

CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ANCHIETA  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

DÉBORA CRISTINA RÉDUA CABRAL

**A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO  
PACIENTE PÓS- ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO  
TREINO DA ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA NO VESTUÁRIO**

**JUNDIAÍ – SP**

**2012**

**DÉBORA CRISTINA RÉDUA CABRAL**

**A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO PACIENTE PÓS-  
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO TREINO DA ATIVIDADE DE VIDA  
DIÁRIA NO VESTUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
do Curso de Terapia Ocupacional, do  
Centro Universitário Padre Anchieta, sob  
orientação da Profª Esp. Yáscara S. G.  
N. Tarallo.

**JUNDIAÍ – SP**

**2012**

**DÉBORA CRISTINA RÉDUA CABRAL**

**A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO PACIENTE PÓS-  
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO TREINO DE ATIVIDADE DE VIDA  
DIÁRIA NO VESTUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de graduação em Terapia Ocupacional pela seguinte banca examinadora da Graduação do Centro Universitário Padre Anchieta:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**Data da Defesa:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Esp. Yáscara S. G. N. Tarallo**

\_\_\_\_\_

**Coordenador(a) do Curso: Prof.<sup>a</sup> Esp. Flavia Giuntini Orsi**

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a todos os que acreditam que cada um possui um potencial e que este deve ser estimulado ao seu máximo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus que me deu capacidades e condições para início e conclusão do Curso de Terapia Ocupacional, que contribuiu para meu conhecimento. A meus pais, Abnério e Keila e minhas irmãs, Priscila e Isabel, por terem me dado apoio e compreensão em todos os momentos necessários. Aos meus amigos que sempre torceram por mim.

À minha professora orientadora, Esp. Yáscara S. G. N. Tarallo que me orientou para construção deste trabalho.

A todos os outros professores que acreditaram na elaboração deste trabalho.

Aos amigos de sala que deram incentivos na construção deste trabalho.

## **RESUMO**

A intervenção da Terapia Ocupacional vem crescendo junto com os avanços de pesquisas que diversos profissionais da saúde alcançam. Este trabalho se propõe no aprofundar da fisiopatologia do Acidente Vascular Encefálico e o trabalho do Terapeuta Ocupacional com algumas possibilidades de intervenção na Atividade de Vida Diária de vestuário. Os comprometimentos apresentados pelos pacientes pós- Acidente Vascular Encefálico, tais como força, percepção visual e cognição são alguns dos fatores que interferem na independência e qualidade de vida do mesmo.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Encefálico, Atividades de Vida Diária, Intervenção, Terapia Ocupacional e Vestuário.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização das artérias cerebrais anterior e posterior e seus ramos. ....	14
Figura 2 - Postura típica do adulto hemiplégico em pé. ....	17
Figura 3 - Passo a passo para vestir uma camisa: 1º Método. ....	27
Figura 4 - Passo a passo para vestir uma camisa: 3º Método. ....	30
Figura 5 – Passo a passo para vestir calças – 1º Método. ....	31
Figura 6 – Passo a passo para vestir as meias. ....	36
Figura 7 – Posição correta para calçar calçados e meias. ....	38
Figura 8 – Método para amarrar o calção com uma mão só. ....	38
Figura 9 – Passo a passo para vestir OCP (Parte 1). ....	40
Figura 10 – Passo a passo para vestir OCP (Parte 2). ....	40
Figura 11 – Passo a passo para vestir OCP (Parte 3). ....	41

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
 <b>CAPÍTULO 1: O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO .....</b>	 <b>13</b>
1.1 EFEITOS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO .....	14
1.2 COMPROMETIMENTOS FUNCIONAIS .....	16
1.3 O PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL .....	20
 <b>CAPÍTULO 2: INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL .....</b>	 <b>22</b>
2.1 ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA .....	23
2.2 TREINO DA ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA .....	24
2.3 TREINO DA ATIVIDADE DE VESTUÁRIO .....	26
<i>2.3.1 Treino de vestir camisas .....</i>	<i>26</i>
<i>2.3.2 Treino de vestir calças .....</i>	<i>31</i>
<i>2.3.3 Treino de vestir sutiã .....</i>	<i>34</i>
<i>2.3.4 Treino de vestir gravata .....</i>	<i>35</i>
<i>2.3.5 Treino de vestir meias .....</i>	<i>36</i>
<i>2.3.6 Treino de vestir sapatos .....</i>	<i>37</i>
 <b>CONCLUSÃO .....</b>	 <b>43</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>45</b>



## INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste em apresentar a fisiopatologia do Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a Intervenção da Terapia Ocupacional na recuperação do status ocupacional para a Atividade de Vida Diária em vestuário.

