



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - FUNDAP



BIANCA BRUNELLI WOLF

**TERAPIA OCUPACIONAL EM CARDIOLOGIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

RIBEIRÃO PRETO-SP

2015



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - FUNDAP



BIANCA BRUNELLI WOLF

TERAPIA OCUPACIONAL EM CARDIOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HC/USP.

Área: Terapia Ocupacional Hospitalar

Orientador(a): Profa. Dra. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

RIBEIRÃO PRETO-SP

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

FICHA CATALOGRÁFICA

BRUNELLI WOLF, Bianca.

Terapia Ocupacional em Cardiologia: revisão integrativa de literatura / Bianca Brunelli Wolf – Ribeirão Preto; HC, 2015. 46 p.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Orientadora: Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

Palavras-chaves: terapia ocupacional; cardiologia, reabilitação, coração, atividades de vida diária

RESUMO

WOLF, B.B. **Terapia Ocupacional em Cardiologia: revisão integrativa de literatura**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Aprimoramento Profissional) – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. 46 p.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que, a cada ano, 17,3 milhões de pessoas morrem em todo o mundo vítimas de doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte em todo o mundo. O objetivo foi analisar as evidências disponíveis na literatura referentes à atuação do terapeuta ocupacional na área da cardiologia. Este é uma revisão integrativa de literatura em que foi feito a identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, busca na literatura dos estudos, extração de dados, avaliação dos estudos, análise e síntese dos estudos selecionados com apresentação dos resultados e discussão dos mesmos. Foram selecionadas, como fontes de pesquisa, as bases de dados PubMed e LILACS, além disso, foi realizada uma busca livre devido a escassez de artigos relacionado ao tema. Foram usados os seguintes descritores: “Occupational Therapy”, “Activities of Daily Living”, “Rehabilitation”, “Cardiology”, “Heart”, “Coronary Disease”, “Myocardial Infarction” e seus cruzamentos. Além disso, foi realizada busca livre, para identificação de material relevante, ainda que não indexado em bases internacionais. Identificou-se 396 artigos, com a aplicação dos critérios de exclusão e leitura na íntegra, resultaram 15 artigos. Os artigos selecionados foram divididos em três unidades de análise, sendo estas: terapia ocupacional (TO) na reabilitação cardiovascular, com 4 artigos; qualidade de vida e atividades de vida diária, com 8 artigos e, TO e equipe multiprofissional, compondo 3 artigos. A maioria dos estudos é randomizado, da língua inglesa e de diversas nacionalidades. Há estudo desde motivo de encaminhamento do paciente cardiopata, assim como, atuação do TO na reabilitação cardiovascular, ou que comprovam a eficácia das intervenções e/ou determinado tipo de atividades nessa população, o papel e a importância do TO em uma equipe multiprofissional. Este profissional objetiva a independência nas áreas de ocupação, proporcionando melhor qualidade de vida e utilizando-se de técnicas e conservação de energia, simplificação de trabalho e, de adaptações para a execução das atividades significativas. O TO vem ampliando sua atuação com paciente portador de doença cardíaca. Há escassez de trabalhos brasileiros publicados na área da cardiologia e necessidade de ampliar os conhecimentos e divulgar a intervenção realizada pela terapia ocupacional nesta área.

PALAVRAS-CHAVES: terapia ocupacional; cardiologia, reabilitação, coração, atividades de vida diária

ABSTRACT

WOLF, B.B. **Occupational Therapy in Cardiology: literature integrative review.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Aprimoramento Profissional) – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. 46 p.

Data from the World Health Organization (WHO) indicate that each year, 17.3 million people around the world die victims of cardiovascular disease, being the main cause of death worldwide. The objective was to analyze the available evidence in the literature regarding the role of the occupational therapist in cardiology. This is an integrative literature review it was made the subject of the identification and preparation of the research question, establishing the inclusion and exclusion criteria, literature search of studies, data extraction, assessment of studies, analysis and synthesis of selected studies to present the results and discuss these issues. Were selected as research sources, PubMed and LILACS databases, in addition, a free search due to shortage of articles related to the topic was conducted. The following terms were used: "Occupational Therapy", "Activities of Daily Living", "Rehabilitation", "Cardiology", "Heart", "Coronary Disease", "Myocardial Infarction" and their crosses. In addition, free search was conducted to identify relevant material, although not indexed in international databases. We identified 396 articles, with application of the exclusion criteria and reading in full, resulted 15 items. Selected articles were divided into three units of analysis, these being: Occupational therapy (OT) in cardiovascular rehabilitation, with 4 articles; quality of life and activities of daily living, with articles 8 and OT and multidisciplinary team, comprising 3 articles. Most studies are randomized, the English language and of different nationalities. There are studies from the reason for referral in cardiac patients, as well as the OT performance in cardiac rehabilitation, or that prove the effectiveness of interventions and / or certain types of activities in this population, the role and the importance of OT in a multidisciplinary team. This objective professional independence in the areas of employment, providing better quality of life and using techniques and energy conservation, work simplification and adjustments for the implementation of meaningful activities. The OT has broadened its performance with a patient with heart disease. No shortage of Brazilian studies published in cardiology and need to increase their knowledge and disseminate the intervention by occupational therapy in this area.

KEYWORDS: occupational therapy; cardiology, rehabilitation, heart, activities of daily living

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
1.0 Doenças Cardiovasculares- Panorama geral.....	06
1.1. Medidas Preventivas.....	10
1.2. Reabilitação Cardiovascular (RCV).....	10
1.3. Terapia Ocupacional em Cardiologia.....	12
2. MÉTODO.....	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

INTRODUÇÃO

A doença cardíaca é uma condição comum devido ao envelhecimento e hábitos de vida não saudáveis da população. A prevalência da insuficiência cardíaca crônica (ICC) é a mesma para homens e mulheres, entretanto as mulheres tendem a sobreviver por mais tempo com esta condição.

Um estudo desenvolvido por Norberg et al. (2008) indica que os idosos que apresentam doença cardíaca sofrem perdas significativas em seu cotidiano e são obrigados a reajustar sua rotina, também apresentam sentimentos de perda e limitação de funções, sentindo-se incapaz de trabalhar e cumprir com o papel social. A população com ICC apresenta a capacidade reduzida para realizar as atividades de vida diária devido a fadiga, dispneia e condições normais do envelhecimento. Portanto, a população com doença cardíaca tem sido alvo crescente de reabilitação e intervenção de uma equipe multiprofissional, dentre esta, o terapeuta ocupacional.

Pensando nos domínios da terapia ocupacional, este profissional está apto para desenvolver ações de prevenção da doença, promoção da saúde e reabilitação, atuando em diversos contextos (Unidade de saúde, hospitais e centros de reabilitação), atuando na melhora qualidade de vida, independência e autonomia do paciente.

1. Doenças Cardiovasculares- Panorama geral

Ao longo dos dois últimos séculos, a revolução tecnológica e industrial, com consequências econômicas e sociais, resultou em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares (MANSUR & FAVARATO, 2012). A carga econômica das DCNT produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças.

A doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes; o número estimado de portadores de Diabetes e de Hipertensão é de 23.000.000, sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo.

As doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002, o equivalente a 267.496 mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). As doenças do aparelho circulatório compreendem um espectro amplo de síndromes clínicas, mas têm nas doenças relacionadas à aterosclerose a sua principal contribuição, manifesta por doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e de vasos periféricos, incluindo patologias da aorta, dos rins e de membros, com expressiva morbidade e impacto na qualidade de vida e produtividade da população adulta.

São inúmeros os fatos que podem estar relacionados com a importância cada vez maior destas doenças. Parte pode ser devida ao envelhecimento da população, sobrevivência das doenças infecciosas, incorporação de novas tecnologias com diagnóstico mais precoce das doenças e redução de letalidade, mas uma parcela importante pode ser atribuída ao controle inadequado, e por vezes em ascensão, dos fatores associados ao desenvolvimento destas doenças.

Os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares encontram-se citados no Quadro 1.

Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares

- História familiar de DAC prematura (familiar 1º. grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos)
- Homem >45 anos e mulher >55 anos
- Tabagismo
- Hipercolesterolemia (LDL-c elevado)
- Hipertensão arterial sistêmica
- Diabetes melito
- Obesidade (IMC > 30 kg/m²)
- Gordura abdominal
- Sedentarismo
- Dieta pobre em frutas e vegetais
- Estresse psicossocial

Quadro 1 – Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2006)

Cordeiro (2007) divide as doenças cardiovasculares em quatro subgrupos: as miocardiopatias, as valvopatias, a hipertensão arterial e a cardiopatia aterosclerótica coronariana.

De acordo com ALBANESI F^o (1998) as miocardiopatias foram definidas em dois relatórios da Organização Mundial da Saúde em conjunto com a Federação e

Sociedade Internacional de Cardiologia, em seus Consensos (*Task Force* de 1980, modificado em 1995), como sendo a doença do miocárdio associada com disfunção cardíaca, podendo ser classificada nas formas: dilatada, hipertrófica, restritiva e arritmogênica do ventrículo direito. Os dados que dispomos no nosso país, referentes à hospitalização pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mostram que entre as 14.583.199 internações ocorridas em 1992, 1.234.967 (8,46%) decorreram de doença cardiovascular, sendo 23.419 devidas às cardiomiopatias, representando, portanto, 0,16% do total das internações e 1,8% das doenças cardiovasculares.

As valvopatias causam disfunção das válvulas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar. Essas duas categorias de cardiopatias geram graves distúrbios de bombeamento do sangue pelo coração e podem ser abordadas cirurgicamente, caso seja necessário. Contudo, até que a cirurgia ocorra, o paciente pode apresentar limitações na capacidade funcional (CORDEIRO, 2007). Após a cirurgia, ocorre um desconforto físico na área do tórax em função da incisão cirúrgica, o que ocasionará uma restrição dos movimentos dos membros superiores. Distúrbios cognitivos de leve a severo podem ocorrer em 30 a 79% dos casos, como seqüela neurológica da cirurgia.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares; é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

A fisiopatogenia da aterosclerose tem sido estudada pelo seu aspecto inflamatório, e, dentre os marcadores inflamatórios, a proteína-C-reativa (PCR) vem sendo bastante estudada nos indivíduos portadores de alguma DCV, inclusive naqueles aparentemente saudáveis. Níveis elevados de PCR têm sido relacionados a fatores de risco para a aterosclerose: história familiar de doença arterial coronariana (DAC), dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes melito, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Grande parte desses fatores de risco pode ser influenciada por modificações no estilo de vida, tais como a mudança de hábitos alimentares e a prática de atividade física (SANTOS *et al.*, 2008).

