atuação”.*

Participante P04: *“Sempre participei da educação continuada do hospital, mas isso partiu do meu interesse, em nenhum momento a instituição disse que eu tinha que participar. Eu quis participar para apresentar a terapia ocupacional e, com isso, ganhar espaço. Se eu ganho espaço, eu ganho respeito.”*

Participante P05: *“Ainda temos algumas barreiras da equipe e da instituição. Somos vinculadas ao serviço de educação física e terapia ocupacional, e muitas vezes a equipe solicita atividades lúdicas como se esse fosse nosso foco.”*

A partir da avaliação dos juízes especialistas, realizaram-se as revisões solicitadas pelos juízes e julgadas como pertinentes pelo grupo de pesquisa. A maioria das sugestões dos juízes foi aceita, sendo que, quando a recomendação não foi acatada, os autores elucidaram o motivo. As reformulações efetuadas são descritas a seguir (Tabela 3) e culminaram na versão final do Manual técnico-científico, conforme descrito a seguir.

**Tabela 3– Conteúdo da versão original e versão final do Manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.**

<b>Seção</b>	<b>Versão original do Manual técnico-científico</b>	<b>Avaliação por juízes</b>	<b>Modificações realizadas</b>
<b>Apresentação</b>	Descrição do objetivo do Manual técnico-científico e o público-alvo, destacando-se sua abordagem flexível, que permite a individualização das intervenções, considerando o estado clínico e o nível de resposta do paciente aos estímulos.	Sugestão de maior ênfase na necessidade de formação continuada, uma vez que o currículo do curso de graduação em Terapia Ocupacional não contempla a especificidade da atuação com paciente crítico.	Contextualização da necessidade de treinamento dos profissionais que atuam ou pretendem atuar com pacientes críticos, considerando as especificidades e complexidades de cada unidade de terapia intensiva e as particularidades regionais.
<b>Princípios teóricos norteadores da intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos</b>	<p>Descreve o CMOP-E como principal referencial teórico devido à sua estreita relação com os principais construtos que fundamentam as intervenções propostas no Manual técnico-científico: prática baseada na ocupação, centrada no cliente e engajamento precoce.</p> <p>A definição proposta por Anne Fischer para prática centrada, baseada e focada na ocupação foi utilizada para classificação dos módulos de intervenção.</p>	<p>Sugestão de que o Modelo Canadense de Desempenho e Engajamento Ocupacional (CMOP-E) não seja o referencial mais adequado para fundamentar o manual técnico-científico, uma vez que esse modelo teórico destaca a ocupação em três grandes áreas (autocuidado, lazer e produtividade), não contemplando os diferentes módulos de intervenção apresentados no manual técnico-científico.</p> <p>Considerando que o manual técnico-científico se propõe a uma</p>	Revisão do referencial teórico, optando-se como principal referência o Enquadramento <i>da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo</i> (AOTA, 2020) para organizar e descrever o processo terapêutico ocupacional. Essa escolha justifica-se pelo fato de esse documento ser amplamente conhecido no Brasil e oferecer uma estrutura alinhada aos principais construtos norteadores da construção do manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação.

		<p>prática baseada na ocupação e incorpora outras ocupações que ultrapassam as categorias apresentadas pelo CMOP-E os juízes apontaram que o referencial teórico deveria ser revisto.</p> <p>Os juízes consideraram a definição proposta por Anne Fischer para prática centrada/baseada/focada na ocupação ainda pouco difundida entre terapeutas ocupacionais brasileiros.</p>	
<b>Orientações iniciais</b>	<p>Orientações gerais para implementação da prática precoce baseada na ocupação, a saber: período de início das intervenções após admissão na UTI, frequência e duração das intervenções e parâmetros de estabilidade hemodinâmica para participação com segurança nas atividades propostas.</p>	<p>Ampliar a descrição dos critérios de segurança para implementação da intervenção precoce baseada na ocupação.</p>	<p>Inclusão de dois novos quadros, '<i>sinais vitais básicos</i>' e '<i>Critérios de segurança para interrupção do Manual Técnico-Científico de intervenção precoce baseado na ocupação</i>', com o objetivo de orientar os terapeutas ocupacionais quanto aos limites fisiológicos e clínicos para interrupção segura das intervenções.</p>
<b>Intervenção precoce baseada na ocupação: processo de avaliação</b>	<p>Indicação dos instrumentos Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) e <i>Sunflower-Brasil</i> para avaliação inicial.</p> <p>Para avaliação diária, sugestão dos <i>Standardized Questions for Cooperation</i></p>	<p>Sugestão da inclusão de instrumento, na avaliação inicial, para mensurar a funcionalidade, favorecendo dessa forma a construção de indicadores assistenciais.</p>	<p>Na avaliação inicial, manutenção dos instrumentos COPM e <i>Sunflower-Brasil</i>, considerados fundamentais para a implementação de uma intervenção baseada na ocupação. Inclusão da Medida de Independência</p>

	<p>(S5Q), <i>Richmond Agitation and Sedation Scale</i> (RASS), <i>Confusion Assessment Measure-ICU</i> (CAM-ICU) e <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ)</p>	<p>Questionamento quanto à aplicabilidade clínica dos instrumentos COPM e <i>Sunflower-Brasil</i>.</p> <p>Sugestão de inclusão na avaliação diária de instrumento que mensure a mobilidade, de forma a auxiliar o terapeuta na seleção e adaptação das atividades propostas.</p> <p>Ressalta-se a dificuldade da aplicação de instrumentos padronizados de avaliação diária devido à elevada demanda por atendimentos e rotatividade dos pacientes nas UTIs.</p> <p>Sugestão para exclusão de instrumentos que avaliam funções corporais específicas, como o <i>SPMSQ</i>. Esses instrumentos, assim como outros instrumentos para avaliação de aspectos relevantes da funcionalidade de pacientes críticos, como dor e fadiga, devem ser incluídos como instrumentos complementares de avaliação, a serem utilizados conforme análise do terapeuta.</p>	<p>Funcional (MIF) para avaliação da funcionalidade.</p> <p>Na avaliação diária, manutenção dos instrumentos S5Q, RASS, CAM-ICU, instrumentos amplamente referenciados no cuidado de pacientes críticos. Inclusão do questionário <i>Functional Status Score for the Intensive Care Unit</i> (FSS-ICU) para avaliação da mobilidade.</p> <p>Elaborado um apêndice com sugestões de avaliações complementares que podem ser aplicadas conforme o julgamento clínico do profissional e particularidades da UTI.</p> <p>Inserção de quadro para tomada de decisão quanto à aplicação dos instrumentos de avaliação inicial.</p>
<p><b>Intervenção precoce baseada na ocupação:</b></p>	<p>Descrição dos cinco módulos que compõem a intervenção precoce baseada na ocupação: a) Participação e</p>	<p>Incongruência entre a nomenclatura utilizada no referencial teórico e a identificação dos módulos de</p>	<p>Organização das intervenções em dois módulos principais, considerando o referencial teórico do</p>

