

# Terapia ocupacional na atenção aos idosos com histórico de quedas e seus cuidadores no contexto hospitalar

## Occupational therapy in the care of elderly people with a history of falls and their caregivers in the hospital context

Ariane Monteiro Barbosa dos Santos<sup>1</sup>, Marina Picazzio Perez Batista<sup>2</sup>,  
Maria Helena Morgani de Almeida<sup>3</sup>, Rosé Colom Toldrá<sup>4</sup>

doi: 10.11606/issn.2238-6149.v33i1-3e215675

Santos AMB, Batista MPP, Almeida MHM, Toldrá RC. Terapia ocupacional na atenção aos idosos com histórico de quedas e seus cuidadores no contexto hospitalar. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2023 Jan.-Dez.;33(1-3):e215675.

**RESUMO:** *Introdução:* As quedas representam uma síndrome geriátrica complexa e comum, que afeta a mobilidade e funcionalidade da pessoa idosa, gera agravos a saúde e pode ocasionar óbito. **Objetivo:** Descrever a atenção de terapeutas ocupacionais a idosos hospitalizados com histórico de quedas e seus cuidadores. *Método:* Pesquisa qualitativa, descritiva, retrospectiva documental de prontuários de Terapia Ocupacional de usuários acompanhados nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica do Hospital Universitário da USP entre 2019 à 2021. *Resultados e Discussão:* Identificados 153 prontuários e selecionados 32, maioria mulheres, com 70 anos ou mais, casadas ou viúvas. Sete categorias temáticas correspondem às ações de Terapia Ocupacional durante a hospitalização: acolhimento enquanto estratégia assistencial, manejo das emoções e vínculos familiares, impacto da hospitalização na funcionalidade, impacto da hospitalização na cognição, educação em saúde, acolhimento familiar e preparação para a alta e orientações para seguimento após a alta. *Conclusão:* Constatou-se o potencial das intervenções de terapia ocupacional na funcionalidade, cognição e aspectos emocionais no idoso com histórico de quedas e a importância do acompanhamento conjunto dos cuidadores. Necessário seguimento dos cuidados em saúde após a alta hospitalar, para a prevenção de novas quedas e agravos ao idoso que impactam a rede de apoio e os serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Quedas; Idosos; Hospitalização; Terapia Ocupacional.

Santos AMB, Batista MPP, Almeida MHM, Toldrá RC. Occupational therapy in the care of elderly people with a history of falls and their caregivers in the hospital context. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2023 Jan.-Dec.;33(1-3):e215675.

**ABSTRACT:** *Introduction:* Falls represent a complex and common geriatric syndrome that affects the mobility and functionality of the elderly, causes health problems and can cause death. **Objective:** To describe the care of occupational therapists for hospitalized older adults with a history of falls and their caregivers. *Method:* Qualitative, descriptive, retrospective documentary research of Occupational Therapy records of users monitored in the medical and surgical clinical wards of the USP University Hospital between 2019 and 2021. *Results and Discussion:* 153 records were identified and 32 were selected, mostly women, with 70 years or more, married or widowed. Seven thematic categories correspond to Occupational Therapy actions during hospitalization: reception as a care strategy, management of emotions and family bonds, impact of hospitalization on functionality, impact of hospitalization on cognition, health education, family reception and preparation for discharge and guidance for follow-up after discharge. *Conclusion:* The potential of occupational therapy interventions on functionality, cognition and emotional aspects in elderly people with a history of falls and the importance of joint monitoring by caregivers was verified. It is necessary to continue health care after hospital discharge, to prevent new falls and injuries to the elderly that impact the support network and health services.

**KEYWORDS:** Falls; Elderly People; Hospitalization; Occupational Therapy.

1. Centro Dia para Idosos Butantã - Dr. Ricardo. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6185-6078>. Email: [ariane.to.monteiro@gmail.com](mailto:ariane.to.monteiro@gmail.com)

2. Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6147-1728>. Email: [marinapperez@usp.br](mailto:marinapperez@usp.br)

3. Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7266-9262>. Email: [hmorgani@usp.br](mailto:hmorgani@usp.br)

4. Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9181-1519>. Email: [rosetoldra@usp.br](mailto:rosetoldra@usp.br)

**Endereço para correspondência:** Rosé Colom Toldrá. [rosetoldra@usp.br](mailto:rosetoldra@usp.br). Rua Cipotânea 51, Cidade Universitária, São Paulo, SP. CEP: 05360-160

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se pessoa idosa aquela que tem 60 anos ou mais. De acordo com dados de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>1</sup>, houve aumento exponencial de brasileiros idosos, contabilizados em 28 milhões neste ano e com crescimento de 18% em cinco anos, o que ultrapassará 30 milhões de brasileiros. De acordo com o levantamento, é previsto que em dez anos haja cerca de 38,5 milhões de idosos no território brasileiro<sup>1</sup>.

Dentre as condições de saúde que se configuram como questão de saúde pública para a população idosa, destaca-se o aumento do risco de quedas. As quedas são consideradas como uma síndrome geriátrica comum e complexa, que afeta diretamente a mobilidade e a funcionalidade da pessoa idosa, gera agravos em sua saúde e pode ocasionar sua mortalidade.

A queda é definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial sem que haja a capacidade de correção em tempo hábil, sua incidência aumenta com o avançar da idade, sendo que um terço dos idosos acima dos 65 anos cai pelo menos uma vez ao ano<sup>2</sup>.

As quedas podem ser consideradas importantes causadores de morbimortalidade em idosos, em razão de traumas e/ou fraturas, sofrimento mental e psicológico, além de impactos socioeconômicos para a família, comunidade e nos serviços de saúde<sup>3</sup>.