A intensidade das intervenções preventivas deve ser determinada pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo e não pelo valor de um determinado fator. Em termos práticos, costuma-se classificar os indivíduos em três

níveis de risco - baixo, moderado e alto - para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores. Os eventos tradicionalmente computados incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

A Estratificação de Risco baseia-se na classificação inicial levando-se em conta o exame clínico e avança para a indicação de exames complementares quando o exame clínico apontar que o grau de risco sugere risco moderado a alto.

A classificação de risco pode ser repetida a cada 3 a 5 anos ou sempre que eventos clínicos apontarem a necessidade de reavaliação.

Em um estudo apresentado por Laurenti e cols. (2000) sobre internações, tempo de permanência e gastos hospitalares por Doenças Isquêmicas do Coração (DICs), verificou-se através dos dados do DataSUS, que as DICs representaram 0,99% do total das internações. Nesse grupo a angina de peito foi a mais frequente, em 53,3% dos casos, seguida do infarto agudo do miocárdio (26,5%). A frequência de internações por DIC aumenta com a idade. Nos diagnósticos considerados e nas faixas etárias estudadas houve mais homens internados por essas doenças, com exceção daquelas devidas às angina de peito, com porcentagem maior de mulheres. Pacientes internados por DIC ficam, em média, de 5 a 8 dias internados e os gastos com internações em 1997 representaram 0,012% do PIB. De 1993 a 1997 as DICs representaram 1,0% das internações, mas 3,3% das despesas pagas pelo SUS. As DICs constituem importante causa de internação no SUS com custo bastante elevado, indicando a necessidade de medidas preventivas, visando reduzir a exposição a fatores de risco e a diminuição da incidência desse grupo de doenças no país.

A limitação da tolerância aos esforços habituais tem sido utilizada para estimar a gravidade da IC, desde 1964 até os dias atuais, por meio da classificação proposta pela New York Heart Association (NYHA).

Classificação funcional pela New York Heart Association (NYHA)

- Classe funcional I - Paciente assintomático em suas atividades físicas habituais.
- Classe funcional II - Paciente assintomático em repouso. Sintomas são desencadeados pela atividade física habitual.
- Classe funcional III - Paciente assintomático em repouso. Atividade menor que a habitual causa sintomas.
- Classe Funcional IV - Paciente com sintomas (dispnéia, palpitações e fadiga), ocorrendo às menores atividades físicas e mesmo em repouso.

Quadro II – Classificação funcional pela New York Heart Association (BATLOUNI *et al.* 1999)

1.1. Medidas Preventivas

A proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as doenças em todo o mundo por meio de medidas preventivas. Existem inúmeras intervenções protetoras vasculares e renais de benefício comprovado. Entre elas destacam-se adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias, manejo do diabetes com controle da glicemia e uso profilático de alguns fármacos.

A equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, devendo atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento a hipertensão arterial e diabetes melito. A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção dos fatores de risco, do DM e da HA, das doenças cardio, cerebrovasculares e renais.

1.2. Reabilitação Cardiovascular (RCV)

A reabilitação cardiovascular (RCV) pode ser conceituada como um ramo de atuação da cardiologia que, implementada por equipe de trabalho multiprofissional, permite a restituição, ao indivíduo, de uma satisfatória condição clínica, física, psicológica e laborativa (GODOY, 1997).

Segundo a OMS, os objetivos de reabilitação cardíaca são para melhorar ou reduzir os sintomas relacionados à atividade física, reduzir a dependência e permitir que o paciente seja útil e satisfeito com o papel na sociedade. O paciente pode retomar a vida ativa e produtiva, de acordo com suas limitações, estas impostas pelo processo da doença. Um aspecto importante é o de agregar a reabilitação cardíaca para o doente o paciente e incluir nos programas também a família. Atualmente, reabilitação cardíaca tem dado um passo à frente. Além de ser dirigidas aos

profissionais Os pacientes que sofreram um infarto agudo do miocárdio e aqueles que foram submetidos a angioplastia coronária e ponte de safena , o seu âmbito é foi estendido para aqueles que sofrem com a escassez arritmias cardíacas , ou que tenham realizado implante de válvulas cardíacas ou sido submetido ao transplante cardíaco (PIÉDROLA, 2002).

Estudos científicos, conclusivos sobre a redução significativa da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos pacientes tratados, têm associado a reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM) à custo-efetividade. Na reabilitação de portadores de cardiopatias existem duas estratégias básicas: a que prioriza o exercício, reconhecida na literatura internacional pela sigla EX-CR, de “*exercise-only*”, que pode ser traduzida para reabilitação cardíaca com ênfase no exercício (RCEE); e a que é reconhecida pela sigla CCR, de “*comprehensive care rehabilitation*”, que pode ser traduzida para reabilitação cardíaca abrangente (RCA), na qual o exercício é parte de um conjunto que, juntamente com o condicionamento físico, objetiva a remoção do tabagismo, a reformulação de hábitos alimentares e o controle do estresse. Independente da estratégia, a RCPM estruturada corresponde a processo educativo, em contexto no qual o paciente deve ser provido de informações básicas sobre a fisiopatologia de sua (s) doença (s); relação da (s) doença (s) com atividade física, atividade sexual e trabalho; mecanismos de ação dos fármacos; reformulação dos hábitos alimentares; cessação do tabagismo e controle do estresse. Cabe enfatizar que as evidências científicas dão relevância ao treinamento físico, credenciando-o como a principal intervenção neste processo de reabilitação (CARVALHO, 2006).

A comprovada repercussão clínica e econômica da RCPM obriga a implementação de políticas no sistema de saúde público e privado, que tornem o método disponível a todos os pacientes que preencherem os critérios de indicação. Neste contexto, é essencial que todos os hospitais com serviço de cardiologia possuam programa estruturado de RCPM, para início do processo enquanto o paciente ainda estiver internado (fase 1 da reabilitação).

Torna-se imperioso que os centros de saúde da rede pública disponham de locais próprios para a orientação do exercício físico, com estrutura e recursos humanos capacitados para o atendimento de pacientes elegíveis para as fases extra-hospitalares da RCPM, permitindo: a) o desenvolvimento da fase 2, de

duração mínima de três meses, imediatamente após a alta, objetivando incrementar a capacidade física, por meio de sessões supervisionadas; b) desenvolvimento das fases 3 e 4, sendo a fase 3 um período ainda de franco aprimoramento físico, com duração prevista entre seis meses e um ano e a fase 4 um período principalmente de manutenção dos ganhos obtidos e de diversificação do repertório, de duração muito variável (CARVALHO, 2006). A equipe básica deve ser composta por profissionais com treinamento em RCPM. Igualmente ao profissional médico, os outros membros da equipe (enfermeira, fisioterapeuta, professor de educação física, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social) ao executarem suas respectivas funções devem seguir normas/regras que norteiam as atividades do programa. Cada profissional é responsável pelas atividades relacionadas às suas respectivas áreas de atuação.

Na equipe multiprofissional da RCV, o terapeuta ocupacional tem papel primordial, visto que o paciente cardiopata pode apresentar limitações funcionais, seja pela fisiologia do corpo ou das habilidades emocionais.

1.3. Terapia Ocupacional em Cardiologia

Segundo Cordeiro (2007), independente do diagnóstico, ao atuar na área cardiovascular, seja em contexto hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, o terapeuta ocupacional precisa considerar os parâmetros clínicos que interferem na morbidade e na mortalidade ao planejar sua intervenção, tais como:

- as sequelas instaladas no sistema cardiovascular e seu impacto no funcionamento deste;
- os fatores de risco inerentes ao diagnóstico do paciente e quais fatores estão controlados ou não;
- o prognóstico do paciente e que ações estão planejadas pelo médico a curto, médio e longo prazos;
- a frequência cardíaca máxima e pressão arterial mínima segura para o paciente durante o repouso e em atividade;
- a presença de quadros de depressão e/ou ansiedade.

Pensando nisso, com a terapia ocupacional é possível: reduzir a permanência hospitalar, retomada das atividades da vida diária do paciente de forma independente, e também restabelecer a atividade laboral.

Para atingir estes objetivos fundamentais nas três fases que compõem o programa, você precisa começar um programa de mobilização, especialmente membros superiores, e instruir o paciente a modificar a execução de certas atividades por meio de técnicas de conservação de energia e as orientações levando a simplificação do trabalho. Além disso, deve-se aconselhar o paciente e sua família para uma mudança em funcionamento nesses estilos de vida que, em última instância constituem fatores risco. A missão do terapeuta ocupacional durante as fases I e II do programa é observar, acompanhar e comparar as respostas cardiovasculares antes, durante ou depois de qualquer atividade para avaliar se é adequado ou não, e se o paciente realiza um exercício em um nível adequado.

Fase hospitalar

Na admissão ao hospital, o paciente é geralmente tratado na Unidade Coronariana quando permanece estável durante 48 horas, será transferido para a enfermaria.

A terapia ocupacional normalmente é iniciada na Fase I, ou de hospitalização, a partir do primeiro ou segundo dia após o processo agudo ocorrer. Consiste basicamente a retomada das atividades de autocuidado em um nível que permita independência do paciente e restaurar a autonomia; bem como informações sobre o processo de sofrimento, os benefícios associados à atividade física e modificação do estilo de vida que tanto influencia o desenvolvimento de fatores de risco para a doença. Paralelamente a esta deve ser dirigida à prática de atividades de lazer que ajudam a reduzir a ansiedade tão comum nestes pacientes.

Fase da recuperação

Fase II reabilitação cardíaca começa após a alta e geralmente duram cerca de dois meses, sempre dependendo do progresso do paciente. Os objetivos desta fase são para assegurar a progressão da capacidade funcional do indivíduo a um nível tal que possa retomar a atividade que se desenvolveu antes da doença.

Isso inclui o retorno ao trabalho, a eliminação de fatores de risco e o desempenho dos efeitos psicológicos da doença, que, obviamente, condição que limite a integração normal de vida e da família.