<p><b>módulos de intervenção</b></p>	<p>engajamento em atividades de autocuidado; b) Participação e engajamento em atividades significativas de lazer e espiritualidade; c) Habilidades cognitivas e desempenho ocupacional; d) Participação e uso de estratégias ambientais para promoção do sono; e) Envolvimento e participação da família no cuidado.</p> <p>Em cada módulo, são descritas estratégias para individualização das atividades, considerando-se tanto o nível de funcionalidade do paciente quanto seu repertório ocupacional.</p>	<p>intervenção, uma vez que no Modelo CMOP-E a espiritualidade e o sono não são elencados como áreas da ocupação.</p> <p>As intervenções elencadas na categoria 'Habilidades cognitivas e desempenho ocupacional' não podem ser consideradas como intervenções relacionadas à ocupação, uma vez que são direcionadas exclusivamente ao componente estrutura e função do corpo.</p> <p>Questionamento quanto à ênfase somente nas habilidades cognitivas, em detrimento das habilidades físicas na reabilitação precoce do paciente crítico.</p>	<p>Enquadramento <i>da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo</i> (AOTA, 2020): a) Intervenções em ocupações e atividades, e b) Intervenções em fatores do cliente (estrutura e função do corpo).</p> <p>Na categoria Intervenções em ocupações e atividades, as intervenções foram agrupadas da seguinte forma: a) Participação e engajamento em atividades de vida diárias; b) Participação e engajamento em atividades significativas de lazer, expressão religiosa e espiritual; e c) Participação para promoção do sono.</p> <p>Na categoria Intervenções em fatores do cliente (estrutura e função do corpo), as intervenções foram agrupadas da seguinte forma: a) mobilização precoce e posicionamento no leito, e b) estimulação sensorial.</p> <p>O módulo antigo intitulado 'Envolvimento da família' deixou de existir como conteúdo independente e passou a permear todos os módulos de intervenção.</p>
--------------------------------------	--	---	---

			<p>Para facilitar a tomada de decisão do terapeuta ocupacional, acrescentou-se uma nova subseção intitulada 'Níveis de cooperação e resposta do paciente', na qual o nível de resposta do paciente foi categorizado em uma escala de 0 a 5, considerando a combinação dos instrumentos de avaliação diária (RASS, CAM-ICU, S5Q e FSS-ICU).</p>
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelos Autores

Assim como na primeira etapa, foi realizado o cálculo do IVC para cada questão do formulário respondido pelos juízes especialistas, sendo obtido valor de concordância de 1,00 (Tabela 4).

**Tabela 4** - Etapa de validação de conteúdo por juízes especialistas – 2ª rodada

<b>Questões</b>	<b>IVC</b>
<b>Fundamentação teórica e estrutura geral do Manual técnico-científico</b>	<b>1,00</b>
1. O Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA, 2020) é um referencial teórico adequado para a construção do Manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.	1,00
2. Os principais construtos que fundamentam a intervenção (prática baseada em ocupação, centrada no cliente e engajamento precoce) são pertinentes aos princípios do Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA 2020).	1,00
3. Os objetivos da intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos estão descritos claramente no Manual técnico-científico.	1,00
<b>Avaliação e monitoramento da intervenção</b>	<b>1,00</b>
4. Os instrumentos de avaliação inicial (COPM, <i>Sunflower-Brasil</i> , MIF e avaliações complementares) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica.	1,00
5. Os instrumentos de avaliação propostos para avaliação diária (RASS, CAM-ICU, S5Q e FSS-ICU) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica.	1,00
<b>Módulos de intervenção</b>	<b>1,00</b>
6. A nova estrutura dos módulos de intervenção contempla adequadamente os conteúdos e atividades anteriormente abordados no módulo “Habilidades cognitivas e desempenho ocupacional”, agora incluídos em “Intervenção em fatores do cliente”.	1,00
<b>Aplicação clínica</b>	<b>1,00</b>
7. As instruções e adaptações contidas no Manual técnico-científico (como estratégias de comunicação e níveis de cooperação) são claras e de fácil implementação para terapeutas ocupacionais com diferentes níveis de experiência.	1,00
8. O Manual técnico-científico contempla barreiras comuns da intervenção precoce baseada na ocupação em UTI (como disponibilidade de materiais, precauções por contato, instabilidade clínica e limitações cognitivas ou comunicacionais dos pacientes).	1,00
9. O Manual técnico-científico apresenta flexibilidade para aplicação em UTIs com diferentes características quanto ao público-alvo (pacientes queimados, neurológicos, pós cirúrgicos, cardiopatas, entre outros), respeitando o contexto clínico e ocupacional.	1,00
10. O Manual técnico-científico apresenta estrutura, fundamentação teórica e exemplos práticos suficientes para ser utilizado como base	1,00

para treinamento e supervisão de novos terapeutas ocupacionais na área hospitalar e de cuidados intensivos.	
---	--

Fonte: Elaborado pelos Autores

Os resultados demonstrados na tabela 4 revelam que, após os ajustes realizados, todos os domínios avaliados alcançaram IVC superior a 0,80, com 100% de concordância entre os especialistas. Esse desempenho indica que o manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos passou a apresentar maior clareza textual, coerência na fundamentação teórica e aplicabilidade clínica para diferentes perfis de pacientes, contextos de UTIs e níveis de experiências profissionais.

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou o processo de desenvolvimento de um manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos, baseado no modelo teórico proposto por Carroll e Nuro (2002). A proposta de desenvolver um programa de intervenção baseada na ocupação para pacientes críticos pauta-se na literatura da área que indica que as intervenções baseadas na ocupação, apesar de constituírem a identidade da terapia ocupacional, permanecem emergentes no contexto hospitalar (Hess-April *et al.*, 2017). Em ambientes como as UTIs, o modelo biomédico predominante tende a restringir a implementação de intervenções baseadas na ocupação (Hess-April *et al.*, 2017).