A escolha do tema deste trabalho iniciou-se após a realização de trabalhos e discussões, ao longo do curso de Terapia Ocupacional a respeito do A.V.E, e algumas possíveis intervenções que este profissional poderia realizar. Surgiu o interesse em aprofundar o assunto, conhecer e entender as causas para o A.V.E, como este pode afetar a vida do indivíduo, quais são as áreas que podem ser afetadas e como eu, sendo uma futura Terapeuta Ocupacional, poderia intervir de forma terapêutica ocupacional de maneira a proporcionar independência e qualidade de vida.

O aprofundar deste assunto terá como foco o vestir do paciente pós- A.V.E. A maioria dos pacientes pós-AVE, tem como sequela a hemiplegia, portanto como este poderia se vestir? E eu, como uma futura Terapeuta Ocupacional, como poderia orientar nos casos em que o treino de vestir-se é prioridade para o paciente? O que poderia fazer para intervir de maneira a orientá-lo (a) para vestir uma camisa, uma calça, um tênis, um sutiã, que é uma tarefa, para muitos, considerada fácil, de rotina, quando na realidade não o é. Portanto, este trabalho será realizado a fim de aprofundar meus conhecimentos a respeito da patologia e intervenção no paciente de forma terapêutica ocupacional.

Conforme descrito por Ares (2005), o AVE é a principal causa de incapacidade neurológica na prática clínica, acometendo de forma geral a faixa etária dos 65 anos ou mais, apesar do número considerável de adultos jovens atendidos nos dias de hoje. O que demonstra que há pessoas necessitando intervenções terapêuticas para reabilitação, que podem ser feitas pelo Terapeuta Ocupacional. Este possui um papel importante na fase de reabilitação, podendo orientar o paciente em suas atividades de vida diária a fim de obter um nível máximo de independência, proporcionando uma melhor qualidade de vida e resultados funcionais.

A atuação do Terapeuta Ocupacional poderá ser identificada através do treino das atividades de vida diária e prática, como escreve Ares (2005). O paciente precisa lidar com a perda da capacidade de cuidar de suas necessidades pessoais e da administração do ambiente que podem ter como consequência a perda da autoestima e o profundo senso de dependência. Há também os papéis dos familiares que acabam sendo alterados devido ao acometimento da lesão e das sequelas no paciente e assumem a responsabilidade pelos cuidados de quem

perdeu a capacidade de desempenhar de maneira independente as AVD, como escreve Foti(2003).

O trabalho de reabilitação que é feito com o paciente não tem participação exclusiva do Terapeuta Ocupacional, mas é um trabalho em equipe que, em geral, é discutido com o médico responsável e outros profissionais da área de saúde, como por exemplo, o fisioterapeuta.

‘Após reunir dados sobre os recursos físicos, psicossociais e ambientais, a viabilidade da avaliação de AVD ou o treinamento em AVD deve ser determinada pelo terapeuta ocupacional em conjunto com o paciente, o médico responsável e outros membros da equipe de reabilitação.’ (FOTI, 2003, p.135)

O Terapeuta Ocupacional poderá desempenhar o seu papel dentro de uma equipe que, em geral, é constituída por assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Dentro da equipe o Terapeuta Ocupacional deve ter clara a sua atuação e quando ela será necessária, sempre mencionando suas ações e seu papel, em consentimento com o modelo de formação da equipe, como descreve Cavalcanti e Galvão (2007).