Os objetivos fundamentais da terapia ocupacional, nessa fase, para melhorar o ajuste do paciente para fazer exercício e reduzir o impacto psicológico que pode

envolver cada uma das atividades a serem realizadas quando se reintegrarem na sociedade e na vida, de acordo com suas possibilidades. Estes objetivos são alcançados ensino executar cada tarefa da forma mais ergonômica possível indicando, por sua vez, aqueles outros cuja execução pode incorrer em risco evitável.

Reabilitação cardíaca prolongada

Durante as fases III e IV da reabilitação cardíaca, o paciente encontra-se em um nível de estabilidade e adaptado as possíveis limitações nas atividades cotidianas, portando o terapeuta ocupacional intervém auxiliando no tratamento específico das sequelas que podem ter derivado da cirurgia cardíaca, estimulando a manutenção do desempenho ocupacional adequado a condição do paciente e prevenir possíveis fatores de risco.

O estudo realizado por Maldaner e colaboradores (2014) apontou que o processo de reabilitação após a cirurgia obriga o indivíduo a manter hábitos saudáveis, fazer uso de medicamentos prescritos, entre outros cuidados. A necessidade de mudança em no estilo de vida após a cirurgia. A cirurgia é um marco que significa a possibilidade de renascimento da paciente, que aparece como uma oportunidade de mudança de hábitos que são prejudiciais para a saúde. A partir do momento em que os indivíduos experimentam uma situação que os coloca em risco de morte, é aceitável que, após o novo "sopro de vida", oferecido pela cirurgia de revascularização miocárdica, para manifestar o desejo de mudança de comportamento e mudanças na vida. Por outro lado, a necessidade de mudança nos hábitos alimentares que o coração exige, especialmente no sentido de assumir as limitações e adotar mudanças no estilo de vida, é visto como algo negativo e desconfortável. Isso pode desencorajar o paciente a aderir ao tratamento e, em seguida, não há necessidade do trabalho educativo.

Pensando nesse estudo citado acima, pode-se pensar na atuação do terapeuta ocupacional auxiliando no "aconselhamento", como relata Cordeiro (1997), em que esse profissional mostra-se envolvido em aconselhamento e educação do paciente, através do uso de suas habilidades verbais, de ensino e de solução de problemas, *os terapeutas ocupacionais prestam sua melhor e mais específica contribuição na área de aconselhamento para um retorno estruturado às atividades "normais"*. Num contexto mais amplo, estes profissionais envolvem-se com o

aconselhamento e manejo dos fatores de risco cardiovasculares de maneira geral, sendo um aspecto muito importante do programa para portadores de cardiopatia isquêmica.

Cordeiro (1997) também faz uma reflexão sobre o papel específico dos terapeutas ocupacionais no aconselhamento, visto que educação em saúde pode ser feito por qualquer profissional da saúde. Portanto, o trabalho do terapeuta ocupacional centra-se na execução das atividades de vida diária - autocuidado, atividades produtivas e lazer. Também pode proferir palestras sobre fatores de risco cardiovasculares assim como podem fazê-lo outros profissionais que tenham o conhecimento e a habilidade para ensinar, além de empatia.

Alguns terapeutas ocupacionais não ampliam sua contribuição no programa em direção a um programa de atividades, em parte devido às condições de trabalho insuficientes, como por exemplo, pequeno número de profissionais no setor, falta de verba para implementar a atuação, falta de apoio institucional. Entretanto, se nós realmente compreendemos por completo o nosso papel em reabilitação cardíaca, nós nos esforçáramos para ampliar ainda mais a participação da Terapia Ocupacional nos programas de reabilitação cardiovascular e também em pesquisa nesta especialidade, envolvendo a utilização de atividades terapêuticas.

Cordeiro (1997) também visa a importância de utilizar todo potencial da atividade, não somente educativa ou biomecânica, mas podem ser utilizadas para auxiliar os pacientes a se avaliarem em suas limitações e ajudá-los a experimentar uma nova e mais saudável atitude diante da vida, porque elas simulam suas atividades diárias. Tendo a conscientização como resultado deste processo, as mudanças reais e desejáveis nos do paciente começam a acontecer.

O impacto do adoecimento e da própria cirurgia cardíaca provoca impacto no cotidiano do paciente, visto a necessidade de afastamento do trabalho, gastos com medicamentos, levando dependência financeira do paciente, bem como contribuir para a piora da renda familiar (MALDANER *et al.*, 2014). Alguns pacientes após a cirurgia mostrou melhores condições de vida, o que permitiu o retorno ao trabalho. A recuperação da capacidade de desenvolver atividades de trabalho anteriores à doença cardíaca, contribui para a melhoria da renda familiar e, portanto, na melhoria da auto-estima.

Portanto, o terapeuta ocupacional vem ampliando sua atuação e contribuição com paciente portador de doença cardíaca, através da aplicação de atividades dirigidas às necessidades específicas, visando a independência nas atividades da vida diária e instrumental, utilizando-se de técnicas e conservação de energia, simplificação de trabalho e de adaptações para que possa reassumir a execução das atividades que lhe satisfaz (VASCONCELOS *et al.*, 2010).

O objetivo geral deste trabalho é analisar as evidências disponíveis na literatura referentes à atuação da Terapia Ocupacional na área da cardiologia. Justifica-se pelo fato de que há escassez de trabalhos brasileiros publicados na área de reabilitação cardíaca e necessidade de ampliar os conhecimentos e divulgar a intervenção realizada pela terapia ocupacional com esta clientela.

MÉTODO

O trabalho de revisão de literatura tem como intuito definir conceitos, rever teorias, analisar evidências e questões metodológicas de um tema específico e caracterizar a produção científica relacionada a uma temática.

O estudo então teve como etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, busca na literatura dos estudos, extração de dados, avaliação dos estudos, análise e síntese dos estudos selecionados com apresentação dos resultados e discussão dos mesmos.

A busca bibliográfica partiu da seguinte questão norteadora da revisão:

- Quais as evidências disponíveis na literatura referentes à atuação do terapeuta ocupacional com paciente cardiológicos?

Foram selecionadas, como fontes de pesquisa, as bases de dados *National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no período de setembro 2014. Para a realização da busca, foram usados os seguintes descritores controlados (Descritores em ciências da saúde-DeSC): “*Occupational Therapy*”, “*Activities of Daily Living*”, “*Rehabilitation*”, “*Cardiology*”, “*Heart*”, “*Coronary Disease*”, “*Myocardial Infarction*” e seus cruzamentos. Além disso, foi realizada busca livre, para identificação de material relevante, ainda que não indexado em bases internacionais.

Foram identificados 396 artigos. Após a aplicação dos critérios de exclusão, resultaram 15 artigos, os quais compuseram o material do estudo.

Para selecionar estudos relativos à temática proposta, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão de estudos que compuseram a Revisão da Literatura, descritos a seguir.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estudos indexados nas bases de dados Pubmed e Lilacs;
- Estudos publicados no período de 2004 a 2014;
- Estudos publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol;
- Estudos realizados com seres humanos;
- Estudos de autoria de terapeutas ocupacionais.
- Estudos que relatam a atuação do terapeuta ocupacional com pacientes cardiológicos.
- Estudos com maiores de 18 anos.
- Estudos realizados com cuidadores de pacientes cardiológicos.

Quadro III – Critérios de Inclusão

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estudos de fonte secundária;
- Estudos farmacológicos;
- Estudos não realizados com pacientes cardiológicos;
- Estudos com menores de 18 anos;
- Estudos não disponíveis na íntegra.

Quadro IV – Critérios de Inclusão

Os resultados da busca dos artigos para esta revisão são apresentados na tabela 1, a seguir. Na busca livre não foi estabelecido um período de publicação.

Tabela 1 – Cruzamento de Descritores Segundo a Base/Banco de Dados.

CRUZAMENTOS

“Occupational Therapy” AND “Cardiology”

“Occupational Therapy” AND “Coronary Disease”

“Occupational Therapy” AND “Rehabilitation” AND “heart”

“Occupational Therapy” AND “heart”

“Occupational Therapy” AND “Myocardial Infarction”

“Activities of Daily Living” OR “occupational therapy” AND “heart” OR “cardiology”

Foram identificados 396 artigos que compuseram o material inicial desta revisão de literatura. Após a aplicação dos critérios de exclusão, resultaram 17 artigos, mas após leitura na íntegra, restaram 15 artigos, conforme processo descrito na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Processo de seleção dos artigos segundo os critérios de inclusão e exclusão

<u>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</u>	<u>LILACS</u>	<u>PUBMED</u>	<u>BUSCA LIVRE</u>
Artigos Identificados	0	386	10
Após exclusão de artigos publicados antes de 2004	0	178	Não se aplica
Após exclusão de estudos não com humanos	0	133	7
Após exclusão de Artigos relacionados a Estudos Farmacológicos e/ou de outras áreas não relacionadas ao tema	0	22	7
Após exclusão de Artigos não relacionados ao tema do estudo	0	9	6
Após exclusão de Artigos não disponíveis em sua íntegra	0	9	6

Após exclusão de Artigos replicados	0	9	6
Resultado de artigos selecionados	0	9	6
TOTAL	15 artigos		

A busca resultou em 396 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 15 artigos, treze dos quais são na língua inglesa (diversos países), um na língua portuguesa (Brasil) e, um em espanhol (Espanha).

. A análise do material foi realizada através de leitura crítica e permitiu identificar convergências; possibilitando estabelecer três Unidades de Análise, apresentadas a seguir:

- Unidade 1: Terapia Ocupacional na reabilitação cardiovascular (N=4)
- Unidade 2: Qualidade de vida e Atividade de Vida Diária (N=8)
- Unidade 3: Terapia Ocupacional e a equipe multiprofissional (N=3)

Os resultados obtidos são visualizados na Tabela , a seguir, na qual são identificados os autores, ano de publicação, periódico, título, idioma e país do estudo, com suas respectivas unidades de análises.