Em estudo realizado por Aas e Bonsaken (2023), observou-se que somente 26% das avaliações e 38% das intervenções realizadas por terapeutas ocupacionais em hospitais noruegueses foram classificadas como baseadas na ocupação. As principais barreiras apontadas pelos profissionais para a implementação de avaliações e intervenções baseadas na ocupação foram a falta de tempo, de espaço e de equipamentos (Aas; Bonsaksen, 2023). Esses achados dialogam diretamente com os resultados dos grupos focais deste estudo, nos quais os juízes especialistas relataram que demandas institucionais, pressão por produtividade, alta rotatividade de pacientes e número elevado de coberturas de leitos dificultam a implementação de intervenções baseadas na ocupação. Um ponto crítico destacado pelos profissionais brasileiros é a ausência de resoluções normativas específicas para a atuação do terapeuta ocupacional na UTI, o que leva ao aumento da sobrecarga do profissional.

A Resolução RDC nº 7/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 24 de fevereiro de 2010, define os requisitos mínimos para as UTIs e insere o terapeuta ocupacional como membro da equipe complementar assistencial. Contudo, diferentemente do que ocorre com a fisioterapia, para a qual a Resolução determina a razão de um fisioterapeuta a cada 10 leitos, não há qualquer obrigatoriedade numérica referente à presença do terapeuta ocupacional. No âmbito do COFFITO, a Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013, que reconhece e regulamenta a atuação do terapeuta ocupacional em contextos hospitalares, também não define parâmetros mínimos de leitos. A Resolução COFFITO nº 445 de 26 de abril de 2014, que altera a resolução nº 418/2012, estabelece os parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais em contextos hospitalares. Essa Resolução determina que,

em um turno de seis horas, o terapeuta ocupacional deve realizar oito atendimentos individuais em UTIs. Embora a Resolução nº 445/2014 trate do número de atendimento por turnos, ela não define a relação entre o número de leitos e o número de terapeutas ocupacionais. Essa omissão normativa abre espaço para que instituições distribuam cargas assistenciais excessivas e/ou reduzam as contratações de terapeutas ocupacionais, impactando diretamente no cuidado do paciente crítico (Garcia *et al.*, 2023).

Além das barreiras institucionais, Rapolthy-Beck e colaboradores (2022) identificaram como barreiras à atuação do terapeuta ocupacional em UTIs a ausência de diretrizes específicas, falta de treinamentos especializados, a escassez de evidências científicas e a insegurança profissional para implementação de intervenções baseadas na ocupação. Esse cenário reforça a relevância do desenvolvimento de manuais técnico-científicos estruturados que apoiem o raciocínio clínico e favoreçam práticas fundamentadas em evidências. De acordo com Carroll e Nuro (2002), o desenvolvimento de um manual técnico-científico visa especificar objetivos, técnicas, estruturas e mecanismos teóricos de uma intervenção, constituindo etapas essenciais para sua posterior aplicação clínica. Embora tais manuais promovam padronização, replicabilidade e fidelidade teórica, também apresentam limitações, como o risco de engessamento da prática e aumento inicial da carga de trabalho (Pyatak *et al.*, 2015). Como estratégia para minimizar o engessamento da prática, o presente manual foi desenvolvido buscando equilibrar estrutura e flexibilidade, evitando restringir a autonomia clínica do terapeuta ocupacional.

A validação de conteúdo evidenciou consenso entre os especialistas quanto a fundamentação teórica, instrumentos de avaliação, módulo de intervenção e aplicabilidade do manual, indicando sua utilidade em diferentes contextos de UTI e níveis de experiência profissional. Destaca-se que, após sugestões dos juízes especialistas durante o grupo focal, o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA, 2020) foi adotado como referência para orientar a descrição dos módulos e nomenclaturas utilizados. Este documento organiza a prática da terapia ocupacional a partir das relações dinâmicas entre pessoa, ocupação e contextos, estruturando elementos do domínio e processos da profissão (AOTA, 2020), proporcionando dessa forma uma estrutura alinhada aos principais construtos norteadores da construção do manual técnico-científico de

intervenção precoce baseada na ocupação. Por fim, trata-se de documento amplamente conhecido por terapeutas ocupacionais brasileiros, disponível por meio de acesso gratuito.

Na seção da avaliação e monitoramento, manteve-se a indicação da COPM e *Sunflower-Brasil*, com adaptações para o contexto da UTI, e a inclusão da MIF como instrumento de avaliação inicial. A utilização de instrumentos padronizados é fundamental para monitorar a evolução clínica, subsidiar decisões terapêuticas e construir indicadores de qualidade assistencial (Souza, 2022; Alves *et al.*, 2019). Ainda nessa seção, foram incorporados quadros específicos de critérios de segurança e sinais vitais para orientar o início e a interrupção das intervenções. A definição clara dos critérios de interrupção da intervenção foi uma das principais barreiras apontadas por Rapolthy-Beck, Fleming e Turpin (2022) e pelos juízes especialistas do presente estudo para implementação de uma intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.

Os módulos de intervenção foram reorganizados em duas categorias: 'Intervenções em ocupações e atividades' e 'Intervenções em fatores do cliente – estrutura e função do corpo'. A primeira constituiu o eixo inovador do manual, priorizando o engajamento precoce em atividades significativas de vida diária, lazer, atividades instrumentais de vida diária e promoção do sono, alinhando-se à literatura emergente sobre a reabilitação precoce baseada na ocupação (Rapolthy-Beck *et al.*, 2023; Moua, 2020). Estudo recente demonstrou que intervenções graduadas conforme o nível funcional e baseadas na ocupação podem melhorar o desempenho ocupacional e favorecer a recuperação durante a internação e após a alta hospitalar (Rapolthy-Beck *et al.*, 2023).

As intervenções em fatores do cliente contemplam estratégias amplamente descritas na literatura, como posicionamento, mobilização precoce e estimulação cognitiva, reconhecidas como práticas consolidadas da terapia ocupacional no cuidado de pacientes críticos (Costigan *et al.*, 2019; Weinreich *et al.*, 2017). Embora necessárias, tais intervenções, quando isoladas, tendem a reforçar abordagens centradas na função do corpo. Assim, o manual propõe sua integração progressiva com intervenções ocupacionais, conforme o paciente adquire maior nível de consciência e cooperação.

O envolvimento da família foi incorporado transversalmente aos módulos de intervenção, reconhecendo seu papel essencial no apoio ao engajamento precoce,

seja por meio de fornecimento de objetos pessoais, suporte à comunicação, estímulos sensoriais ou promoção de ambientes favoráveis ao sono (Vitorino *et al.*, 2025; Schaller *et al.*, 2024).