Inattiniemi et al.<sup>4</sup> relatam que os principais fatores de risco a quedas, levantados em estudos prospectivos incluem pessoas do sexo feminino, idade avançada, ter sofrido quedas anteriores, redução da força da extremidade inferior, visão prejudicada, comprometimento cognitivo, tontura, sintomas depressivos, medo de cair, incontinência urinária, déficit sensorial periférico, alta e baixa atividade física, desnutrição, uso de dispositivo auxiliar, baixa capacidade na execução das atividades da vida diária, doenças crônicas como acidente vascular cerebral, artrite reumatóide, parkinsonismo e elevado número de medicamentos.

As quedas vivenciadas por idosos possuem causas multifatoriais, que estão relacionadas a 3 tipos de fatores: intrínsecos, extrínsecos, farmacológicos e precipitantes<sup>5</sup>. Os fatores intrínsecos se relacionam com as alterações fisiológicas, condições patológicas e/ou efeitos adversos de medicação, em contrapartida, os fatores extrínsecos são definidos como as condições ambientais, tais como iluminação inadequada, degraus irregulares e tapetes soltos<sup>5</sup>.

Outros fatores precipitantes para quedas incluem doenças agudas ou agudização de doenças crônicas, além da alta hospitalar recente<sup>5</sup>. Estudos comprovam que o ambiente

mais propício para a ocorrência de incidentes é o próprio domicílio e seus arredores<sup>6</sup>.

Dada a importância dos fatores ambientais na prevenção das quedas, faz-se necessária a inspeção dos ambientes domésticos, tais como: quarto, banheiro, sala de estar, cozinha, escadas e quintal. Esses fatores devem ser contemplados na avaliação do contexto de vida e da rotina do idoso, para melhor compreender os fatores de risco das quedas.

As quedas podem estar associadas ainda a cultura e ao gênero (mais comum em mulheres), aos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas, comportamentos de exposição a riscos como subir escadas para alcançar objetos e uso de calçados inadequados. As pessoas idosas são mais propensas à falta de interação social e, consequentemente, apresentam dificuldade para criar e manter suas redes de apoio, qualidade cognitiva, emocional e seu bem-estar<sup>2</sup>. Esse cenário aumenta a probabilidade de sofrer algum episódio de queda.

As quedas geram forte impacto aos serviços de saúde. Mais de 50% das hospitalizações estão relacionadas a ferimentos ocorridos com as pessoas idosas, sendo as principais causas relacionadas as quedas devido a fratura do quadril, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos dos membros superiores<sup>2</sup>. Vale ressaltar que, além das lesões físicas, a perda de confiança na capacidade de deambular com segurança conhecida como “Síndrome Pós-Queda” é fator de risco para maior declínio funcional, depressão, sentimentos de desamparo e isolamento social<sup>7</sup>. O surgimento de limitações físicas, psíquicas e sociais em razão das quedas, levam o idoso a necessitar de mais auxílio nas suas atividades representando um grande desafio para familiares e cuidadores. Em razão disso, componentes das redes de apoio da pessoa idosa frequentemente necessitam de orientação.

Tendo em vista que as quedas (ou o medo delas) altera a funcionalidade do idoso e interfere diretamente no cotidiano dos mesmos e de seus cuidadores, a Terapia Ocupacional (TO), apresenta potencial de contribuir de forma a identificar as habilidades que podem ser estimuladas ou adaptadas, com vistas à promoção de saúde e à prevenção de agravos. A prática do terapeuta ocupacional visa a antecipação ou na vigilância das perdas funcionais, baseando-se na prevenção, adaptação e recuperação para que haja o equilíbrio da vida cotidiana. Esses pilares são essenciais para que o processo de envelhecimento ocorra de forma a manter ou aumentar a independência e autonomia<sup>8</sup>.

No cuidado ao idoso, o terapeuta ocupacional orienta e realiza adaptações ambientais, orienta comportamentos individuais, técnicas de manutenção e organização da rotina, a fim de proporcionar e facilitar seus aspectos físicos, emocionais, sociais, culturais e ambientais<sup>9</sup>.

Considerando os inúmeros fatores que predispõem os idosos às quedas e o fato que o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), possui o selo Hospital Amigo do Idoso e meta assistencial a população idosa e suas famílias, indica a relevância do estudo para a qualificação da assistência e formação de recursos humanos no contexto hospitalar. Assim, o presente estudo visa descrever a atenção prestada por terapeutas ocupacionais com idosos hospitalizados com histórico de quedas e seus cuidadores.

## METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa do tipo descritivo, quantitativo analítico, de caráter retrospectivo realizada a partir de pesquisa documental dos prontuários de Terapia Ocupacional dos usuários acompanhados nas Enfermarias de Clínica Médica (ECM) e de Clínica Cirúrgica (ECC) do HU-USP correspondentes a janeiro de 2019 a dezembro de 2021.

Os prontuários foram elaborados por residentes de Terapia Ocupacional do Programa de Residência Multiprofissional Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar – Área de concentração Saúde do Adulto e Idoso e, em menor proporção, por graduandos do curso de Terapia Ocupacional da USP. Os registros dos prontuários analisados foram elaborados resumidamente após cada atendimento nos prontuários médicos e de modo mais detalhados nos prontuários de Terapia Ocupacional. Em complemento foram analisadas as informações dos usuários armazenadas no banco de dados de Terapia Ocupacional, sistematizado no programa EpiData versão 3.0 (EpiData Association, Odense, Denmark).

Nos registros dos prontuários de Terapia Ocupacional constam avaliação com informações sobre a rotina do usuário, atividade laboral, perfil familiar e social, histórico de quedas, avaliação motora, sensorial e condutas relacionadas as avaliações, orientações e ações terapêuticas. Os dados sobre o perfil de funcionalidade baseados no Índice Modificado de Barthel (IMB) relacionada as atividades de higiene pessoal, banho, alimentação, toalete, subir escadas, vestuário, controle de bexiga, controle de intestino, deambulação ou cadeira de rodas e transferência, que foram pontuados de 0-100: dependência total (25 ou menos pontos), dependência severa (50-26 pontos), dependência moderada (75-51 pontos), dependência leve (99-76 pontos) e totalmente independente (100 pontos)<sup>10</sup>. Ainda, nos prontuários de Terapia Ocupacional, constam informações sociodemográficas, clínicas, seguimento terapêutico ocupacional e o resumo de alta hospitalar.