Tabela 3 – Caracterização de todos os artigos incluídos na Revisão

	n.	Ano	Autores	Periódico	Título	Idioma	País
UNIDADE I	1	1985	Nancy A. Wilke; Lois M. Sheldahl	The American Journal of Occupational Therapy	Use of Simulated Work Testing in Cardiac Rehabilitation: A Case Report	Inglês	EUA
	2	2014	Drosselmeyer, et al	The Open Journal of Occupational Therapy	Occupational Therapy After Myocardial or Cerebrovascular Infarction: Which Factors Influence Referrals?	Inglês	Alemanha
	3	2009	Vasconcelos, et al	Revista Científica do Unisalesiano	A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CLASSE DE FUNCIONALIDADE III	Português (Brasil)	Brasil
	4	2002	PIÉDROLA, et al	Rehabilitación (Madr)	Terapia ocupacional en los programas de rehabilitación cardíaca	Espanhol	Espanha
UNIDADE II	5	2009	Shimizu , et al	Gerontology	Development of the performance measure for activities of daily living-8 for patients with congestive heart failure: a preliminary study	Inglês	Japão
	6	2006	HUI, , et al	The Journal Of Alternative And Complementary Medicine	An evaluation of two behavioral rehabilitation programs, qigong versus progressive relaxation, in improving the quality of life in cardiac patients	Inglês	China
	7	2011	Foster, et al	American Journal Occupational Therapy	Executive dysfunction and depressive symptoms associated with reduced participation of people with severe congestive heart failure	Inglês	EUA
	8	2008	Li et al	Chin J Integr Med	Responsiveness of the Chinese Quality of Life Instrument in patients with congestive heart failure	Inglês	China
	9	2014	NORBERG, et al	Scandinavian Journal of Occupational Therapy	Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure	Inglês	Suécia
	10	2010	Norberg, et al	Australian Occupational Therapy Journal	Impact of fatigue on everyday life among older people with chronic heart failure	Inglês	Suécia
	11	2008	Norberg , et al	Scand J Caring Sci	Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure	Inglês	Suécia
	12	1987	Fitts,. Howe	American Journal occupational Therapy	Use of Leisure Time by Cardiac Patients	Inglês	EUA
UNIDADE III	13	2012	Bausewein, et al J Higginson	BMC Pulmonary Medicine	Development, effectiveness and cost-effectiveness of a new out-patient Breathlessness Support Service: study protocol of a phase III fast-track randomised controlled trial	Inglês	Alemanha
	14	2005	Austin, et al	The European Journal of Heart Failure	Randomised controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure	Inglês	Reino Unido
	15	2007	Wells	The Indian Journal of Occupational Therapy	Occupational Therapy And Physical Therapy In Clients After Open Heart Surgery: A Review Of Current Literature	Inglês	EUA

RESULTADOS E DISCUSSÃO

- **Unidade de Análise 1: Terapia Ocupacional na reabilitação cardiovascular**

Nesta unidade de análise foram selecionados quatro artigos, com diferentes métodos de pesquisa, sendo um relato de caso (WILKE; SHELDAHL, 1985), outro uma revisão retrospectiva de prontuário (DROSSELMEYER et al., 2014) e, duas revisões narrativas (PIÉDROLA et al, 2002.; VASCONCELOS et al., 2009).

Drosselmeyer et al. (2014) realizou o estudo na Alemanha, devido a alta taxa de morbimortalidade e incapacidade de sujeitos com doenças cardiovasculares. O autor refere que a terapia ocupacional pode ajudar tais pacientes a recuperar a função tanto quanto possível, no entanto, sugere que pouco se sabe sobre os fatores que influenciam o encaminhamento para terapia ocupacional após acidente vascular cerebral ou infarto do miocárdio (IM), portanto este estudo objetivou identificar os critérios de encaminhamento desses pacientes para o serviço de terapia ocupacional da instituição em que foi realizada a pesquisa. Utilizaram-se os dados foram colhidos do banco de dados da instituição do estudo e analisados por um período de três anos.

A população de estudo incluiu 7.440 pacientes, em que foram examinados por um cardiologista devido a acidente vascular cerebral ou IM. Além de características de base, foi registrada a presença de certos fatores de risco cardiovascular ou comorbidades. A terapia ocupacional recebeu 1.779 pacientes, sendo que 88,5% tinham sofrido um IM e 11,5% um derrame. No grupo sem referência (n = 5.661), 60,7% tinha experimentado um IM e 39,3% um derrame. Não há diferenças significativas relacionadas com o gênero. A ICC foi maior no grupo com terapia ocupacional. Constatou-se que a chance de ser encaminhado a terapia ocupacional aumentou com a idade mais jovem, história prévia de IM e a presença de hipertensão, o estudo também revelou a necessidade de outros estudos futuros que também devem considerar a gravidade da lesão isquêmica para dar conta do grau de comprometimento do restante.

Na tabela 4 a seguir encontram-se os resumos dos artigos da Unidade de Análise 1, com os autores, país, objetivo, método e desfecho dos estudos.

Tabela 4 – Caracterização dos Artigos Incluídos na Unidade de Análise 1

AUTORES	OBJETIVO	MÉTODO	DESFECHOS
Nancy A. Wilke; Lois M. Sheldahl	Apresentar um relato de caso de um paciente cardiopata.	Relato de caso	Através do treino e simulação do trabalho com o paciente foi realizada reabilitação para melhorar sua capacidade funcional. Foi possível obter um desempenho satisfatório nas demandas do trabalho.
Drosselmeye, Julia et al.	Compreender os fatores que influenciam o encaminhamento ao serviço de terapia ocupacional	A população de estudo incluiu 7.440 pacientes, com infarto do miocárdio e/ou acidente vascular encefálico.	A chance de ser oferecido terapia ocupacional aumentou com a idade mais jovem, história de MI e a presença de hipertensão. Estudos futuros também devem considerar a gravidade da lesão isquêmica para dar conta do grau de comprometimento do restante.
Ana Paula Silva Vasconcelos; Heloisa Camargo Said; Leslie Ritz de Oliveira; Paula Sandes Leite Marques	Relatar a atuação da terapia ocupacional na reabilitação cardíaca intervindo na insuficiência cardíaca congestiva, classe de funcionalidade III.	Revisão	O terapeuta ocupacional vem oferecendo importante contribuição nesta área, através da aplicação de atividades dirigidas às necessidades específicas do paciente, primando pela independência na execução de suas atividades da vida diária e instrumental, utilizando-se de técnicas e conservação de energia, simplificação de trabalho e de adaptações para que possa reassumir a execução das atividades que lhe satisfaz.
R. M.^a MARTÍNEZ PIÉDROLA; M. PÉREZ DE HEREDIA TORRES; J. C. MIANGOLARRA PAGE	Descrever o papel do terapeuta ocupacional em todas as fases da reabilitação cardíaca.	Revisão	O terapeuta ocupacional desempenha um papel importante como membro da equipe da PRC, contribuindo com a sua metodologia para retomar a rotina, atividades pessoais e familiares, profissionais e sociais do paciente através de intervenção individualizada, metódica, gradual e progressiva em cada uma fase que consiste no programa.

Depois de inúmeros estudos epidemiológicos sobre os efeitos benéficos do exercício sobre a doença isquêmica do coração, Programas de Reabilitação Cardíaca (PRC) foram reconhecidos e recomendados pela Organização Mundial da Saúde nos anos cinquenta (PIÉDROLA et al., 2002).

Pensando neste perfil de paciente cardiopata citado acima (idade mais jovem, história prévia de IM e hipertenso), pode-se dizer que o estudo converge com o dos autores Wilke & Sheldahl (1985), pois a maioria dos sujeitos com idade mais jovem encontra-se no mercado de trabalho e devido a doença e/ou cirurgia cardíaca deixam de desempenhar ou apresentam desempenho insatisfatório na área de ocupação do trabalho.

Esses autores referem que uma porcentagem significativa dos pacientes não retorna ao trabalho após o infarto do miocárdio ou cirurgia da artéria coronária, por razões não médicas. Essas razões incluem restrições médicas injustificadas, ansiedade frente à capacidade para atender demandas de emprego, membros da família apreensivos e empregadores receosos.

Portanto, realizaram um estudo de caso para ilustrar como terapeutas ocupacionais podem aumentar a capacidade do paciente no trabalho usando suas habilidades de análise de atividades, avaliações e simulações de trabalho. Através do treino e simulação do trabalho com o paciente foi realizada reabilitação para melhorar sua capacidade funcional, desenvolvendo decisões realistas sobre a capacidade de o paciente retornar ao trabalho, envolvendo esforço progressivo, sendo possível obter um desempenho satisfatório nas demandas do trabalho, ganhar a confiança dos familiares para o paciente retomar o trabalho e orientações específicas da atividade para realizar o trabalho com segurança e menos esforço cardíaco.

Além da área de ocupação do Trabalho, existem outras áreas a serem alvo de intervenções dos terapeutas ocupacionais nos PRCs, segundo (PIÉDROLA et al., 2002) estes programas consistem em um conjunto de ações multifatoriais visando reduzir a mortalidade e morbidade, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e capacitá-los para a sociedade de uma forma mais rápida. O estudo de revisão de Piédrola et al. (2002) aborda o papel significativo da terapia ocupacional e técnicas terapêuticas utilizadas em cada uma das fases da reabilitação cardíaca (fase da hospitalização, recuperação e reabilitação), com o objetivo de reconstruir a vida

diária o paciente e seus planos de vida, contribuindo com a seu conhecimento para retomar a rotina, atividades pessoais e familiares, profissionais e sociais do paciente através de intervenção individualizada, metódica, gradual e progressiva em cada uma fase que consiste no programa.

Os terapeutas ocupacionais como membros-chave da equipe de reabilitação cardíaca, tentam recuperar os pacientes para o melhor desenvolvimento de suas capacidades e reduzir o impacto psicológico que a implementação destes pode causar. A informação prestada ao paciente e a relação estabelecida pelo terapeuta ocupacional com ele, são fatores-chave na promoção da vontade do paciente de mudar estilos de vida e incentivar o cumprimento dado o papel central que desempenham na gênese, apresentação e continuação do desenvolvimento da doença

Vasconcelos et al. (2009) refere que há escassez de trabalhos publicados na área de reabilitação cardíaca, sendo necessário ampliar os conhecimentos e divulgar a intervenção realizada pela terapia ocupacional nesta área. Com isso, os autores, diferentemente de Piédrola (2002), mas de caráter complementar, especificam uma fase do PRC para atuação da terapia ocupacional na insuficiência cardíaca congestiva, classe de funcionalidade III. Sabe-se que a insuficiência cardíaca congestiva acarreta ao paciente intolerância ao esforço, fadiga, fraqueza muscular, entre outros, gerando grande impacto na vida dos pacientes pela restrição de suas atividades cotidianas. O terapeuta ocupacional vem oferecendo importante contribuição nesta área, através da aplicação de atividades dirigidas às necessidades específicas do paciente, primando pela independência na execução de suas atividades da vida diária e instrumental, utilizando-se de técnicas e conservação de energia, simplificação de trabalho e de adaptações para que possa reassumir a execução das atividades que lhe satisfaz.