A principal limitação apontada pelos juízes foi a aplicabilidade clínica do manual, especialmente relacionada à necessidade de maior clareza operacional e adaptação a diferentes perfis de pacientes e níveis de experiência dos profissionais. Para ampliar a aplicabilidade clínica do manual, a equipe de pesquisa propôs a inclusão de estratégias visuais, quadros de tomada de decisão e orientações práticas em todas as seções, fortalecendo a ligação entre o processo de avaliação e a definição das estratégias de intervenção. Tais recursos permitem ao terapeuta ocupacional identificar rapidamente os instrumentos adequados ao estado clínico do paciente, bem como selecionar intervenções compatíveis com o estado funcional, favorecendo a implementação de uma prática segura e centrada na ocupação. Neste sentido, é possível direcionar as intervenções conforme o nível de cooperatividade, resposta clínica e funcionalidade do paciente. Essas estratégias visam favorecer decisões rápidas, seguras e individualizadas, alinhando-se às recomendações de estudos prévios (Parry; Huang; Needham, 2017; Rapolthy-Beck *et al.*, 2023), além de dialogar com os modelos de raciocínio ético e clínico, como o *Prism Model Of Ethical Decision-Making* (Vanderkaay *et al.*, 2018).

O presente estudo inova ao apresentar o desenvolvimento de um manual técnico-científico fundamentado em evidências científicas e validado por juízes especialistas de diferentes regiões do Brasil, contribuindo para qualificar a atuação da terapia ocupacional em UTIs no cenário nacional. Apesar de oferecer uma estrutura sistematizada, o manual preserva a flexibilidade necessária à prática clínica, valorizando a individualização das intervenções.

Entretanto, algumas limitações devem ser consideradas. O manual técnico-científico foi validado apenas quanto ao conteúdo, não tendo sido aplicado em ambiente real de UTI, necessitando de um estudo de viabilidade para verificar sua aplicabilidade no contexto brasileiro. Além disso, sua implementação pode ser limitada por fatores estruturais, já reconhecidos em UTIs, como instabilidade clínica, sobrecarga assistencial e escassez de recursos. No âmbito da gestão, o estudo não avaliou o tempo de atendimento ou impactos organizacionais da adoção do manual, aspectos relevantes considerando a ausência de parâmetros normativos para a proporção de terapeutas ocupacionais por leitos de UTIs. Quanto à formação

profissional, embora o manual possa apoiar processos de capacitação, sua aplicabilidade pressupõe conhecimentos prévios em cuidados intensivos e prática baseada na ocupação.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população e os avanços na medicina intensiva, com consequente aumento da demanda por serviços de UTI, proporcionam à terapia ocupacional a oportunidade de consolidar sua contribuição distinta para a reabilitação de pacientes críticos. Neste cenário, torna-se relevante o desenvolvimento de uma pesquisa no contexto brasileiro que desenvolva um manual técnico-científico de intervenção precoce baseado na ocupação para pacientes críticos como reabilitação precoce no ambiente da UTI.

O manual técnico-científico, desenvolvido a partir de referências robustas e validado com especialistas, representa uma contribuição importante para a prática terapêutica ocupacional. As duas etapas realizadas de forma sistematizada para o desenvolvimento do manual técnico-científico de intervenção conferem ao instrumento evidência de validade de conteúdo, uma vez que foi conduzida uma elaboração criteriosa baseada em um modelo teórico, na prática baseada em evidências e na análise de juízes especialistas.

O manual técnico-científico, ao integrar evidência científica, experiência clínica e análise do contexto individual do paciente, contribui para a tomada de decisão crítica e ponderada, favorecendo o alinhamento entre as metas clínicas, demandas ocupacionais e engajamento do paciente. Por fim, destaca-se que este serve como um guia para o conteúdo das sessões, ao mesmo tempo que adota uma abordagem flexível e interativa, permitindo a individualização considerando o estado clínico e as respostas do paciente aos estímulos. Entretanto, recomenda-se que estudos futuros avaliem a sua viabilidade, aplicabilidade e impactos clínicos, visando consolidar práticas baseadas em evidências e fortalecer a presença da terapia ocupacional no cuidado ao paciente crítico.

## REFERÊNCIAS

AAS, M. H.; BONSAKSEN, T. Exploring occupation-based practice among occupational a in hospitals and rehabilitation institutions. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 30, n. 7, p. 1074-1084, 2023.

AGUIAR, L. M. M. *et al.* Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 4, p. 624-634, 2021.

ÁLVAREZ, E. A *et al.* Early occupational therapy in mechanically ventilated patients improves functional status: Study protocol. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 86, n. 11, p. 728-739, 2023.

ÁLVAREZ, E. A. *et al.* Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: a pilot randomized clinical trial. **Journal of critical care**, v. 37, p. 85-90, 2017.

ALVES, G. A. de A. *et al.* Assessment of the measurement properties of the Brazilian versions of the Functional Status Score for the ICU and the Functional Independence Measure in critically ill patients in the intensive care unit. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 31, p. 521-528, 2019.

AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-Fourth Edition. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 74, n. Supplement\_2, p. 7412410010p1-7412410010p87, 2020.

ARMSTRONG, J. *et al.* The development and feasibility of a Manualised therapeutic playgroup for children with developmental delay. **Journal of Child and Family Studies**, v. 30, n. 1, p. 1-16, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA (ASSOBRAFIR). **Estratégias de Mobilização e Exercícios Terapêuticos Precoces para Pacientes em Ventilação Mecânica por Insuficiência Respiratória Aguda Secundária à COVID-19**, 2020. Disponível em: [https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/04/ASSOBRAFIR\\_COVID-19\\_Mobiliza%C3%A7%C3%A3o\\_2020.04.01-1.pdf](https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/04/ASSOBRAFIR_COVID-19_Mobiliza%C3%A7%C3%A3o_2020.04.01-1.pdf). Acesso em: 14 abr. 2024.

BARBOUR, R. S. **Doing focus groups**.. 2ª ed. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, Londres EC1Y 1, SP: Sage, 2018.

BITTENCOURT, E. S. *et al.* The role of the occupational therapist in the Intensive Care Unit: a systematic review. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, p. e2800, 2021.

BLANCHE, E. I. *et al.* Manualization of occupational therapy interventions: Illustrations from the pressure ulcer prevention research program. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 65, n. 6, p. 711-719, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC n.º 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 União: seção 1, Brasília, DF, n.º 37, p. 2, 25 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.338/2011, de 3 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Diário oficial da união. Brasília, DF. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Acesso em: 13 dez. 2023.