Para identificação dos idosos com histórico de quedas foi realizado levantamento de informações contidas no banco de dados da Terapia Ocupacional, além do estudo

dos registros nos prontuários da Terapia Ocupacional, sob guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

Os critérios de inclusão no estudo foram prontuários de idosos internados devido a episódio de quedas ou com histórico de quedas, atendidos pela Terapia Ocupacional na ECM e ECC no período do estudo. Excluídos do estudo prontuários de adultos com histórico de quedas; prontuários de idosos que não faziam menção sobre a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e os prontuários com dados incompletos.

As informações dos prontuários foram descritas e analisadas quanto a sua ocorrência, frequência absoluta e relativa. Os dados qualitativos foram analisados em seu conteúdo seguindo etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação, para análise categorial temática<sup>11</sup>.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla aprovada pelo Comitê em Ética de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. FMUSP, no.365/13, aprovado em 25.09.2013.

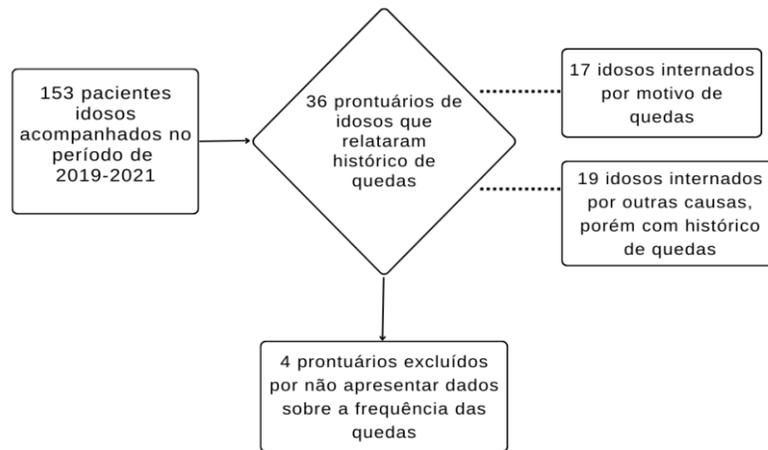
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo documental foram identificados 153 prontuários de idosos acompanhados pela Terapia Ocupacional nas ECM e ECC do HU-USP e selecionados 32 prontuários para o estudo, conforme (Figura 1).

As pessoas idosas com histórico de quedas ou internadas devido a quedas, em sua maioria era do sexo feminino, com maior número de idosos na faixa de 80 anos ou mais, com até 4 anos de escolaridade, casadas ou viúvas e aposentadas (Tabela 1).

No presente estudo as mulheres são a maioria em relação aos homens (62,5%). O sexo feminino é considerado um dos fatores de risco para as quedas<sup>4</sup>. Entre os motivos a diminuição nos níveis de estrógeno em mulheres no período pós-menopausa, maior perda de massa óssea, que aumenta o risco da osteoporose e de fraturas<sup>12</sup>, a maior exposição as atividades domésticas e as alterações emocionais, podem desencadear quedas e risco de óbito<sup>13</sup>.

A Tabela 1 sugere, a crescente relação entre idade e quedas e mostra idosos acima dos 80 anos sendo mais vulneráveis a cair. Dados nacionais também indicam que a idade avançada possui relação direta com a probabilidade das quedas e, consequente óbito de idosos com  $\geq 80$  anos e, ainda, quanto as características sociodemográficas, 60,87% têm escolaridade máxima de 7 anos de estudo<sup>14</sup>. Dados semelhantes foram obtidos na presente pesquisa em que 65,6% dos idosos possuíam até 8 anos de estudo. Em outro estudo constataram que os idosos analfabetos apresentaram maior ocorrência de quedas, quando comparados aos escolarizados<sup>14</sup>.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

**Figura 1** - Fluxograma para seleção dos prontuários de idosos com histórico de quedas ou internados por quedas no HU-USP de 2019 a 2021. São Paulo, 2022.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico e de funcionalidade de idosos com histórico de quedas ou internados por quedas no HU-USP de 2019 a 2021. São Paulo, 2022.

<b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>n = 32</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	20	62,5
Masculino	12	37,5
<b>Idade</b>		
Entre 60-69 anos	9	28,1
Entre 70-79 anos	10	31,3
> 80 anos	13	40,6
<b>Anos de escolaridade</b>		
Analfabeto	3	9,4
Até 4 anos	13	40,6
5 a 8 anos	8	25
9 a 11 anos	5	15,6
12 ou mais	1	3,1
Não informado	2	6,2

*Continua*

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico e de funcionalidade de idosos com histórico de quedas ou internados por quedas no HU-USP de 2019 a 2021. São Paulo, 2022.

<b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>n = 32</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	6	18,7
Casado (a)	10	31,2
Viúvo (a)	10	31,2
Divorciado (a)	6	18,7
<b>Profissão</b>		
Ativo	1	3,1
Do lar	8	25
Aposentado/Afastado (a)	21	65,6
Desempregado (a)	2	6,3

*Continuação*

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022).

Quando ao ingresso no HU-USP, dezessete idosos foram internados por consequência das quedas, referentes a: fratura de fêmur, fratura pertrocantérica, síndromes demenciais, fratura de membro superior, infecção do trato urinário, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico. Os demais usuários internados com histórico de quedas foi devido a outras causas, tais como: acidente vascular encefálico (AVE), complicações após fratura de membro superior, insuficiência cardíaca e insuficiência respiratória, hiperosmolaridade e hipernatremia, neoplasia, cirrose hepática, encefalopatia de Wernicke, septicemia, osteomielite e convulsão, totalizando doze idosos, os demais outras causas.