Os principais problemas enfrentados pelos pacientes com hemiplegia, descritos por Foti (2003), são o equilíbrio e as precauções referentes às perdas sensoriais, perceptivas e cognitivas. Sendo assim, pode-se refletir a respeito de como o paciente com estas perdas, em específico, pós-AVE conseguirá se vestir.

Em introdução a esta reflexão, Teixeira (2003) afirma que nas atividades de vida diária relacionadas aos cuidados pessoais, como vestuário e mobilidade, as manobras ou métodos de independência auxiliam na execução das tarefas, facilitando e promovendo a independência. A mesma autora também conclui que:

‘O treinamento do paciente para a realização das atividades da vida diária e prática, de acordo com suas possibilidades, é uma das abordagens que mais identifica a atuação da terapia ocupacional.’ (TEIXEIRA, 2003, p.218)

Portanto este trabalho será apresentado em dois capítulos.

O 1º capítulo apresentará a fisiopatologia do Acidente Vascular Encefálico, quais são os efeitos dentro de uma determinada área cerebelar, após a lesão quais são os possíveis comprometimentos e o papel do Terapeuta Ocupacional.

O 2º capítulo abordará a intervenção da Terapia Ocupacional. Esta apresentação irá partir de conceitos básicos da Terapia Ocupacional, como o conceito de AVD, áreas de desempenho, contexto de desempenho e componentes de desempenho e, a partir destes, descrever como este profissional poderá intervir no vestuário a fim de lhe proporcionar independência e melhor qualidade de vida.

**OBJETIVO GERAL**

Ampliar o conhecimento para a prática de Terapia Ocupacional através de uma descrição da fisiopatologia do Acidente Vascular Encefálico (AVE).

**OBJETIVO ESPECÍFICO**

Identificar a intervenção da Terapia Ocupacional na reabilitação do paciente na Atividade de Vida Diária (AVD) de vestuário.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho é uma revisão bibliográfica, que será baseada em livros, artigos e periódicos eletrônicos.

Os artigos científicos e periódicos eletrônicos sobre a temática foram acessados na base de dados da Scielo e aplicados os seguintes descritores: Terapia Ocupacional, Acidente Vascular Encefálico, Vestuário e Intervenção. Sendo selecionados os que tivessem referências bibliográficas que abordassem o Acidente Vascular Encefálico e, conseqüentemente, a temática.

## CAPÍTULO 1: O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é descrito na Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) como “uma disfunção neurológica aguda de origem vascular... com sintomas e sinais correspondentes ao comprometimento de áreas focais do cérebro”.

Segundo Faria (2007), após uma disfunção neurológica há comprometimento motor, sensorial, da cognição, da linguagem e da percepção visual. Com estes comprometimentos há perdas que, normalmente, se observam em incoordenação do membro, alteração da sensibilidade ou ‘formigamento’ no membro ou na face, comprometimento da fala, dificuldade de deglutição, distúrbios visuais ou cognitivos ou cefaléia intensa.

O AVE pode ser classificado didaticamente em várias maneiras e após a disfunção neurológica há comprometimentos ‘trombóticos: vaso intracraniano afetado por arteriosclerose; embólicos: êmbolos geralmente provenientes do coração; isquêmicos ou lacunares: oclusão de pequenas arteríolas, associadas à hipertensão arterial sistêmica; hemorrágicos: rompimento de aneurismas e malformações arteriovenosas, angiopatias.’ (Ares, 2005)

Este trabalho será fundamentado no AVE isquêmico que é a causa mais comum, sendo responsável por 70% a 75% dos casos. O alto índice de AVE ocorre por razão da maior exposição das pessoas com uso de contraceptivos orais e uso de drogas, que causam vasoconstrição (por exemplo, a cocaína), além do estresse, alterações da pressão arterial em vigência de malformações cerebrais, dentre outras, com escreve Ares (2005).

‘Entre os fatores de risco o mais importante é a idade, seguida da hipertensão arterial sistêmica. Outros fatores de risco incluem história familiar, doença cardíaca, AVE prévio, tabagismo, uso de contraceptivos orais, consumo de álcool e drogas, entre outros.’ (ARES, 2005, p. 4).