BRUMMEL, N. E. *et al.* Feasibility and safety of early combined cognitive and physical therapy for critically ill medical and surgical patients: the Activity and Cognitive Therapy in ICU (ACT-ICU) trial. **Intensive care medicine**, v. 40, n. 3, p. 370-379, 2014.

BULIC, D. *et al.* Delirium after mechanical ventilation in intensive care units: the cognitive and psychosocial assessment (CAPA) study protocol. **JMIR research protocols**, v. 6, n. 2, p. e6660, 2017.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CARROLL, K. M.; NURO, K. F. One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 9, n. 4, p. 396-406, 2002.

CONNOLLY, B. *et al.* Recovery, rehabilitation and follow-up services following critical illness: an updated UK national cross-sectional survey and progress report. **BMJ open**, v. 11, n. 10, p. e052214, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução n.º 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 dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção I, n.º 169, 2 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **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 União: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 418, de 04 de maio de 2012**. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 08 maio 2012.

CRAIG, P. *et al.* Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **Bmj**, v. 337, 2008.

DAUD, A. Z. C. *et al.* Perceived barriers to implementing occupation-based intervention. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. 2890, 2022.

DAVIS, J.A.; POLATAJKO, H. J. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement. In: IKIUGU, M. N.; TAFF, S. D.; KANTARTZIS, S.; POLLARD, N. (orgs.). **Routledge Companion to Occupational Therapy: Theories, Concepts and Models**. New York: Routledge, 2025.

EGGMANN, S. *et al.* Functional ability and quality of life in critical illness survivors with intensive care unit acquired weakness: A secondary analysis of a randomised controlled trial. **PLoS One**, v. 15, n. 3, p. e0229725, 2020.

ELHADY, M. M.; ELHADY, A. M.; SHOHIEB, S. Revolutionizing recovery: The impact of designed digital care therapy on preventing Post-Intensive care syndrome. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 91, p. 104208, 2025.

FANG, C. *et al.* Effectiveness of sound and darkness interventions for critically ill patients' sleep quality: a systematic review and component network meta-analysis. **Nursing in Critical Care**, v. 29, n. 1, p. 134-143, 2024.

FAZZINI, B. *et al.* The rate and assessment of muscle wasting during critical illness: a systematic review and meta-analysis. **Critical care**, v. 27, n. 1, p. 2, 2023.

FERNANDO, S. M. *et al.* Suicide and self-harm in adult survivors of critical illness: population based cohort study. **Bmj**, v. 373, 2021.

FISHER, A. G. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or diferente?. **Scandinavian journal of occupational therapy**, v. 20, n. 3, p. 162-173, 2013.

functioning in **critical care**: considerations for clinical practice and research. **Critical Care**, v. 21, n. 1, p. 249, 2017.

GARCIA, J. M. Terapia ocupacional em unidade de terapia intensiva (UTI) adulto privada: relato de experiências. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 31, p. e3152, 2023.

HARVEY, M. A.; DAVIDSON, J. E. Postintensive care syndrome: right care, right now... and later. **Critical care medicine**, v. 44, n. 2, p. 381-385, 2016.

HATCH, Robert *et al.* Anxiety, depression and post traumatic stress disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. **Critical care**, v. 22, n. 1, p. 310, 2018.

HELMER, A; DELORE, E; BART, O. Equine Assisted Occupational Therapy for children with ADHD (ASTride): Protocol development and preliminary study. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 21, n. 1, p. 88, 2024.

HESS-APRIL, L *et al.* Occupation-based practice in a tertiary hospital setting: occupational therapists' perceptions and experiences. **South African Journal of Occupational Therapy**, v. 47, n. 3, p. 25-31, 2017.

HISER, S. L. *et al.* Post-intensive care syndrome (PICS): recent updates. **Journal of intensive care**, v. 11, n. 1, p. 23, 2023.

HSHIEH, T. T. Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions: A Meta-analysis. **JAMA INTERNAL MEDICINE**, v. 175, n. 4, p. 659-659, 2015.

INOUE, S. *et al.* Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. **Acute medicine & surgery**, v. 6, n. 3, p. 233-246, 2019.

KAWAKAMI, D. *et al.* Prevalence of post-intensive care syndrome among Japanese intensive care unit patients: a prospective, multicenter, observational J-PICS study. **Critical Care**, v. 25, n. 1, p. 69, 2021.

LIN, Y. *et al.* Development of a dyad-focused intervention for stroke survivors and their family caregivers: A feasibility study. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 78, n. 2, p. 7802180230, 2024.

MARGETIS, J. L. *et al.* Critical Care and Occupational Therapy Practice Across the Lifespan. **AJOT: American Journal of Occupational Therapy**, v. 77, n. S3, p. NA-NA, 2023.

MARRA, A. *et al.* Co-occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness. **Critical care medicine**, v. 46, n. 9, p. 1393-1401, 2018.

MATTIONI, M. F. *et al.* Return to work after discharge from the intensive care unit: a Brazilian multicenter cohort. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, p. 492-498, 2022.

MESINA JR, R. S. *et al.* Long-term functional disabilities in intensive care unit survivors: A prospective cohort study. **Australian Critical Care**, v. 37, n. 6, p. 843-850, 2024.

MIRANDA, F. *et al.* Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 2023.

MOITRA, V. K. Critical Care Billing in 2023. **Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia**, v. 39, n. 1, p. 266-272, 2025.

MOUA, K. Patient Activation and Engagement (PAE): guidelines for acute care occupational therapy practice. **The Open Journal of Occupational Therapy**, v. 8, n. 4, p. 1-11, 2020.

MUROOKA, Y *et al.* Long-term prognosis following early rehabilitation in the ICU: a retrospective cohort study. *Critical Care Medicine*, v. 51, n. 8, p. 1054-1063, 2023.

NAKANISHI, N. *et al.* Instruments to assess post-intensive care syndrome assessment: a scoping review and modified Delphi method study. **Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 430, 2023.

NAKANISHI, N. *et al.* Post-intensive care syndrome and its new challenges in coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: a review of recent advances and perspectives. **Journal of clinical medicine**, v. 10, n. 17, p. 3870, 2021.

NYDAHL, P. *et al.* Early mobilisation for prevention and treatment of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 74, p. 103334, 2023.

PACHECO JR, A. M; MENDES, C. J. L. Qualis de produção técnica: desenvolvimento de métricas para manuais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, p. 87-88, 2015.