Estudo refere que em torno de 5 a 10% das quedas em idosos, apresentam consequências como fraturas ou traumatismos cranioencefálicos, cerca de 95% das fraturas

de quadril decorrem de uma queda<sup>5</sup>. Também os idosos que sofreram AVE apresentam maiores riscos de quedas<sup>4,15</sup>.

Idosos com comprometimento cognitivo<sup>4</sup>, com demência de Alzheimer, com quadros demenciais mais graves e os com comprometimento cognitivo leve (CCL) possuem maior risco de quedas<sup>16,17</sup>

As doenças crônicas são determinantes indissociáveis das quedas. Assim, idosos com diabetes, artrite reumatóide, problemas de circulação sanguínea no cérebro e nas pernas, insuficiência cardíaca, doença de Parkinson, osteoporose, depressão, tontura e/ou incontinência urinária desenvolvem um risco maior de ter quedas do que indivíduos sem essas patologias<sup>17</sup>.

Conforme o IMB, durante o período de hospitalização a grande maioria dos idosos com histórico de quedas ou internados por quedas apresentaram nível funcional de dependência moderada a severa no desempenho das AVDs (Tabela 2).

**Tabela 2** - Nível de funcionalidade pelo Índice de Barthel Modificado de idosos com histórico de quedas ou internados por quedas no HU-USP de 2019 a 2021. São Paulo, 2022.

<b>NÍVEL DE FUNCIONALIDADE</b>	
Totalmente independente (100 pontos)	0
Dependência leve (99-76 pontos)	5
Dependência moderada (75-51 pontos)	9
Dependência severa (50-26 pontos)	14
Dependência total (25 ou menos pontos)	3
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

Compreendendo que histórico de quedas nas pessoas idosas implica grande impacto na independência e, conseqüentemente, alterações no desempenho ocupacional, a atuação do profissional de Terapia Ocupacional é de extrema relevância para as ações de promoção da saúde e orientações em conjunto com usuário e família quanto às possibilidades de retorno e/ou engajamento nas atividades.

Assim, na leitura e análise dos conteúdos de prontuários de terapia ocupacional com os idosos com histórico de quedas ou internados por quedas, foram identificadas conforme as etapas estabelecidas categorias temáticas<sup>11</sup>, referentes às ações relacionadas a prevenção de quedas e manejo de suas conseqüências no período de hospitalização, conforme Tabela 3.

**Tabela 3** - Categorias temáticas das ações de terapia ocupacional com idosos com histórico de quedas ou internados por quedas no HU-USP de 2019 a 2021. São Paulo, 2022.

---

### CATEGORIAS TEMÁTICAS

---

Acolhimento enquanto estratégia assistencial  
Manejo das emoções e vínculos familiares  
Impacto da hospitalização na funcionalidade e estratégias terapêuticas  
Impacto da hospitalização na cognição e uso de estratégias  
Educação em saúde  
Acolhimento familiar e preparação para a alta  
Orientações para seguimento após a alta hospitalar

---

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

### Acolhimento enquanto estratégia assistencial

O acolhimento é uma estratégia assistencial crucial nos relacionamentos de saúde, e no período de internação, torna-se a porta de entrada do processo terapêutico. Entendido como “estar com” e “estar perto de”, diz respeito a uma postura ética, em que o profissional toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas<sup>18</sup>. Trata-se de uma ação de inclusão, aceitação, atenção, crédito e recebimento das diferenças, dores, modos de viver, de sentir e de entender o outro.

Considerando que, uma das diretrizes do acolhimento é a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva<sup>19</sup>, compreende-se que o acolhimento durante a hospitalização é uma estratégia assistencial fundamental para escuta qualificada, facilitação do estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e usuário, o compartilhamento dos usuários acerca de suas vivências e maior aderência tanto ao processo terapêutico quanto às orientações encontrando nos profissionais uma rede de apoio.

Com base nos registros dos prontuários, os idosos compartilharam sobre suas vidas, suas rotinas prévias à hospitalização, as emoções e desejos, que emanaram durante a internação bem como o fato de sentirem-se sozinhos e

desamparados em alguns momentos. Nesse período, os usuários refletem e resgatam lembranças afetivas e significativas de atividades as quais executava, que expressam saudosismo, esperança e planejamentos futuros, conforme no registro de um acolhimento: *“o paciente resgatou memórias de sua ocupação prévia, relembando como fazia para o pão ficar mais saboroso (...) foi possível observar evolução clínica e melhora emocional após os acolhimentos”*.

O adoecimento e a internação em um hospital, provoca um abandono e rompimento com as rotinas que estruturam a vida do usuário e lhe dão significado<sup>20</sup>. Assim, um ambiente acolhedor favorece ao idoso a confiança no terapeuta, o compartilhamento de suas dificuldades bem como a proposição de atividades no cotidiano hospitalar, dimensões do cuidado que devem ser valorizadas pelos profissionais de saúde, dado seus efeitos nas condições de saúde <sup>21</sup>.

### Manejo das emoções e vínculos familiares

Considera-se a valorização das vivências subjetivas um componente importante das intervenções de terapia ocupacional tanto para os usuários como para os familiares/cuidadores devido a ruptura de suas atividades cotidianas e o

contexto de cuidado no hospital<sup>21</sup>. O episódio de queda pode desencadear alterações psicoemocionais, como sintomas de depressão e ansiedade, como no caso de pacientes que tiveram fratura de colo femoral que podem desenvolver ptofobia, com significativa incidência de 20% a 85 em idosos não institucionalizados<sup>22</sup>. Assim, aqueles que caíram podem passar a experimentar o medo de sofrer novas quedas e, por consequência, a perda de confiança e resultar na restrição das atividades que realizavam anteriormente.