Os estudos desta unidade de análise apesar de épocas e contextos diferentes, de certa forma se complementaram trazendo o perfil do paciente cardiopata, as demandas trazidas pela doença e como atuar na reabilitação de forma que o paciente retome suas atividades cotidianas, de trabalho, lazer, atividades de vida diária e participação social.

- **Unidade de Análise 2: Qualidade de Vida e Atividades de Vida Diária (n= 8)**

Nesta unidade de análise foram selecionados nove artigos, todos na língua inglesa, entretanto de diversas nacionalidades, sendo três estudos realizados na Suécia, três nos Estados Unidos da América, dois na China e um no Japão.

Na tabela 5, a seguir, encontram-se os resumos dos artigos da Unidade de Análise 2, com os autores, país, ano, objetivo, método e desfecho dos estudos.

Tabela 5 – Caracterização dos Artigos Incluídos na Unidade de Análise 2

AUTORES	OBJETIVO	MÉTODO	DESFECHOS
Yuko Shimizu et al.	Desenvolver a Medida de Desempenho de Atividades de Vida Diária-8 (PMADL- 8), avaliar sua confiabilidade e validade. O teste avalia as limitações funcionais em pacientes com ICC.	O PMADL-8 foi aplicado em 37 pacientes do grupo experimental (ICC) e 37 do grupo controle e avaliado sua validade discriminativa.	A PMADL-8 teve uma boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, assim como validade discriminativa em pacientes com ICC. O PMADL-8 tem o potencial de ser utilizado para avaliar as limitações funcionais específicos para a doença em pacientes com ICC.
PEGGY NGOR HUI et al.	O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar os dois programas de reabilitação comportamental diferentes na melhoria da qualidade de vida em pacientes cardíacos em Hong Kong	Um total de 65 indivíduos com doença cardíaca foram alocados alternadamente para os dois grupos: relaxamento progressivo e treinamento em <i>qigong</i> . Utilizou-se as versões chinesas de Short Form 36 (C-SF36), State-Trait Anxiety Inventory (C-IDATE), e General Health Questionnaire (C-GHQ-12) para avaliar as habilidades emocionais e avaliação da qualidade de vida.	O relaxamento progressivo e exercícios <i>qigong</i> melhorou a qualidade de vida para pacientes cardíacos com referência a certas medidas fisiológicas e psicológicas.
Erin R. Foster et al.	Descrever os níveis de participação das pessoas com ICC grave para explorar as relações entre comprometimento cognitivo, sintomas depressivo e participação para esta população.	A amostra contou com pessoas com ICC grave (Classe New York Heart Association IV ou III) aguardando transplante cardíaco (N = 27) em que completaram testes padronizados de avaliação da cognição e de auto-relato da disfunção executiva, sintomas depressivos, e participação.	Os participantes relataram reduções significativas na participação em todos os domínios de atividade, desde o diagnóstico de ICC. Piora na disfunção executiva e nos sintomas depressivos foram associados a reduzida participação social e juntos, corresponderam a 35% -46% da variação na participação social.
ZHAO Li et al.	Verificar a capacidade de resposta do ChQOL em pacientes com ICC e comparados com dois questionários genéricos, o SF-36 e WHOQOL-BREF, bem como um questionário de doença específica, o Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF).	A amostra contou com 39 pacientes com ICC Foram utilizados os seguintes índices de capacidade de resposta: o tamanho do efeito (ES) e resposta média padronizada (SRM). Todos os pacientes foram classificados em grupos com essas medidas estáveis e os grupos com alterações após um tratamento de 4 semanas.	Na comparação dos índices de capacidade de resposta, o ChQOL foi considerado como mais ágil do que o WHOQOL-BREF ou SF-36 utilidade, mas foi menos sensível do que a MLHF. O ChQOL mostrou-se o mais sensível e capaz de avaliar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, portanto o ChQOL é considerado adequado como medida de desfecho para clínica ensaios clínicos em doentes com insuficiência cardíaca congestiva.
EVA-BRITT NORBERG et al.	Descrever as experiências de limitações no desempenho ocupacional e estratégias para o gerenciamento atividades diárias entre os idosos com ICC.	Dez participantes de cuidados primários de saúde com diagnóstico confirmado de ICC foram entrevistados. As entrevistas foram analisadas por meio de análise de conteúdo qualitativa.	Idosos com ICC estão lutando com um processo contínuo de adaptação ocupacional devido ao declínio físico e capacidade de flutuação do dia-a-dia. Isso destaca a necessidade de informações sobre estratégias de uma perspectiva holística e intervenções de terapia ocupacional centrada no cliente.

Tabela 5 – Caracterização dos Artigos Incluídos na Unidade de Análise 2

AUTORES	OBJETIVO	MÉTODO	DESFECHOS
EVA-BRITT NORBERG et al.	Explorar a relação entre a fadiga e o desempenho das atividades de vida diária (AVD), o uso de dispositivos de apoio, serviço de home care e serviços de mobilidade comunitária em clientes mais velhos com insuficiência cardíaca crônica.	Um estudo descritivo transversal de 40 pacientes foi realizado usando o inventário Multidimensional de fadiga, a escala da AVD, avaliação motora e habilidades de processo e um checklist demográfico.	A fadiga teve um impacto negativo nas AVDs, principalmente nas habilidades motoras ao invés de mentais. Concluiu-se que são necessárias estratégias de conservação de energia para melhor e reduzir as consequências da fadiga.
Hand, C., Law, M., McColl, M. A	Realizar uma revisão sobre as evidências da eficácia das intervenções de terapia ocupacional na comunidade, individuais ou dentro de uma equipe multidisciplinar, na melhoria dos resultados para adultos com doenças crônicas selecionadas.	Revisão selecionando somente ensaios clínicos randomizados, publicados a partir de 1988 a 2008. Os estudos incluíram participantes com doença cardíaca, depressão, artrite reumatóide, osteoartrite, doença pulmonar obstrutiva crônica, ou diabetes.	Dezesseis estudos preencheram os critérios de inclusão. Dez estudos encontraram diferenças significativas entre os grupos intervenção e controle para pelo menos um resultado de função nas atividades da vida diária, senso de eficácia funcional, função social ou de trabalho, a saúde psicológica, saúde geral, ou qualidade de vida. Evidências conflitantes existe a respeito do impacto da intervenção na função física e saúde.
Eva-Britt Norberg; Kurt Boman; Britta Lofgren	Descrever a capacidade nas AVDs em idosos com ICC. Verificar como os pacientes cardíacos utilizam seu tempo de lazer.	Quarenta pessoas com mais de 65 anos (idade média de 81), participaram do estudo. A avaliação de habilidades motoras e de Processos (AMPS) e a Escala de AVD foram utilizados para descrever a capacidade nas AVDs.	Os idosos em cuidados de saúde primários com ICC apresentam uma quantidade elevada de dependência e maior esforço percebido durante a execução das AVDs. Existe uma associação entre a classe III / IV e uma capacidade diminuída, mesmo quando ajustado para idade.
Helen Fitts, Margot Howe	A. Comparar os padrões de atividade e conceitos de lazer entre os grupos de sujeitos com doença cardíaca e não cardíaca C.	Ambos os grupos tiveram que responder um questionário dividido em quatro partes.	Os dados indicam tendências a diferenças entre os dois grupos nos padrões de atividades e na de atividades que caracterizam seu tempo de lazer, entretanto não houve diferenças significativas em relação ao tempo que gastam em cada atividade (trabalho, lazer e sono/descanso).

A maior parte dos estudos é randomizada, utilizando entrevistas ou avaliações padronizadas para comparação entre os grupos (experimental e controle) de pacientes portadores de doença cardíaca, de forma a avaliar as AVDs e qualidade de vida, também houve estudo para desenvolver um questionário autoaplicável para verificar o desempenho nas atividades de vida diária (SHIMIZU et al.,2009) e auxiliar a identificar demandas de intervenção com essa população.

Shimizu et al. (2009) enfoca na importância dos questionários autoaplicáveis e como torna a metodologia confiável e objetiva para a obtenção de informações sobre as limitações funcionais. No entanto, as atuais medidas têm sido criticadas por incapacidade de orientar a terapia com base em dados dos resultados e pela falta de especificidade das perguntas relacionadas com os sintomas específicos da doença. Portanto, o estudo objetivou desenvolver a Medida de Desempenho de Atividades de Vida Diária-8 (PMADL- 8) para avaliar as limitações funcionais em pacientes com ICC e fornecer dados preliminares sobre a coerência interna do PMADL- 8, bem como a sua confiabilidade e validade. O original PMADL possui dois domínios e incluiu 13 fundamentais (por exemplo, lavar, vestir, transferências, andando dentro de casa) e 27 atividades instrumentais de vida diária (por exemplo, fazer compras, usar transporte público, o trabalho doméstico, andando fora). Os 40 itens da PMADL original foi testado em 76 pacientes com ICC. Utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como modelo, os itens do questionário de limitação funcional foram desenvolvidos para avaliar a dificuldade de 8 tarefas diárias comuns em pacientes com ICC.

O instrumento foi construído baseado na avaliação de especialistas e de testes pilotos. Sua construção e convergente validade, análise Rasch, consistência interna e confiabilidade teste-reteste foi avaliada em 50 pacientes com ICC.

Validade discriminativa/grupo conhecido foi investigada, comparando 37 pacientes idosos com ICC e 37 controles pareados por idade e sexo da população em geral. O Cronbach do PMADL-8 foi de 0,94. O coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,96. O PMADL-8 teve uma boa correlação com escores de dispnéia e de fadiga do Marianna Questionario de Insuficiência Cardíaca e pela classificação da New York Heart Association, demonstrando a sua validade convergente.