PARRY, Selina M.; HUANG, Minxuan; NEEDHAM, Dale M. Evaluating physical functioning in **critical care**: considerations for clinical practice and research. *Critical Care*, v. 21, n. 1, p. 249, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Delineamento de pesquisas quantitativas**. In: POLIT, Denise F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in nursing & health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

PONTES, T. B; POLATAJKO, H. Enabling occupation: occupation-based and client centred practice in Occupational Therapy. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2016.

PRITCHARD, K. T. *et al.* Policy and payment changes create new opportunities for occupational therapy in acute care. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 2, p. 7302109010p1-7302109010p8, 2019.

PUTOWSKI, Z. *et al.* Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: a systematic review. **Anaesthesiology intensive therapy**, v. 55, n. 3, p. 168-178, 2023.

PYATAK, E. A.; CARANDANG, K.; DAVIS, S. Developing a Manualized Occupational Therapy Diabetes Management Intervention: Resilient, Empowered, Active Living With Diabetes. **OTJR: occupation, participation and health**, v. 35, n. 3, p. 187-194, 2015.

RAPOLTHY-BECK, A. *et al.* Efficacy of Early Enhanced Occupational Therapy in an Intensive Care Unit (EFFORT-ICU): A Single-Site Feasibility Trial. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 77, n. 6, p. 7706205110, 2023.

RAPOLTHY-BECK, A. *et al.* A comparison of standard occupational therapy versus early enhanced occupation-based therapy in a medical/surgical intensive care unit: study protocol for a single site feasibility trial (EFFORT-ICU). **Pilot and Feasibility Studies**, v. 7, n. 1, p. 51, 2021.

RAPOLTHY-BECK, A; FLEMING, F; TURPIN, M. Occupational therapy service provision in adult intensive care units in Australia: a survey of workload practices, interventions and barriers. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 69, n. 3, p. 316-330, 2022.

RENNER, C. *et al.* Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. **Critical care**, v. 27, n. 1, p. 301, 2023.

RIGHY, C. *et al.* Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. **Critical care**, v. 23, n. 1, p. 213, 2019.

ROBINSON, C. C. *et al.* Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 04, p. 405-413, 2018.

RODRIGUEZ-BAILON, M; LOPEZ-GONZALEZ, L; MERCHAN-BAEZA, J. A. Client-centred practice in occupational therapy after stroke: A systematic review. **Scandinavian journal of occupational therapy**, v. 29, n. 2, p. 89-103, 2022.

ROUSSEAU, A. F. *et al.* Long-term outcomes after critical illness: recent insights. **Critical Care**, v. 25, n. 1, p. 108, 2021.

SAKUSIC, A; RABINSTEIN, A. A. ICU delirium. **Neurologic clinics**, v. 43, n. 1, p. 1-13, 2025.

SARIGIANNIS, K. A. *et al.* Symptoms of anxiety, depression, and stress among families of critically ill patients with COVID-19: a longitudinal clinical trial. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 20, n. 5, p. 705-712, 2023.

SCHALLER, S. J. *et al.* Guideline on positioning and early mobilisation in the critically ill by an expert panel. **Intensive Care Medicine**, v. 50, n. 8, p. 1211-1227, 2024.

SCHWEICKERT, W. D. *et al.* Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 373, n. 9678, p. 1874-1882, 2009.

SERRANO, P. *et al.* Aging and Postintensive care syndrome–family: a critical need for geriatric psychiatry. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 446-454, 2019.

SMITH, M; TSAI, S; PETERSON, Elyse. Occupational Therapy Interventions and Early Engagement for Patients in Intensive Care: A Systematic Review. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 79, n. 1, p. 7901205020, 2025.

SOARES, M. *et al.* Atualização da Epimed Monitor Adult ICU Database: 15 anos de uso em registros nacionais, iniciativas de melhoria da qualidade e pesquisa clínica. **Critical Care Science**, v. 36, p. e20240150en, 2024.

SOUZA, K. L. **Processo de criação de um modelo de indicadores de qualidade para o serviço de terapia ocupacional no contexto hospitalar.** (Dissertação). Mestrado em Ciências da Reabilitação, Universidade de Brasília, 2022.

STAV, W. *et al.* A study to enhance occupation-centered practice. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 74, n. 4\_Supplement\_1, p. 7411510290p1-7411510290p1, 2020.

TAYLOR, C. Intensive care unit-acquired weakness. **Anaesthesia & Intensive Care Medicine**, v. 25, n. 1, p. 1-4, 2024.

TEJERO-ARANGUREN, J. *et al.* Incidence and risk factors for postintensive care syndrome in a cohort of critically ill patients. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 34, p. 380-385, 2022.

TOMONAGA, Y. *et al.* Early mobilisation and rehabilitation in Swiss intensive care units: a cross-sectional survey. **Swiss Medical Weekly**, v. 152, p. w30125, 2022.

VANDERKAAY, S. *et al.* Doing what's right: A grounded theory of ethical decision-making in occupational therapy. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 27, n. 2, p. 98-111, 2020.

VITORINO, M L. *et al.* The effectiveness of family participation interventions for the prevention of delirium in intensive care units: A systematic review. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 89, p. 103976, 2025.

VRETTOU, C. S. *et al.* Post-intensive care syndrome in survivors from critical illness including COVID-19 patients: a narrative review. **Life**, v. 12, n. 1, p. 107, 2022.

WALL, G. *et al.* Occupation-based interventions to improve occupational performance and participation in the hospital setting: a systematic review. **Disability and Rehabilitation**, v. 46, n. 13, p. 2747-2768, 2024.

WEINREICH, M. *et al.* Occupational therapy in the intensive care unit: a systematic review. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 31, n. 3, p. 205-213, 2017.

WIGHT, D. *et al.* Six steps in quality intervention development (6SQulD). **J Epidemiol Community Health**, v. 70, n. 5, p. 520-525, 2016.

YU, L. R. *et al.* Optimal timing for early mobilization initiatives in intensive care unit patients: A systematic review and network meta-analysis. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 82, p. 103607, 2024.

ZHANG, L. *et al.* Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 14, n. 10, p. e0223185, 2019.

ZOMBINI, E. V.; PELICIONI, M. C. F. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 1, p. 51-58, 2011.