Em outro estudo com idosos hospitalizados referiram tristeza devido à distância do lar, dos familiares e amigos, assim como por não conseguirem cuidar de seus afazeres, demonstrando-se irritados, ansiosos e confusos, o que impacta diretamente no estado de saúde<sup>20</sup>.

Alterações emocionais e comportamentais também foram destacadas nos registros e relacionaram-se ao estado de saúde prévio e durante a internação devido a diferentes fatores, que indicaram angústia, solidão, depressão, apatia, para alguns devido à realidade de residirem sós, após falecimento do cônjuge; sentimento de abandono pelos familiares por parte de outros e idosos em situação de rua que não possuíam rede de apoio alguma. Aqueles que apresentavam rede de apoio, referiam apreensão, tristeza, frustração, apatia “*estou dando trabalho*”, “*me sinto um peso para o meu filho*”, dada as dificuldades na realização das atividades que passaram a apresentar ou se agravaram e, portanto, necessidade de ajuda de terceiros para o seu cuidado. Assim, sentimentos de desvalor, debilidade e inutilidade somam-se as manifestações identificadas.

Ainda, idosos uma vez hospitalizados, evidenciam a proximidade de morte e tornam-se frágeis diante de suas próprias emoções<sup>20</sup>. Portanto, quando o núcleo familiar do idoso não o acompanha durante o tratamento, existe a tendência de que ele apresente atitudes depressivas, dificultando assim sua reabilitação<sup>20</sup>.

Na medida em que a hospitalização distancia o usuário do convívio familiar, a presença de um membro da família não serve apenas para acompanhar o usuário, mas para fazer-lhe companhia mesmo quando não solicitada, o que lhe proporciona bem-estar, na medida em que se sentem aceitos, importantes e acolhidos<sup>23</sup>.

É preciso que os profissionais considerem a inclusão dos cuidadores no escopo de atenção, já que tanto os usuários como os familiares vivenciam diferentes dúvidas, dificuldades, dores e limitações decorrente da hospitalização<sup>24</sup>. Quando o cuidado é centrado nas necessidades biopsicossociais do usuário e da família, ocorre a diminuição do esgotamento e o do sofrimento mental de todos os envolvidos, dado que faz parte das reações humanas o reconhecimento do outro,

das diferenças, das dores, das alegrias, o que favorece a construção da própria humanidade<sup>25</sup>.

### **Impacto da hospitalização na funcionalidade e uso de estratégias terapêuticas**

O nível de dependência funcional dos idosos é afetado ou agravado durante a hospitalização. O declínio funcional por ser devido a comprometimento funcional já existente, má nutrição, repouso excessivo, privação de sono e a polifarmácia e afeta de 25% a 35% dos idosos hospitalizados<sup>26</sup>, dentre outros fatores que indicam comportamento de risco que formam um cenário desfavorável para o idoso

A diminuição funcional surge durante e após a hospitalização, mas também antes dela. O envelhecimento proporciona naturalmente perdas fisiológicas e funcionais, tornando os indivíduos mais vulneráveis à influência dos fatores intrínsecos e extrínsecos causadores das quedas<sup>5</sup>. Cabe ao terapeuta ocupacional abordagens que integrem aspectos emocionais e funcionais do idoso tendo em vista que se sente abalado quando ele se depara com a necessidade de auxílio para a realização das atividades que antes executava independentemente ou com pouca assistência.

Diferentes ações para estímulo da funcionalidade e conforto foram identificadas nos prontuários, tais como: técnicas de posicionamento no leito, elevação de membros edemaciados para favorecer a circulação, mobilizações ativas, passivas e/ou assistidas, alongamentos, massagens, estimulação multissensorial, estratégias de conservação de energia para transferências e nas atividades de banho, entre outras que exigem maior esforço. As atividades de vida diária foram utilizadas para estimular a manutenção da capacidade funcional, maior independência e prevenção de quedas. Geralmente o comprometimento funcional é indicado pela incapacidade de realizar as atividades básicas da vida diária, como vestir-se, tomar banho, comer, o que indica maior risco de queda<sup>4,7</sup>.

Com base nos relatos dos prontuários, as atividades básicas de vida diária como alimentação, vestuário, uso do vaso e entre outras, foram treinadas e orientadas para que o idoso pudesse aprender e adaptar novas formas mais seguras para executá-las. As tarefas estimulavam as capacidades motoras e independência dos indivíduos e os atendimentos conjuntos de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas agregavam possibilidades de uso de atividades e técnicas terapêuticas de fortalecimento muscular, controle motor e equilíbrio. Tais abordagens multiprofissionais permitiram integrar de melhor forma os aspectos psicoemocionais e funcionais de modo a qualificar o processo de reabilitação.

## **Impacto da hospitalização na cognição e uso de estratégias terapêuticas**

O declínio cognitivo é uma alteração comum no paciente hospitalizado, que pode ocorrer devido a agravos no estado geral de saúde e/ou como um sinal de doença crônica ou aguda<sup>27</sup>. Profissionais de terapia ocupacional, por meio de sua formação no uso e análise de atividades com idosos em diferentes ambientes, incluindo o hospitalar, abordam o declínio cognitivo como uma condição que afeta a realização das atividades de cuidado e de rotina, o qual pode ser minimizado por meio de adaptações, treinos, orientações, dentre outros, para auxiliar na melhora da funcionalidade.

No hospital as abordagens ao idoso com declínio cognitivo podem ser compreendidas como: cognitivas que servem para lentificar o processo degenerativo estimulando a plasticidade cerebral; funcionais que são centradas nas estratégias de adaptação ambiental e treino das atividades de vida diária; manejo de sintomas comportamentais e psicológicos associados à demência não farmacológica, para minimizar as alterações comportamentais decorrentes do declínio cognitivo<sup>28</sup>.