De acordo com Ares (2005), ao considerar os fatores de risco que, somados, podem desencadear novos eventos vasculares encefálicos, é importante destacar a importância da prevenção do uso e consumo de alimentos ou drogas que não fazem bem. Para tanto é necessário, em muitas das vezes, a ajuda de um profissional, e o Terapeuta Ocupacional junto com uma equipe multidisciplinar pode auxiliar e orientar o paciente na prevenção de uma outra lesão cerebral. Para auxiliar o paciente, é necessário observar o grau de incapacidade deste através de uma avaliação seguida de exames físicos e neurológicos, exames laboratoriais

e de imagem, para detectar os déficits e identificar fatores que podem predispor o aparecimento de novos AVEs. Sendo assim, pode-se planejar o tratamento de reabilitação mais precocemente proporcionando ao paciente a melhor recuperação possível.

### 1.1 EFEITOS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O AVE pode causar sequelas no indivíduo, que irão variar de acordo com a região cerebral afetada, como demonstrado por Gillen (2005), neste subcapítulo. Algumas das regiões acometidas são: artéria carótida interna, artéria cerebral média, artéria cerebral anterior, artéria cerebral posterior, sistema arterial cerebelar e sistema arterial vertebrobasilar.

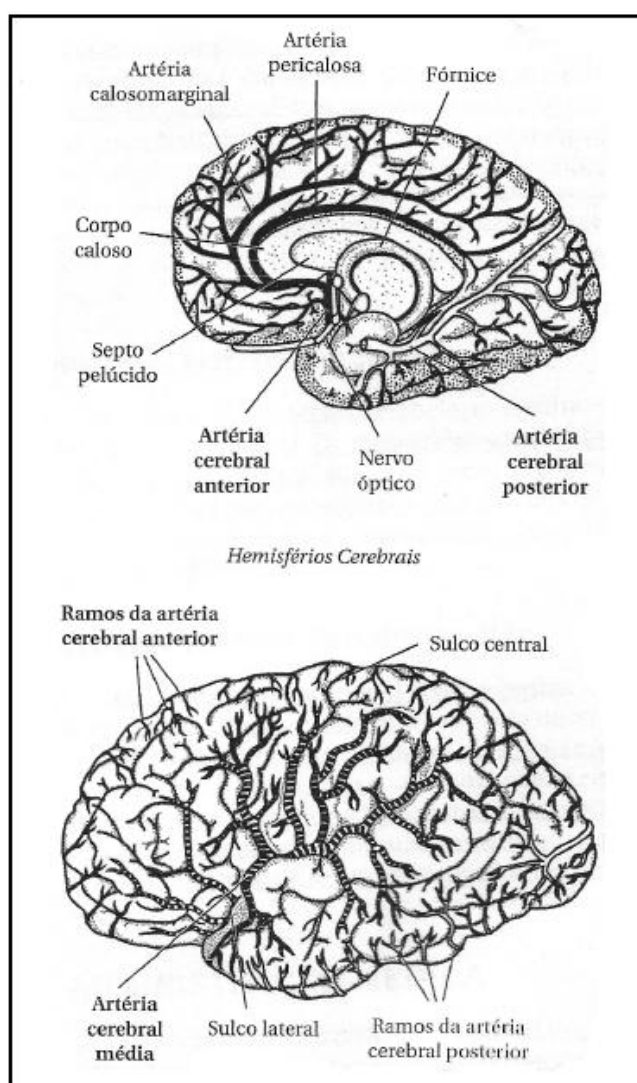


Figura 1 - Localização das artérias cerebrais anterior e posterior e seus ramos.

Quando a artéria carótida interna sofre este acidente vascular, o resultado pode ser hemiplegia contralateral, hemianestesia e hemianopsia homônima. A afasia, agrafia ou disgrafia, acalculia ou discalculia, confusão direita-esquerda e agnosia digital são comprometimentos associados ao hemisfério dominante. Já a disfunção perceptiva visual, negligência unilateral, anosognosia, apraxia construcional ou ao vestir-se, déficits de atenção e perda de memória topográfica são caracterizados pelo comprometimento do hemisfério cerebral não dominante.