## **APÊNDICE 1 - Carta Convite aos Juizes Especialistas**

**CARTA CONVITE AOS JUIZES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE MESTRADO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO**

Prezado doutor (a), mestre e/ou especialista,

Cumprimentando cordialmente,

Venho convidar-lhe a participar voluntariamente da pesquisa “DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO PRECOCE CENTRADA NA OCUPAÇÃO EM PACIENTES CRÍTICOS: UM ESTUDO DE VIABILIDADE” como membro do comitê de especialistas, desenvolvido pelas Mestrandas no programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação Amanda Palmerim S. Rodrigues, Danielle De Fátima Pereira Ferreira e orientado pela Profa. Dra. Iza de Faria-Fortini, vinculada ao Curso de Mestrado em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais. Os objetivos dessa pesquisa são desenvolver um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação, em uma UTI, Investigar a viabilidade para implementação de um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação em pacientes da UTI e Realizar avaliação preliminar dos efeitos de um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação em pacientes da UTI nos desfechos funcionais. O interesse em lhe convidar é decorrente do reconhecimento de sua expertise em relação técnica/prática com a temática. A sua participação se dará a partir da resposta quando recebimento desta. Caso aceite participar, você receberá o instrumento para avaliação do estudo.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de 2025

Amanda Palmerim S. Rodrigues  
Danielle De Fátima Pereira Ferreira  
Profa. Dra. Iza de Faria-Fortini

## **APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juízes Especialistas**

### **Título do projeto: DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO PRECOCE CENTRADA NA OCUPAÇÃO EM PACIENTES CRÍTICOS: UM ESTUDO DE VIABILIDADE**

Pesquisadora responsável: Profa. Iza de Faria-Fortini

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Minas Gerais

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos convidando você a participar como voluntário de um estudo que será desenvolvido pelas Terapeutas Ocupacionais, Mestrandas no programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação, Amanda Palmerim S. Rodrigues, Danielle De Fátima Pereira Ferreira, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iza de Faria-Fortini, pesquisadora da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais – EEEFTO/UFMG.

Esta pesquisa organizada em duas etapas, propõe os seguintes objetivos: na fase 1, desenvolver um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação, em uma UTI. Já na fase 2, o estudo concentra-se em Investigar a viabilidade para implementação de um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação em pacientes da UTI e Realizar avaliação preliminar dos efeitos de um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação em pacientes da UTI nos desfechos funcionais. Sua participação como especialista se dará por você ser considerado apto a julgar a adequação do programa de intervenção para pacientes críticos; as atividades propostas no protocolo; a frequência e duração das intervenções; e a clareza das instruções no protocolo. você precisará ler o roteiro e preencher dois questionários: um com questões com informações sobre você e sua formação para que fique documentado que seu perfil profissional contempla as características de que pode participar como especialista neste estudo; e o segundo questionário para avaliar os itens do protocolo de intervenção. Sua identidade permanecerá em sigilo e todos os arquivos ficará sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos.

Sua participação é voluntária, assim, você não receberá nenhuma remuneração financeira nem terá nenhuma despesa com ela. Caso aceite participar dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão usadas apenas para realização da pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre o projeto, inclusive para responder dúvidas que possam ocorrer. Você também tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo. Este estudo possui risco, como o risco de constrangimento, porém o conteúdo dessa pesquisa servirá exclusivamente para fins científicos e quando os dados foram divulgados sua identidade não será revelada. Os benefícios deste estudo se devem à disponibilidade de evidências científicas, contribuindo para a implementação de protocolos de intervenção para terapeutas ocupacionais que atuam em unidades de terapia intensiva. Proporcionando melhoria na qualidade da assistência prestada nesse ambiente crítico.

Em caso de dúvida, você pode entrar em contato com as pesquisadoras Amanda Palmerim S. Rodrigues, por contato telefônico através do número (61)980100-9174 ou pelo endereço eletrônico: [amandapalmerim0@gmail.com](mailto:amandapalmerim0@gmail.com), Danielle De Fátima Pereira Ferreira por contato telefônico através do número (91)98300-5400 ou pelo endereço eletrônico: [danielleferreira18@hotmail.com](mailto:danielleferreira18@hotmail.com). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) com o qual você também poderá entrar em contato pelo telefone (31) 3409-4592 ou presencialmente no endereço Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG; Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005.

Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra via para o participante da pesquisa, estando em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

### **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CPF: \_\_\_\_\_, declaro aceitar participar da pesquisa intitulada 'DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO PRECOCE CENTRADA NA OCUPAÇÃO EM PACIENTES CRÍTICOS: UM ESTUDO

DE VIABILIDADE' desenvolvida pelas pesquisadoras Amanda Palmerim S. Rodrigues, Danielle De Fátima Pereira Ferreira e Iza de Faria-Fortini e estou ciente das informações sobre minha participação, os riscos e os benefícios do estudo. Meu direito de desistir da participação a qualquer momento sem prejuízos me foi esclarecido. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Nome do participante:

Assinatura:

Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Iza de Faria Fortini  
Pesquisadora principal  
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Escola de Educação  
Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Contato: (31) 3409-4790 / [izafaria@yahoo.com.br](mailto:izafaria@yahoo.com.br)

Amanda Palmerim S. Rodrigues  
Pesquisadora assistente  
Mestranda no programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Contato: (61)980100-9174/[amandapalmerim0@gmail.com](mailto:amandapalmerim0@gmail.com)

Danielle de Fatima Pereira Ferreira  
Pesquisadora assistente  
Mestranda no programa de Pós-graduação em Estudos da Ocupação  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Contato: (91)9300-5400 / [danielleferreira18@hotmail.com](mailto:danielleferreira18@hotmail.com)

### APÊNDICE 3 - Manual técnico-científico de Intervenção Precoce Baseada Na Ocupação para Pacientes Críticos- Validação de conteúdo

Avalie cada item abaixo em uma escala de avaliação:

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Não discordo nem concordo
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

			1	2	3	4	5
<i>Fundamentação teórica e estrutura geral do Manual técnico-científico</i>	01	O modelo canadense de desempenho e engajamento ocupacional (CMOP-E) é um referencial teórico adequado para a construção do Manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.					
	02	Os principais constructos que fundamentam a intervenção (prática baseada em ocupação, centrada no cliente e engajamento precoce) são pertinentes aos princípios do CMOP-E -E.					
	03	Os objetivos da intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos estão descritos claramente no Manual técnico-científico.					
	04	Os critérios de elegibilidade dos pacientes para aplicação do Manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos estão delimitados adequadamente.					
	05	A duração das sessões de intervenção (máximo de 60 minutos ou duas sessões de 30 minutos ou 03 sessões de 20 minutos) é viável para o contexto da UTI.					
<i>Avaliação e monitoramento da intervenção</i>	06	O processo de avaliação proposto (avaliação inicial e avaliação diária) é suficiente para a coleta dos dados relevantes para a intervenção precoce baseada na ocupação.					
	07	Os instrumentos de avaliação propostos para avaliação inicial (COPM e <i>Sunflower-Brasil</i> ) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica.					
	08	Os instrumentos de avaliação propostos para avaliação diária (RASS, CAM-ICU e					