O PMADL-8 teve uma boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, assim como validade discriminativa e convergente em pacientes com ICC. Portanto, o PMADL-8 tem o potencial de ser utilizado para avaliar as limitações funcionais específicos para a doença em pacientes com ICC.

O estudo torna-se bastante relevante devido a escasses de questionários ou avaliações específicas da terapia ocupacional para a população com ICC e/ou outras doenças cardiovasculares, visto que nos outros estudos utilizam avaliações diversas (próprias da terapia ocupacional ou não).

Assim como Shimizu et al. (2009), Norberg (2010; 2014) também faz uso de instrumentos para avaliação dos pacientes com ICC e levantar demandas terapêuticas ocupacionais, utilizando o Inventário Multidimensional de Fadiga, a escala da AVD, avaliação motora e habilidades de processo e um checklist demográfico. No estudo de 2014, Norberg et al. utiliza uma entrevista semi-estruturada para identificar a problemática dos participantes, em que estes relatam como é a rotina, quais as dificuldades, como lidam com estas, se houve mudança na rotina ou teve que adaptar após a ICC.

O estudo de Norberg et al. (2010) demonstrou, após a aplicação dos instrumentos, que os pacientes com ICC, possuem altos níveis de fadiga geral, fadiga física e atividade reduzida. Maior fadiga foi associada significativamente maior dependência e diminuição da qualidade da AVDs, mas não para fazer compras. Utilização de dispositivos de assistência e serviços de mobilidade na comunidade são frequentes nessa população e, serviço de home care menos frequente. O uso de dispositivos de assistência e de home care foi associado significativamente a maior fadiga, mas não o uso de serviços de mobilidade da comunidade. A fadiga teve um impacto negativo nas AVDs, principalmente nas habilidades motoras ao invés de mentais.

Norberg (2014) sugere que pacientes com ICC devem fazer alterações significativas em muitos aspectos da vida diária, tendo a idade um impacto significativo no desempenho da AVD. No entanto, os participantes mostraram capacidade física/motora para AVD inferior em comparação com pessoas da mesma idade. Participantes em NYHA III/IV (ajustada para a idade), tinha aumentado significativamente o esforço (sob a capacidade motora) ao executar tarefas-AVD em comparação com aqueles em NYHA I/II. Pessoas idosas em cuidados de saúde

primários com ICC exibem uma quantidade elevada de dependência, tensão percebida e maior esforço durante a execução do AVD. Há uma associação entre classe NYHA III/IV e uma diminuição da AVDs (habilidade motora de AMPS) mesmo quando ajustado para a idade. O terapeuta ocupacional pode auxiliar na readaptação do cotidiano e oferecer estratégias de conservação de energia para melhor e reduzir as consequências da fadiga, isso destaca a necessidade de informações sobre estratégias de uma perspectiva holística e intervenções de terapia ocupacional centrada no cliente.

Em 2008, Norberg et al. realizou um estudo semelhante ao citado acima (Norberg, 2014), em que descreveu a capacidade de idosos com ICC na realização das AVDs, especificamente na atenção primária a saúde. Os mesmos instrumentos foram utilizados, a Escala de AVD, Avaliação motora e de Habilidades de Processo (AMPS) em 40 sujeitos participantes idosos, acima de 65 anos, com idade média de 81 anos.

A maioria dos participantes eram independentes em relação a atividades da vida diária, e 75% eram dependentes de uma ou mais atividades instrumentais da vida diária, geralmente compras. A maioria dos participantes, durante a aplicabilidade das escalas, estavam tensos, e somente três podem realizar todas AVD sem esforço. A idade não teve um impacto significativo sobre o desempenho AVD. No entanto, os participantes apresentaram menor capacidade motora para AVD e habilidade do processo comparativamente com pessoas bem da mesma idade. Os idosos em cuidados de saúde primários com ICC apresentam uma quantidade elevada de dependência e maior esforço percebido durante a execução das AVDs. Existe uma associação entre a classe III / IV e desempenho de AVD diminuída (AMPS habilidade motora), mesmo quando ajustado para idade.

Em concordância com Norberg et al. (2008;2010;2014), Foster et al. (2011) também considera que o programa de gerenciamento de doenças para as pessoas com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) pode ser melhorado através da integração desta perspectiva holística ao invés de focar exclusivamente sobre a saúde fisiológica e funcionamento físico.

O primeiro passo no desenvolvimento das intervenções e abordagens para ICC é entender melhor o efeito desta no desempenho de atividades que dão a vida

das pessoas significado e propósito, tendo impacto potencial das manifestações da doença (SHIMIZU, 2009; NORBERG, 2014; FOSTER, 2011)

Explorando outras áreas de ocupação prejudicadas nos pacientes com ICC, Foster et al. (2011), descreveu os níveis de participação social das pessoas com ICC grave e para explorar as relações entre comprometimento cognitivo, sintomas depressivo e participação para esta população. Este trabalho sugere que as intervenções centradas no cliente podem ser mais eficazes do que as abordagens atuais para melhoria ou manutenção da função, participação e qualidade de vida. Para isso, os autores, utilizaram uma amostra de pessoas com ICC grave (Classe New York Heart Association IV ou III) aguardando transplante cardíaco (N = 27) em que completaram testes padronizados de avaliação da cognição, disfunção executiva (auto-aplicável), sintomas depressivos, e participação.

Foram predominantes para os resultados possíveis de depressão (64%) e disfunção cognitiva (15% - 59%). Os participantes relataram reduções significativas na participação social em todos os domínios de atividade, desde o diagnóstico de ICC. Piora na disfunção executiva e nos sintomas depressivos foram associados a reduzida participação social e juntos, corresponderam a 35% -46% da variação na participação social.

Além dos estudos no desempenho e avaliação das AVDs (SHIMIZU, 2009; NORBERG, 2014; FOSTER, 2011), trabalho (WILKE, 1985) e participação social (FOSTER et al., 2011), Fitts et al. (1987) aborda a área de ocupação do lazer, sugerindo que o estresse psicológico é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças do coração, e como o indivíduo lida com o estresse, determinará qual o impacto desse na sua saúde. Indica que os efeitos do estresse podem ser minimizados ou revertidos através de atividades direcionadas, exercícios físicos, relaxamento ou suporte emocional e social.

Sendo assim, Fitts et al. (2011) realizou um estudo exploratório para comparar os padrões de atividade e conceitos de lazer entre os grupos de sujeitos com doença cardíaca e não cardíaca. Os sujeitos do estudo contaram com 15 pacientes entre 33 e 65 anos, com média de idade de 53 anos, estes foram escolhidos a partir de três hospitais participantes do estudo. Os sujeitos estavam hospitalizados após o primeiro Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), diagnosticados através de eletrocardiograma e estudos de enzimas. O grupo controle contou com

15 participantes voluntários. Ambos os grupos tiveram que responder um questionário dividido em quatro partes: (1) dados demográficos, ocupação, sexo, idade, estado civil; (2) investigar qual o conceito que os sujeitos possuem de lazer, grau de satisfação com a qualidade e quantidade de tempo livre, grau de satisfação com o trabalho, quantidade de tempo de férias no ano anterior, grau de estresse durante os últimos 6 meses e quais mudanças havia experimentado neste tempo; (3) como divide o tempo do dia (sono/descanso, tempo livre, trabalho, responsabilidades); (4) identificar as atividades que constituem o lazer, quantas vezes participaram de cada atividade (em uma escala de 0 a 4) e, como eles avaliaram cada uma destas atividades de acordo com sua capacidade de reduzir o estresse. A lista de atividades foi dividida em: relaxamento, atividades físicas, atividades sociais, outras atividades de lazer (hobbies e interesses pessoais).

Os dados indicam tendências a diferenças entre os dois grupos nos padrões de atividades e na de atividades que caracterizam seu tempo de lazer, entretanto não houve diferenças significativas em relação ao tempo que gastam em cada atividade (trabalho, lazer e sono/descanso).

Em concordância com todos os estudos, apesar de épocas e nacionalidades distintas, os resultados sugerem áreas de atuação de terapeutas ocupacionais para tratamento de pacientes cardíacos, em todas as áreas de ocupação, idade e níveis de atenção e a necessidade de se comprovar a eficácia das intervenções, pois a maioria dos estudos realizados nesta unidade de análise utilizaram instrumentos para identificar demandas e avaliar os sujeitos com doença cardíaca, e pouco se discutiu sobre a eficácia das intervenções.

Pensando em avaliar a eficácia das intervenções/atividades terapêuticas ocupacionais com pacientes cardíacos, os autores HUI et al. (2006) realizaram um estudo com o intuito de avaliar e comparar os dois programas de reabilitação comportamental diferentes na melhoria da qualidade de vida em pacientes cardíacos em Hong Kong. O presente estudo foi realizado no ambulatório de Terapia Ocupacional Departamento no Christian Hospital United, Hong Kong. Um total de 65 indivíduos, com média de 65 anos (variação, 42-76), foram recrutados no estudo. As doenças cardíacas incluídos infarto do miocárdio, cirurgia coronariana, troca valvar, e também a doença isquêmica do coração.

Para realizar o experimento, os pacientes foram alocados alternadamente para os dois grupos. O primeiro grupo de pacientes receberam instruções e praticada em relaxamento progressivo. O segundo grupo de pacientes foram submetidos a treinamento em *qigong*. Um total de oito sessões foram conduzidas com duração de 20 minutos cada.

Foram registrados dados demográficos e clínicos, tais como sexo, idade, pressão arterial sistólica e diastólica. As habilidades emocionais e avaliação da qualidade de vida foram realizadas utilizando as versões chinesas de Short Form 36 (C-SF36), State-Trait Anxiety Inventory (C-IDATE), e General Health Questionnaire (C-GHQ-12).

Cinquenta e nove (59) indivíduos (44 homens e 15 mulheres) completaram os oito sessões de reabilitação no estudo. Os pacientes alocados para os dois grupos de tratamento tinham características de base comparáveis.

HUI et al. (2006) identificaram que o relaxamento progressivo foi mais eficaz na redução da pressão arterial em comparação com *qigong*. Relaxamento pareceu ser particularmente benéfico em domínios somáticas. Com o *qigong* grupo demonstrou maior melhora em medidas psicológicas, além de redução da pressão arterial sistólica. O relaxamento progressivo e exercícios *qigong* melhorou a qualidade de vida para pacientes cardíacos com referência a certas medidas fisiológicas e psicológicas. O resultado foi apoiada por estudos anteriores e revisões de literatura sobre *qigong* em termos de seu efeito sobre a dimensão psicológica.