Os terapeutas ocupacionais buscaram minimizar a progressão para aqueles usuários com diagnóstico de síndrome demencial e os que passaram a ter alterações decorrentes da hospitalização. As repercussões nas funções cognitivas identificadas nos prontuários se referem a desorientação de tempo e espaço, alterações atencionais, de memória, comportamentais, dentre outros. Enquanto recursos utilizados destacam-se: exposição de calendário no quarto; uso de jogos de interesse prévio do paciente (charada, dominó, baralho) e músicas; disponibilização de fotos de pessoas conhecidas para resgate das experiências; leitura de livros, receitas, revistas; uso de imagens de lugares, objetos, flores com o intuito de nomeação e lembranças; fornecimento de dados de realidade quanto ao tempo, espaço, rotina hospitalar; abertura de janelas durante o dia; oferecimento de estímulos sensoriais sejam eles visuais, auditivos, táteis, olfativos, gustativos ou proprioceptivos. Tais recursos estimulam nos idosos diferentes funções: executiva, memória, atenção, orientação, linguagem. Sempre que possível os atendimentos terapêuticos devem ser acompanhados e/ou orientados aos familiares, a fim de manutenção e melhora das funções cognitivas e prevenção do *delirium*, comum em idosos hospitalizados. Estes processos também colaboram com o bem-estar do idoso e, conseqüentemente, com a rotina da equipe multidisciplinar do hospital.

## **Educação em saúde durante a hospitalização**

A educação em saúde utiliza-se de estratégias orientadas para capacitar os indivíduos na tomada de decisões apropriadas

de saúde, por meio de comportamentos que auxiliem na manutenção da própria saúde. Na medida em que durante o período de hospitalização as pessoas estão mais sensibilizadas com sua condição de saúde e manifestam o anseio de cuidar melhor de si<sup>29</sup>, o hospital se torna um espaço potencial de ações na perspectiva de educação em saúde, dada a oportunidades de construção com o usuário de saberes voltados à adesão ao tratamento, qualidade de vida e saúde.

Cabe ao profissional de saúde conduzir um processo de educação com o idoso desde o ingresso, durante a internação e no momento da alta, para servir como norteador para o idoso e os seus acompanhantes. A condução desse processo envolve a comunicação em saúde considerada uma estratégia de promoção da saúde pela sua capacidade de aumentar o conhecimento, a consciência dos problemas e das soluções, promover mudanças de comportamentos e desenvolver atitudes e habilidades<sup>30</sup>.

A comunicação por meio de materiais educativos é um recurso prático que favorece o processo de ensino-aprendizagem, complementação e reforço das informações, orientações e recursos terapêuticos desenvolvidas e pode ser usada como guia em situação de dúvidas aos usuários e seus cuidadores/familiares<sup>31</sup>, estratégico para consulta no domicílio após a alta hospitalar.

O uso de cartilhas e orientações escritas foram os recursos mais utilizados no presente estudo pelos terapeutas ocupacionais, já que fatores de risco são passíveis de abordagens terapêuticas para minimizá-los. Como o próprio ambiente do domicílio e arredores são os locais mais propícios para os acidentes<sup>6</sup> foi identificado nos prontuários que os idosos e familiares foram orientados quanto a prevenção de quedas durante a hospitalização e utilizado cartilhas para prevenção de novos eventos. Conforme outro estudo é possível identificar pessoas que apresentam um risco substancialmente aumentado de sofrer uma queda ou lesão relacionada à queda, detectando a presença de fatores de risco<sup>7</sup>.

Também foram adotados outros materiais educativos, tais como: cartilhas sobre conservação de energia, cuidado com os pés, orientações escritas sobre técnicas de mobilização ativa, passiva ou auto-passiva, de modo a reforçar muitas estratégias praticadas no período de hospitalização, com vistas a facilitação de sua realização durante a permanência e o seguimento dos cuidados no hospital e em casa. Outras ações voltadas a educação em saúde foram implementadas conforme descritas a seguir.

## **Acolhimento familiar e preparação para a alta**

Compõe a atuação do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar prestar assistência ao familiar da

pessoa hospitalizada. Assim, foi constatado na análise dos prontuários que o cuidador foi acolhido para o esclarecimento de dúvidas e informações sobre a situação de saúde do familiar e prestação de cuidado, assim como para expressar as experiências frente a internação e o impacto de se tornar cuidador. Nota-se que a sobrecarga surge como a principal queixa dos familiares. A sobrecarga pode ser definida como o “conjunto de responsabilidades e sentimentos decorrentes do cuidar, que, frequentemente, é interpretado como peso nas vidas dos cuidadores, uma incumbência, ou condição de risco ao qual estão expostas”<sup>24</sup>

A sobrecarga engloba a esfera biopsicossocial, levando em consideração diversos fatores do cuidador e suas variáveis como: condições físicas, sociais e psicológicas, os papéis desempenhados, recursos financeiros, disponibilidade de tempo para o cuidado e outros elementos<sup>32</sup>.

Vale salientar que o perfil dos cuidadores informais dos idosos nesse estudo é caracterizado fundamentalmente por pessoas do sexo feminino com idade entre 22-75 anos, sendo que destes 25,8% têm 60 anos ou mais, o que indica necessidade de maior atenção.

Dentre outros aspectos, destaca-se a importância das orientações para prevenção na preparação da alta, tendo em vista que as condições ambientais do domicílio, tais como iluminação inadequada, degraus irregulares e tapetes soltos, são fatores de quedas<sup>5</sup>. Embora, a orientação para prevenção de novas quedas é fundamental no caso de idosos caídos, estudo com cuidadores informais de idosos pós-cirúrgico de fêmur, indica que mais de 50% dos cuidadores relataram não ter conhecimento sobre cuidados para prevenção de quedas e mais de 80% não receberam orientações dos profissionais de saúde sobre o tema<sup>33</sup>.