		SPMSQ) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica.					
<i>Módulos de intervenção – conteúdo</i>	09	As adaptações sugeridas para potencializar a aplicação dos instrumentos de avaliação atendem as demandas dos pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva.					
	10	Há clareza sobre os critérios de segurança para interrupção da intervenção.					
	11	O módulo 'Participação e engajamento em atividades de autocuidado' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.					
	12	O módulo 'Participação e engajamento em atividades significativas de lazer e espiritualidade' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.					
	13	O módulo 'Habilidades cognitivas e desempenho ocupacional' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.					
	14	O módulo 'Participação e uso de estratégias ambientais para promoção do sono' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.					
	15	O módulo 'Envolvimento da família no cuidado' contempla atividades compatíveis com a realidade clínica do paciente crítico.					
<i>Aplicação clínica</i>	16	As atividades sugeridas no Manual técnico-científico são flexíveis e permitem a individualização das intervenções, considerando o repertório ocupacional e o nível de funcionalidade do paciente.					
	17	As instruções contidas no Manual técnico-científico são claras e de fácil implementação para um terapeuta ocupacional, independente do seu nível de experiência na área.					
	18	O Manual técnico-científico contempla barreiras comuns da intervenção precoce baseada na ocupação em UTI (materiais disponíveis, precaução por contato,					

		instabilidade clínica do paciente, por exemplo)					
	19	O Manual técnico-científico é aplicável em UTI com diferentes características quanto ao público-alvo (pacientes queimados, neurológicos, pós-cirúrgico, por exemplo).					
	20	O Manual Técnico-Científico serve como base para treinamento e supervisão de novos terapeutas na área.					

**APÊNDICE 4 – Roteiro de perguntas usado para discussões nos dois encontros nos grupos focais.**

1. Quais são, na sua percepção, os principais pontos fortes do manual técnico-científico e de que forma ele pode contribuir para a prática clínica em terapia ocupacional em unidades de pacientes críticos?
2. Você se sentiria confortável em aplicar o manual técnico-científico no seu serviço? Quais condições seriam necessárias para isso (formação, treinamento, recursos, apoio institucional)?
3. O manual técnico-científico dialoga com as necessidades e desafios do seu contexto clínico e institucional?
4. Em sua opinião, quais seriam as barreiras mais comuns para a implementação do manual técnico-científico (tempo, equipe multiprofissional, infraestrutura, cultura institucional)?
5. Os princípios teóricos norteadores estão claros e bem fundamentados? Há algum princípio que você considera essencial e que não foi contemplado?
6. Em sua experiência, algum desses módulos é mais difícil de implementar em pacientes críticos? O que poderia ser facilitador?
7. Você identificou algum aspecto do manual técnico-científico que precisa de maior detalhamento, clareza ou exemplificação? Quais seriam suas sugestões?
8. Quais estratégias você sugere para difundir e implementar o manual técnico-científico em diferentes regiões do país?

**APÊNDICE 5 – Manual técnico-científico de Intervenção Precoce Baseada Na Ocupação para Pacientes Críticos- Validação de conteúdo segunda rodada**

Avalie cada item abaixo em uma escala de avaliação:

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Não discordo nem concordo
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

<b>Questões</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Fundamentação teórica e estrutura geral do Manual Técnico-Científico</b>					
1 O Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA, 2020) é um referencial teórico adequado para a construção do Manual técnico-científico de intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos.					
2. Os principais constructos que fundamentam a intervenção (prática baseada em ocupação, centrada no cliente e engajamento precoce) são pertinentes aos princípios do Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA, 2020).					
3. Os objetivos da intervenção precoce baseada na ocupação para pacientes críticos estão descritos claramente no Manual técnico-científico.					
<b>Avaliação e monitoramento da intervenção</b>					
4. Os instrumentos de avaliação inicial (COPM, <i>Sunflower-Brasil</i> , MIF e avaliações complementares) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica.					

5. Os instrumentos de avaliação propostos para avaliação diária (RASS, CAM-ICU, S5Q e FSS-ICU) abordam questões clínicas relevantes e apresentam adequada utilidade clínica.					
<b>Módulos de intervenção</b>					
6. A nova estrutura dos módulos de intervenção contempla adequadamente os conteúdos e atividades anteriormente abordados no módulo “Habilidades cognitivas e desempenho ocupacional”, agora incluídos em “Intervenção em fatores do cliente”.					
<b>Aplicação clínica</b>					
7. As instruções e adaptações contidas no Manual técnico-científico (como estratégias de comunicação e níveis de cooperação) são claras e de fácil implementação para terapeutas ocupacionais com diferentes níveis de experiência.					
8. O Manual técnico-científico contempla barreiras comuns da intervenção precoce baseada na ocupação em UTI (como disponibilidade de materiais, precauções por contato, instabilidade clínica e limitações cognitivas ou comunicacionais dos pacientes).					
9. O Manual técnico-científico apresenta flexibilidade para aplicação em UTIs com diferentes características quanto ao público-alvo (pacientes queimados, neurológicos, pós cirúrgicos, cardiopatas, entre outros), respeitando o contexto clínico e ocupacional.					
10. O Manual técnico-científico estrutura, fundamentação teórica e exemplos práticos suficientes para ser utilizado como base para					

treinamento e supervisão de novos terapeutas ocupacionais na área hospitalar e de cuidados intensivos.					
--	--	--	--	--	--

## Anexo 1 - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Desenvolvimento de um protocolo de reabilitação precoce centrada na ocupação em pacientes críticos: um estudo de viabilidade

**Pesquisador:** Iza de Faria Fortini

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 80054724.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.347.045

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda para a inclusão do seguinte objetivo de pesquisa: identificar as práticas profissionais desenvolvidas pelos Terapeutas Ocupacionais e a sua percepção quanto aos fatores contextuais que possam estar relacionados a intervenção com pacientes críticos.

#### Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo será realizado em três fases. Os objetivos são os seguintes:

**Fase 1:** Identificar as práticas profissionais desenvolvidas pelos Terapeutas Ocupacionais e a sua percepção quanto aos fatores contextuais que possam estar relacionados a intervenção com pacientes críticos.

**Fase 2:** Desenvolver um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação, para pacientes críticos.

**Fase 3:** Investigar a viabilidade para implementação de um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação em pacientes críticos; Realizar avaliação preliminar dos efeitos de um programa de reabilitação precoce, baseado na ocupação em pacientes críticos nos desfechos funcionais.

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br