Analisando seu efeito benéfico na população descrita e fazendo um paralelo com o estudo de Fitts et al. (1987), em que este relata o impacto do estresse o risco de doenças cardíacas e necessidade de otimizar o lazer, o relaxamento progressivo e de *qigong* são atividades que podem ser utilizadas pelo terapeuta ocupacional e incrementadas no cotidiano do paciente a fim de reduzir o estresse, melhorar a qualidade de vida, lazer, habilidades mentais, e consequente desempenho ocupacional.

Os aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais também estão relacionados com o conceito de Qualidade de Vida, que segundo a Organização Mundial de Saúde “*é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”.

Para avaliar a qualidade de vida, existem instrumentos específicos, dentre estes há o World Health Organization Quality of Life Assessment da vida (WHOQOL-BREF), este instrumento é a versão reduzida do WHOQOL-100, possuindo 26 questões divididas em domínios (domínio físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente).

ZHAO et al. (2008) utilizou o Qualidade de Vida Chinesa (ChQOL) para comparar com WHOQOL-BREF e Medical Outcomes Study Short Form 36-item Health Survey (SF-36) para avaliarem a qualidade de vida e Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF), questionário de doença específica.

A amostra contou com trinta e nove em pacientes com ICC que tinham sido submetidos a tratamento com medicina integrativa. As avaliações do estado de saúde foram realizados no início e após um tratamento de 4 semanas.

Todos os pacientes foram classificados em grupos com essas medidas estáveis e os grupos com alterações após um tratamento de 4 semanas, com base em rating global tanto do médico de alterações nos testes da função cardíaca e classificação global do paciente as alterações na qualidade de vida global.

Todos os domínios da ChQOL apresentaram melhora significativa. Na comparação dos índices de capacidade de resposta, o ChQOL foi considerado como mais ágil do que o WHOQOL-BREF ou SF-36 utilidade, mas foi menos sensível do que a MLHF. O ChQOL mostrou-se o mais sensível e capaz de avaliar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, portanto o ChQOL é considerado adequado como medida de desfecho para clínica ensaios clínicos em doentes com insuficiência cardíaca congestiva.

Segundo Lin et al. (2001), Qualidade de vida deve ser compreendida como sensação íntima de conforto bem estar no desempenho das atividades físicas e psíquicas, de acordo com as realidades pessoais e familiares e as tradições dos ambientes em que o indivíduo está inserido. O controle dos sintomas, a normalização ou restauração dos componentes físicos, psíquicos e sociais dos doentes, a maximização dos potenciais remanescentes, a prevenção da deterioração das condições físicas e psíquicas, o desenvolvimento da autoconfiança, o encorajamento para a execução das atividades, a eliminação do medo de que novas lesões possam instalar-se, a correção dos desajustes familiares, sociais e profissionais que contribuem para o sofrimento e incapacidade, e a independência

dos doentes quanto ao sistema de saúde são, entre outras as razões da atuação daqueles envolvidos no atendimento dos doentes com doença crônica.

Ainda para essa autora, o esclarecimento das situações reduz as incertezas e melhora a aderência ao tratamento e aumenta a confiança nas condutas propostas. O envolvimento dos familiares e dos cuidadores no programa de reabilitação modifica os conceitos errôneos e desfavoráveis relacionados ao quadro global e possibilita o uso desses métodos no domicílio

As atividades laborativas e as simulações das atividades de vida diária estimulam a recuperação da força, a coordenação e a destreza. As atividades devem ser programadas em escala ascendente, respeitando o aumento paulatino da flexibilidade e da força do membro. Na fase final da reabilitação, os doentes devem ser educados para exercer as atividades que executarão durante o retorno ao trabalho, tendo como parâmetro a capacidade funcional e a ausência da sintomatologia (LIN, 2001).

Quando não há condições físicas de retorno ao mesmo posto de trabalho, a readaptação, ou seja, o preparo dos doentes para execução de outras atividades profissionais é necessária. Adaptações que visam a facilitar a melhora de apreensão de determinados objetos, como adaptações de utensílios do lar e do trabalho permitem melhorar e facilitar a independência, com menor sobrecarga cardíaca.

- **Unidade de Análise 3: Terapia Ocupacional e equipe multiprofissional (n= 3)**

Nesta unidade de análise, os estudos incluem o terapeuta ocupacional na atuação com pacientes portadores de cardiopatia em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Abaixo encontra-se a Tabela 6, com os resumos dos artigos da Unidade de Análise 3.

Tabela 6 – Caracterização dos Artigos Incluídos na Unidade de Análise 3

AUTORES	OBJETIVO	MÉTODO	DESFECHOS
Claudia Bausewein et al.	Desenvolver e avaliar a eficácia e rentabilidade de um Serviço de Apoio multidisciplinar ambulatorial de Dispneia para o tratamento paliativo da falta de ar, em doenças malignas e não malignas avançadas do King College Hospital de Londres.	Estudo randomizado controlado, que compreende dois grupos: 1) intervenção (imediata acesso a BSS, além de cuidados padrão); 2) grupo controle (melhores práticas e de acesso padrão para BSS após um tempo de seis semanas de espera). As visitas domiciliares objetivam identificar e modificar os fatores internos que podem estar impactando negativamente sobre a dispneia e criar um programa individualizado.	A composição dos profissionais envolvidos no serviço foi estendido em comparação com outros serviços e inclui a experiência de uma enfermeira, um terapeuta ocupacional e um assistente social. Em contraste com o Serviço de Cambridge com prestação do BIS, principalmente nas casas dos pacientes é a oferta predominante da BSS como um ambulatório com uma visita casa pelo fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional entre duas visitas à clínica.
Austin, J. et al.	Determinar se um programa de reabilitação cardíaca melhorou os resultados de uma clinica ambulatorial de insuficiência cardíaca (tratamento padrão) para os pacientes, mais de 60 anos de idade, com insuficiência cardíaca crônica.	Duzentos pacientes (60-89 anos), com NYHA falha II ou III foram randomizados. Ambos grupos recebiam atendimento de um cardiologista e enfermeiro especialista cada 8 semanas. As intervenções incluíram prescrição do exercício, educação, dietética, terapia ocupacional e aconselhamento psicossocial. a principal desfechos foram estado funcional, saúde relacionados com qualidade de vida e internações hospitalares.	Houve melhora significativa em MLHF e no EuroQoL, classificação NYHA e 6 min curta distância (metros) de 24 semanas entre os grupos. O grupo experimental teve menos admissões e gastou menos dias no hospital.
Joseph K. Wells	Estudar as evidências sobre os benefícios da terapia ocupacional (TO) e fisioterapia (FT), especificamente com clientes que fizeram cirurgia cardíaca.	A pesquisa online foi concluída em 11 etapas e revelou apenas um estudo que foi adaptado para responder às questões clínicas. Nenhum artigo foi encontrado pertinente à consulta clínica através da pesquisa sobre as edições impressas do AJOT.	O estudo mostrou que as intervenções de FT e TO foram estatisticamente e clinicamente significativas, como mostrado por uma melhoria na média do escore da MIF por 20,6 pontos na alta em comparação à admissão. Isto demonstra claramente que a FT e TO nos resultados de rendimento nos cuidados pós cirúrgicos são positivos e funcionais.

Para Cavalcanti e Galvão (2007) uma equipe pode ser composta de duas ou mais pessoas que juntas dividem um propósito e trabalham para alcançar uma meta em comum. Sua constituição é diversificada, sendo formada por profissionais recrutados de acordo com a atividade específica a ser desenvolvida. O terapeuta ocupacional tem ampliado uma participação como membro integrante de equipes e frequentemente vem compondo o quadro de profissionais da área da saúde, de educação, de tecnologia assistiva ou de pesquisa. As autoras, porém, afirmam que trabalhar em equipe pode ser uma tarefa difícil quando em determinado serviço um profissional que compõe a equipe desconhece a prática da terapia ocupacional, para isso é necessária uma comunicação efetiva, colaboração e trabalho conjunto.

No estudo de Bausewein et al. (2012), o serviço de suporte ao paciente com dispneia, que atende pacientes com dispneia devido a doenças malignas (câncer) e não malignas (doença cardíaca, dentre outras) conta com uma equipe multiprofissional: dois médicos, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e um assistente social.

O estudo objetivou avaliar a eficácia e o custo-benefício do serviço oferecido aos pacientes com dispneia, para isso inicialmente realizou-se uma revisão de literatura sobre o impacto da fadiga/dispneia em pacientes com doença crônica avançada. A segunda fase consistiu em entrevistar 80 pacientes e seus familiares/cuidadores, a partir disso, pode-se definir o foco da intervenção de acordo com o que os pacientes e/ou cuidadores requereram, como visita domiciliar, material educativo, uma equipe multiprofissional e um plano de como o paciente/familiar agir quando o paciente estiver em crise. As entrevistas possibilitaram definir o grupo controle da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa são pacientes que sofrem de falta de ar/fadiga aos mínimos esforços ou em repouso devido a doença avançada, tais como câncer, doença obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar e doença do neurônio motor.

Os profissionais fazem atendimento em ambulatório e visita domiciliar. Os ambulatórios ocorrem uma vez na semana e os pacientes são convidados a virem duas vezes na clínica dentro de quatro semanas e também receberão uma visita domiciliar.

Os pacientes recebem um pacote de informações com cinco fichas técnicas sobre a dispneia, um mantra, um CD de relaxamento, um ventilador de mão, dentre outros utensílios.

O terapeuta ocupacional nesta equipe atua em conjunto com o fisioterapeuta, realizando atendimento ambulatorial 2 a 3 vezes na semana, visita domiciliar e telefonema após o término do ciclo de intervenção. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional realiza avaliação das atividades de vida diária (mobilidade, transferências, autocuidado e tarefas domésticas), prescrição de cadeira de rodas, avaliação e para uso de tecnologias assistivas, ações educativas, treino de atividades com conservação de energia, referenciar para serviços na comunidade, aumentar o suporte social, assim como as relações de trabalho e por fim, realiza a reavaliação. O terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta auxiliam na independência de atividades cotidianas e melhoram a qualidade de vida, minimizando barreiras no domicílio e comunidade.