Conforme registros do presente estudo foram identificadas preocupações dos familiares quanto ao retorno a casa, no que se refere a segurança e acessibilidade doméstica, necessidade de estruturação da rede de apoio para organização da moradia do idoso após a alta, no caso de idoso não ter condições de retornar ao local onde residia, bem como sobrevém aos cuidadores, sentimento de impotência diante do prognóstico e das barreiras apresentadas após a hospitalização.

Como salientado, a hospitalização acarreta mudanças físicas e/ou emocionais não apenas nos usuários, mas na vida daqueles que o acompanham. Assim, a hospitalização impõe reorganização do funcionamento familiar, e essas mudanças repercutem na presença permanente ou não do familiar no hospital e na ausência pode gerar descontentamento no idoso que se sente sozinho e no parente culpa por não estar presente o tempo que gostaria. As demandas supracitadas, foram ouvidas, acolhidas e, coletivamente, foram sendo construídas visando as possibilidades de resolução ou de

minimizá-las. Quando necessário, a articulação com o serviço social foi fundamental na orientação tanto sobre questões sociais, como na aquisição de auxílios, obtenção de tecnologias assistivas (cadeira de rodas, muletas, cadeira de banho), na articulação com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) dos respectivos territórios e orientandas possibilidades de seguimento de saúde após a alta do hospital.

### **Orientações para seguimento após a alta hospitalar**

Em busca de uma alta segura, foram registrados nos prontuários de terapia ocupacional os encaminhamentos realizados na alta hospitalar, com vistas a continuidade do cuidado em saúde e diminuição da incidência de reinternações.

Para o HU ocorreram encaminhamentos para o Grupo de Prevenção de Quedas (GPQ) da maioria dos idosos, que é oferecido a partir de atenção de uma equipe multiprofissional. Também foram encaminhados para o Grupo de Apoio a Alta Multi Assistencial (GAAMA) destinado aos que necessitam de seguimento na área de reabilitação. Esse grupo visa acompanhamento na modalidade de tele saúde, por meio telefônico com o usuário que recebeu alta, para apoiar o seguimento de orientações quanto aos cuidados recebidos e para facilitação de inserção em serviço de reabilitação<sup>34</sup>. Foram encaminhados para o Ambulatório de Neurologia Multidisciplinar destinado aos adultos e idosos que sofreram AVE e que precisavam dos cuidados fonoaudiológicos, fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais. Todas essas modalidades são desenvolvidas de modo multidisciplinar, com participação de residentes das três profissões do PRM da área de concentração Adulto e Idoso.

Encaminhamentos efetuados pela equipe médica e/ou serviço social para continuidade do cuidado em outros serviços do SUS, como: hospitais de retaguarda quando a família não tinha condições de residir com o idoso ou para o Programa de Assistência Domiciliária (PAD). A continuidade do cuidado a partir do hospital visa diminuir o tempo de hospitalização, orientar o indivíduo para o autocuidado e o preparo da família na complementação da assistência. Trata-se de dispositivo para alta segura com transferência do cuidado realizado por meio de orientação, que além do usuário e cuidador pode envolver outros profissionais da saúde<sup>35</sup>.

Assim como a assistência também o encaminhamento é de responsabilidade de todo profissional da saúde de modo a garantir que o idoso continue inserido na rede e receba os cuidados necessários para seu retorno à família, território e sociedade.

## CONCLUSÃO

O presente estudo indicou que a atenção em Terapia Ocupacional durante a hospitalização teve relevância na prestação de assistência ao idoso internado por quedas ou com histórico de quedas e seus familiares. A hospitalização provoca diversos impactos que vão além do motivo de internação e requer atenção mais integral e orientações para o retorno seguro ao domicílio.

As ações de terapia ocupacional envolveram atenção voltada aos idosos e seus cuidadores valorizando o acolhimento enquanto estratégia assistencial com foco no usuário e familiares com a finalidade de favorecer uma melhor adesão tratamento, manejo das emoções, orientações e participação nas diferentes estratégias terapêuticas com vistas a minimizar o impacto da hospitalização nos aspectos funcionais e cognitivos, ações de educação em saúde com ênfase no uso de materiais educativos escritos para apoiar a manutenção dos cuidados com a saúde e prevenção de novos episódios de quedas no domicílio.

**Contribuição dos autores:** *Ariane Monteiro Barbosa dos Santos:* Autora do trabalho de conclusão de residência, participou de todas as etapas de planejamento e execução da pesquisa, escrita e revisão do presente manuscrito. *Marina Picazzio Perez Batista:* Contribuiu na organização dos resultados, redação e revisão do manuscrito. *Maria Helena Morgani de Almeida:* Co-orientadora do trabalho, participou de todas as etapas da elaboração do trabalho de conclusão da residência e revisão do manuscrito. *Rosé Colom Toldrá:* Orientadora do trabalho, participou de todas as etapas de planejamento e execução do trabalho de conclusão de residência, bem como da elaboração do presente manuscrito, incluindo sua revisão final. Todas as autoras aprovaram a versão final do trabalho.

Para a preparação de uma alta mais segura e seguimento das orientações após retorno a rotina de vida foi fundamental a articulação com os profissionais do hospital e outros serviços da rede assistencial. Destaca-se os encaminhamentos para seguimento nos programas desenvolvidos no próprio hospital como no grupo de quedas e o Gaama, que envolvem ações multiprofissionais bem como nos serviços da rede para a continuidade dos cuidados como Unidade Básica de Saúde e/ou outro nível de atenção e para prevenção de reinternações por quedas, que impactam diretamente a rede de apoio e os serviços de saúde.

Como limite do estudo pode-se citar o fato de ser sido desenvolvido por meio de pesquisa documental. Salienta-se a importância de estudos sistematizados sobre a atuação do terapeuta ocupacional e sugere-se que outros estudos possam ser desenvolvidos em conjunto com os profissionais da equipe voltada a população idosa com histórico de quedas, para qualificar a atenção a essa população e seus cuidadores.