O AVE mais comum, o isquêmico, que é causado pelo comprometimento da artéria cerebral média. Quando o hemisfério dominante é lesionado resulta em hemiplegia contralateral com maior comprometimento do braço, da face e da língua; déficits sensoriais; hemianopsia homônima contralateral e afasia. Neste caso, é possível observar na direção em que a lesão está situada um desvio acentuado da cabeça e do pescoço. A lesão no hemisfério não dominante pode causar déficits perceptivos, como anosognosia, negligência unilateral, percepção vertical alterada, déficits visuoespaciais e perseverança.

Pode ocorrer a lesão total ou parcial da artéria cerebral anterior. Na oclusão desta artéria, pode ser produzida fraqueza no membro inferior contralateral mais grave que a do braço e os efeitos são: apraxia, alterações mentais, reflexos primitivos e incontinência de intestinos e bexiga. Com a oclusão total desta, pode se ter como consequência uma hemiplegia contralateral com fraqueza grave da face, da língua e dos músculos proximais do braço e paralisia espástica acentuada do membro inferior distal.

Quando a artéria cerebral posterior é acometida, os resultados esperados são déficits sensoriais e motores, distúrbios de movimentos involuntários, perda de memória, alexia, estereognosia, disestesia, acinestesia, hemianopsia homônima contralateral ou quadrantanopsia, anomia, desorientação topográfica e agnosia visual

O resultado de uma oclusão no sistema arterial cerebelar resulta em apraxia ipsilateral, perda contralateral de sensibilidade à dor e à temperatura, analgesia facial ipsilateral, disfagia e disartria causados por fraqueza dos músculos ipsilaterais do palato, nistagmo e hemiparesia contralateral.

O sistema arterial vertebrobasilar está ligado ao tronco cerebral, portanto, quando sofre uma oclusão, as funções do tronco são cometidas, causando anormalidades sensoriais e motoras bilaterais ou cruzadas, como disfunção cerebelar, perda de propriocepção, hemiplegia, tetraplegia e distúrbios sensoriais, com comprometimento unilateral ou bilateral de nervo craniano, dos nervos III a XII.

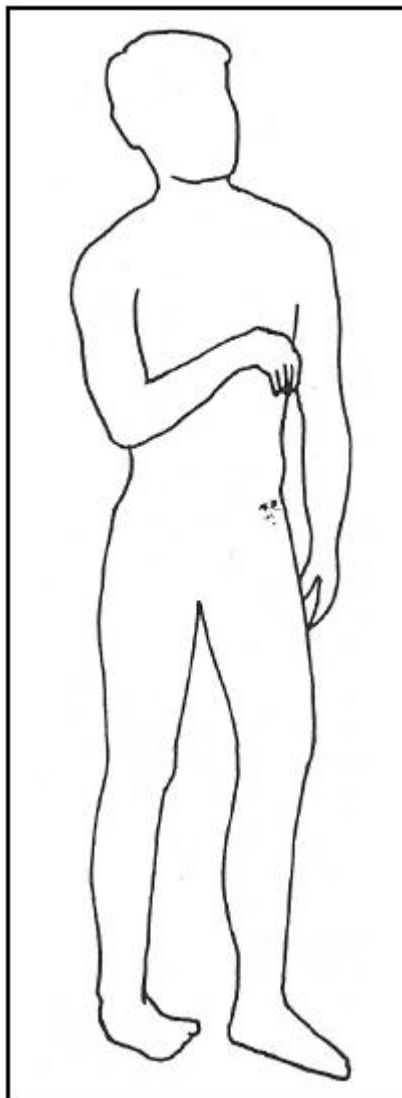


Como descrito nos parágrafos acima, o AVE é uma lesão que pode comprometer de diversas formas o indivíduo que o sofre. Portanto, conhecer as estruturas cerebelares é de extrema importância, para que se tenha uma dimensão de quais podem ser as deficiências neurológicas do paciente e, assim, poder traçar um plano de tratamento de acordo com a sua necessidade.