Para Wells (2002), assim como no estudo citado acima, abordou sobre a atuação em conjunto com o fisioterapeuta, pois este com sua experiência na prescrição de exercício é uma parte essencial da equipe de reabilitação cardíaca e o terapeuta ocupacional desempenha um papel essencial em ajudar clientes a recuperar a autoestima, a atividade funcional e auto-regulação, visto que o problema mais comum encontrado em clientes cardiopulmonares, como em qualquer estado de doença crônica, é uma diminuição progressiva da atividade / tolerância ao exercício ou resistência. Um ciclo vicioso de inatividade e insuficiência muscular reduzida (descondicionamento) podem desenvolver causando sintomatologia crescente aumento e diminuição adicional na atividade desconforto respiratório.

Uma das funções principais de um TO envolve educar o cliente para os diferentes níveis de demanda cardíaca e metabólica da atividade diária, e facilitar e acompanhar a participação do cliente com um aumento gradual do débito cardíaco para usar mais eficaz de oxigênio pelo corpo.

No estudo de Wells (2002), as intervenções do TO / FT abrangem: avaliação, melhorar o desempenho físico e funcional nas atividades de vida diária, adaptação ou modificação do ambiente / contexto funcional do cliente, facilitar independência e segurança, educação sobre medidas de autocuidado, precauções

e fatores de risco; e formação em gestão de stress e apoio psicossocial, conforme necessário.

O objetivo da avaliação foi estudar as evidências sobre os benefícios da terapia ocupacional (TO) e fisioterapia (FT), especificamente com clientes que fizeram cirurgia cardíaca. A fim de avaliar que os resultados, a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) foi utilizada. A pesquisa online foi concluída em 11 etapas e revelou apenas um estudo que foi adaptado para responder às questões clínicas.

Nenhum artigo foi encontrado pertinente à consulta clínica através da pesquisa sobre as edições impressas do AJOT. O estudo mostrou que as intervenções de FT e TO foram estatisticamente e clinicamente significativas, como mostrado por uma melhoria na média do escore da MIF por 20,6 pontos na alta em comparação à admissão. Isto demonstra claramente que a FT e TO nos resultados de rendimento nos cuidados pós-cirúrgicos são positivos e funcionais.

Austin et al. (2005) em concordância com os estudos acima, também afirma que um serviço de reabilitação cardíaca precisa incorporar a educação do paciente, o treinamento físico e modificação de estilo de vida, exigindo mais avaliação no tratamento da insuficiência cardíaca.

Para Lin et al. (2001), a reabilitação visa à melhora da qualidade de vida, à readaptação e à reabilitação social e profissional e não apenas ao alívio dos sintomas. O enfoque interdisciplinar é fundamental para promover a reintegração social dos doentes com cardiopatia.

O objetivo do estudo de Austin et al. (2005) foi determinar se um programa de reabilitação cardíaca melhorou os resultados de uma clinica ambulatorial de insuficiência cardíaca (tratamento padrão) para os pacientes, mais de 60 anos de idade, com insuficiência cardíaca crônica. Para isso, a amostra contou com duzentos pacientes randomizados (60-89 anos, 66% do sexo masculino), com New York Heart Association (NYHA) II ou III coração confirmado por ecocardiografia. Ambos grupos controle e experimentais participaram tiveram atendimento por 8 semanas. As intervenções incluíram consulta com um cardiologista, um enfermeiro especialista, fisioterapeuta, nutricionista, terapia ocupacional e aconselhamento psicossocial.

Os principais desfechos foram estado funcional, saúde relacionados com qualidade de vida e internações hospitalares. Houve melhora significativa em

MLHF e no EuroQoL, classificação NYHA. O grupo experimental teve menos admissões e gastou menos dias no hospital.

Em vários estudos mostrou-se que o terapeuta ocupacional objetiva a independência e autonomia nas áreas de ocupação, proporcionando melhor qualidade de vida e utilizando-se de técnicas e conservação de energia, simplificação de trabalho e, de adaptações para a execução das atividades significativas, e retorno as atividades cotidianas e significativas. Também demonstraram a eficácia das ações do terapeuta ocupacional, na qualidade de vida do paciente.

No estudo, não foram achados trabalhos brasileiros comprovando a eficácia das ações do terapeuta ocupacional na população com cardiopatia, somente possibilidades de atuação.

Através dos estudos utilizados neste trabalho, pode-se observar que a produção internacional utiliza-se de protocolos de avaliação para verificar a eficácia da intervenção e identificar demandas, no entanto, no Brasil não se verifica a utilização dos mesmos nos estudos. Deste modo, há necessidade de ampliação não somente de intervenções, mas também de pesquisas relacionadas a esse campo de estudo/atuação do terapeuta ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora haja escassez de trabalhos nesta área analisada, a maioria dos estudos é randomizada, da língua inglesa e de diversas nacionalidades. Os estudos abordam o motivo de encaminhamento do paciente cardiopata, a atuação do terapeuta ocupacional na reabilitação cardiovascular, a eficácia das intervenções e/ou determinado tipo de atividades nessa população, assim como, o papel e a importância do terapeuta ocupacional em uma equipe multiprofissional. Portanto, o terapeuta ocupacional vem ampliando sua atuação e contribuindo na melhora da qualidade de vida do paciente portador de doença cardíaca.

Entretanto, o estudo apresentou limitações com poucas publicações, principalmente na língua portuguesa (Brasil), apesar das doenças cardiológicas estarem em evidência devido ao seu elevado índice na população mundial, a produção na área de terapia ocupacional ainda é restrita.

A fim de que amplie os conhecimentos e haja o reconhecimento dos outros profissionais de saúde e, inclusive da população faz-se necessário a divulgação e ampliação dos estudos nesta área de intervenção do terapeuta ocupacional.

REFERÊNCIAS

ALBANESI F^o, Francisco Manes. Cardiomiopatias. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 71, n. 2, Aug. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998000800002&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X1998000800002>.

AUSTIN, J. et al. Randomised controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure. *The European Journal of Heart Failure* (2005) 411–417

BATLOUNI, M. II DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. V. 72, (suplemento I), 1999. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1999/7201/7201.pdf>

BAUSEWEIN, CLAUDIA et al. Development, effectiveness and cost-effectiveness of a new out-patient Breathlessness Support Service: study protocol of a phase III fast-track randomised controlled trial. *BMC Pulmonary Medicine* 2012, 12:58

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (**Cadernos de Atenção Básica**; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CARVALHO, T. DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR E METABÓLICA: ASPECTOS PRÁTICOS E RESPONSABILIDADES. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* - Volume 86, Nº 1, Janeiro 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v86n1/a11v86n1.pdf>

CORDEIRO, J. J. R. Cardiologia. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p.500-506.

CORDEIRO, J.I.R. Expandindo o papel dos terapeutas ocupacionais em reabilitação cardíaca. *Revista Do Centro De Estudos De Terapia Ocupacional*. Volume 2 . nº 2 . 1997. Disponível em http://www.ceto.pro.br/revistas/02/11-ceto02_cordeiro_1997.pdf

DROSSELMAYER, JULIA; JOCKWIG, ACHIM; KOSTEV, KAREL; AND HEILMAIER, CHRISTINA (2014) "Occupational Therapy After Myocardial or Cerebrovascular Infarction: Which Factors Influence Referrals?," *The Open Journal of Occupational Therapy*: Vol. 2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15453/2168-6408.1090>

FITTS, HELEN A.; HOWE, MARGOT C. Use of Leisure Time by Cardiac Patients. *American Journal Occupational Therapy*: September 1987, Volume 41, Number 9

- FOSTER, E. R., CUNNANE, K. B., EDWARDS, D. F., MORRISON, M. T., EWALD, G. A., GELTMAN, E. M., et al. (2011). Executive dysfunction and depressive symptoms associated with reduced participation of people with severe congestive heart failure. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 306–313.
- GODOY, M. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* volume 69, (nº 4), 1997
- HAND, C., LAW, M., MCCOLL, M. A. (2011). Occupational therapy interventions for chronic diseases: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 428–436.
- LAURENTI et al. Doença isquêmica do coração no Brasil, 1993 a 1997. **Arq Bras Cardiol**, volume 74 (nº 6), 483-487, 2000. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7406/74060001.pdf>
- LIN, T.Y., STUMP, P., KAZIYAMA, H.H.S., TEIXEIRA, M.J., IMAMURA, M., GREVE, J.M.A. Physical medicine and rehabilitation in chronic pain patients. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80(ed. esp. pt.2):245-55, 2001.
- MALDANER, C.R. et al. The daily life of adults and elderly after myocardial revascularization. *J. res.: fundam. care.* online 2014. jan./mar. 6(1):62-73
- NORBERG, EVA-BRITT; BOMAN, KURT; LOFGREN, BRITTA. Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. *Scand J Caring Sci*; 2008; 22; 203–210
- NORBERG, EVA-BRITT; BOMAN, KURT; LOFGREN, BRITTA. Impact of fatigue on everyday life among older people with chronic heart failure. *Australian Occupational Therapy Journal* (2010) 57, 34–41
- NORBERG, EVA-BRITT; BOMAN, KURT; LOFGREN, BRITTA; BRÄNNSTRÖM, MARGARETA. Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014; 21: 392–399
- PIÉDROLA, R.M.M. et al. Terapia ocupacional en los programas de rehabilitación cardíaca. **Rehabilitación** (Madr) 2002;36(4):227-34
- SANTOS, Maria Gisele dos et al . Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 90, n. 4, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000400012>.
- SHIMIZU, YUKO et al. Development of the Performance Measure for Activities of Daily Living-8 for Patients with Congestive Heart Failure: A Preliminary Study. *Gerontology* 2010;56:459–466

SHIMIZU, YUKO et al. Risk factors for onset of depression after heart failure hospitalization. *Journal of Cardiology* (2014) 37–42

WELLS, JK. Occupational Therapy And Physical Therapy In Clients After Open Heart Surgery: A Review Of Current Literature. *The Indian Journal of Occupational Therapy*: Vol. XXXVIII: No. 3 (December 06 - March 2007)

WILKE, NANCY A.; SHELDAHL, LOIS M. Use of Simulated Work Testing in Cardiac Rehabilitation: A Case Report. *The American Journal of Occupational Therapy*: May 1985, Volume 39, Number 5.