---

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população e das Unidades da Federação. Brasília; 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
2. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. São Paulo: World Health Organization, Ministério da Saúde; 2010 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-31759>.
3. Fonseca RFMR, Matumoto S. Prevenção de quedas nos idosos: o que dizem as publicações oficiais brasileiras? J Nurs Health. 2020;10(3):1-21. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18501>.
4. Iinattiniemi S, Jokelainen J, Luukinen H. Falls risk among a very old home-dwelling population. Scan J Primary Health Care. 2009;27(1):25-30. <https://doi.org/10.1080/02813430802588683>.
5. Cabral KN, Soares AT. Quedas e fraturas. In: Auler Junior JOC, Yu L. Manual do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p.271-281.
6. Tideikssar R. As quedas na velhice: prevenção e cuidados. 2ª ed. São Paulo: Organização Andrei Editora; 2003.
7. Rubenstein LZ, Josephson KR. Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show? Med Clin North Am. 2006;90(5):807-24. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.05.013>.
8. Almeida MHM. Elaboração e validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2004;15(3):112-120. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i3p112-120>.

9. Paula AKC, Fernandes FB, Souza IF. Fatores associados às alterações do equilíbrio no idoso e à intervenção da Terapia Ocupacional. *Catussaba, Rev Científ Escola Saúde*. 2014;3(2):107-16. <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/601>.
10. Shah S, Vanclay, F, Cooper, B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(8):703-9. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6).
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
12. Fernandes KC, Miranda RV, Silva MIT, Lima CB. Fraturas de fêmur: análise de suas consequências para o idoso. *Temas Saúde*. 2018;18(1):98-110. <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18106.pdf>.
13. Gonçalves ICM, Freitas RF, Aquino EC, Carneiro JA, Lessa AC. Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000-2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2022;25(e220031):1-10. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220031.2>.
14. Lima AP, Lini EV, Dellani MP, Portella MR, Doring M. Prevalência e fatores associados às quedas em idosos de Estação-RS: estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(4):436-42. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700040271>.
15. Costa AGS, Oliveira ARS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):684-9. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400005>.
16. Bortoli CG, Piovezan MR, Piovesan EJ, Zonta MB. Equilíbrio, quedas e funcionalidade em idosos com alteração da função cognitiva. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):587-97. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14057>
17. Immonen M, Haapea M, Simila H, Enwald H, Keranen N, Kangas M, Jamsa T, Korpelainen, R. Association between chronic diseases and falls among a sample of older people in Finland. *BMC Geriatrics*. 2020;20(225):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01621-9>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1707.pdf>.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS; 2004. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus\\_2004.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf).
20. Soares NN, Custódio MRM. Impactos emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. *Encontro: Rev Psicol*. 2011;14(21). <https://revista.pgsskroton.com/renc/article/view/2491>
21. Pereira JB, Almeida MHM, Batista MPP, Toldrá RC. Contribuições da terapia ocupacional no atendimento a usuários com insuficiência renal crônica no contexto de hospitalização. *Cad Bras Ter Ocup*. 2020;28(2):427-33. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1855>.
22. Aguiar RN, Pereira MCS, Borges APO, Silva RA, Nascimento LCG. Ptophobia no cotidiano de pessoas idosas. *Rev Eletr Pesqui Educ*. 2021;13(29):122-35. <https://doi.org/10.58422/repesq.2021.e1065>.
23. Souza MMS, Arruda AJCG, Rodrigues FA, Silva GM, Santos FS, Vasconcelos DIB. Sentimentos de idosos hospitalizados pelo câncer: expectativas sobre alta hospitalar e influência familiar. *Rev Enferm. UFPE*. 2016;10(10):3720-6. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11436/13240>.
24. Jorge CF, Toldrá RC. Percepção dos cuidadores sobre a experiência de cuidar dos familiares e a relação com a equipe profissional no contexto da hospitalização. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017;28(3):271-80. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i3p271-280>.
25. Silva DC, Santos BR, Silva, KKO, Silva BVC, Figueira DAM, Cardoso MGP, Cabulon EAIC, Aroni P, Costa RG. Acolhimento hospitalar em tempos de pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2022;15(1), e9404. <https://doi.org/10.25248/reas.e9404.2022>.
26. Pereira EEB, Souza ABF, Carneiro SR, Sarges ESNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(01):165-76. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100016>.
27. Santos BP, Poltronieri BC, Hamdan AC. Associação entre declínio cognitivo e funcional em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Rev Interinst Bras Ter Ocup*. 2018;2(3):639-53. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto12792>.
28. Lins VS, Gomes MQC. Terapia Ocupacional no cuidado ao idoso com demência: uma revisão integrativa. *Rev Interinst Bras Ter Ocup*. 2019;3(1):117-132. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto13996>.
29. Arruda C, Silva DMGV. A hospitalização como espaço para educação em saúde às pessoas com diabetes mellitus. *Rev Fun Care Online*. 2020;12:37-45. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.6909>.
30. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação Escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(2):184-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>.

- 
31. Pimentel PP, Toldrá RC. Desenvolvimento de manual para orientações básicas do dia a dia para pessoas com esclerose múltipla. *Cad Ter Ocup. UFSCar.* 2017;25(1):67-74. <http://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0773>.
  32. Ballarin MLGS, Benedito AC, Krön CA, Christovam D. Perfil sociodemográfico e sobrecarga de cuidadores informais de pacientes assistidos em ambulatório de terapia ocupacional. *Cad Ter Ocup. UFSCar.* 2016;24(2):315-21. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0607>.
  33. Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SC M. Cuidadores informais de idosos em pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal: prevenção de novas quedas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1901-7. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17202014>.
  34. Toldrá RC, Ramos LR, Almeida MHM. Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar. *Cad Bras Ter Ocup.* 2019; 27(3):584-92. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1670>.
  35. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate.* 2022;46(133):551-70. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>.

Recebido em: 04.09.2023

Aceito em: 05.12.2023