## 1.2 COMPROMETIMENTOS FUNCIONAIS

Os comprometimentos funcionais, tipicamente encontrados em pacientes pós-Acidente Vascular Encefálico, são descritos por Gillen (2005), baseado em um trabalho de observação e escolha de tarefas e atividades, como: incapacidade de desempenhar sentado as tarefas, incapacidade de desempenhar em pé atividades, incapacidade de comunicação secundária a uma disfunção de linguagem, incapacidade de desempenhar tarefas após deficiências neurocomportamentais, incapacidade de desempenhar tarefas após disfunção do membro superior e complicações do membro superior e incapacidade de desempenhar tarefas após comprometimento visual.

De acordo com as observações feitas por Gillen (2005), a incapacidade de desempenhar sentado as tarefas, se deve à perda do controle postural e controle de tronco, que pode ser percebida ao longo do dia do paciente. Esta perda levará à incapacidade de sentar de maneira correta e alinhada, falta de equilíbrio e de reações de endireitamento, de alcançar objetos, por exemplo, além da amplitude articular completa do braço. Como demonstrado na figura abaixo, um padrão típico de pacientes hemiplégicos.



**Figura 2 - Postura típica do adulto hemiplégico em pé.**

Com esta perda de capacidade é possível identificar que o indivíduo não poderá realizar as atividades como vinha desempenhando antes de sofrer a lesão cerebral. Ao movimentar-se para vestir uma camisa, por exemplo, terá grande dificuldade podendo até não conseguir se vestir sozinho, devido à falta de mobilidade e equilíbrio, podendo ter uma queda.

A incapacidade de desempenhar em pé as atividades, também, é outro fator que interfere na vida do indivíduo. O ser humano em sua natureza faz muitas atividades em pé, porém para paciente pós-AVE, este movimento exige maior gasto de energia, devido à distribuição de peso que deve ser feita durante a marcha.

Gillen (2003) pode identificar algumas habilidades que interferem na marcha. Para que se possa conseguir andar, o indivíduo deve conseguir manter-se em pé, ou seja, manter controle de tronco e distribuir o peso nos membros inferiores. Como o paciente sobrevivente

da lesão possui um dos lados do corpo afetado, este possui incapacidade de sustentar peso na perna afetada, podendo causar medo de cair ou tropeçar, visto que apresenta padrões de fraqueza que não sustentam o peso do corpo e a espasticidade impede o alinhamento adequado, como também apresenta uma disfunção perceptiva.

Além do andar, do sentar, vestir-se, há o falar, que é um dos meios de comunicação mais usados para o ser humano expressar-se, entender e ter acesso ao outro. A linguagem é uma das funções do indivíduo que é afetada após o AVE. Sendo assim, é importante que este indivíduo tenha uma equipe médica acompanhando e auxiliando o paciente em sua reabilitação.

Os distúrbios da fala e da linguagem podem ser de leves a graves, mas irão variar de acordo com a região do cérebro que foi afetada. Este distúrbio pode ser acompanhado por um fonoaudiólogo que passará as informações significativas para os outros membros da equipe de saúde responsável para que assim seja possível proporcionar um tratamento apropriado. As disfunções de fala e linguagem podem ser de afasia ou disartria, como escreve Gillen (2005).

‘A afasia é um distúrbio da linguagem que resulta de deficiência neurológica. Pode afetar a compreensão auditiva, a compreensão da leitura (alexia), a expressão oral, a expressão escrita (agrafia) e a capacidade de interpretar gestos. Déficits matemáticos (acalculia) também podem estar presentes na afasia. ’ (GILLEN, 2005, p. 691).

‘Os pacientes com disartria têm distúrbio de articulação, na ausência de afasia, por deficiência dos mecanismos do sistema nervoso central (SNC) que controlam a musculatura da fala. Esse distúrbio resulta em paralisia e incoordenação dos órgãos da fala, fazendo com que a fala soe grossa, inarticulada e vagarosa. ’ (GILLEN, 2005, p. 691)

Outra incapacidade que pode ser encontrada no paciente pós-AVE é a incapacidade de desempenhar tarefas escolhidas após deficiências neurocomportamentais. Estas tarefas estão relacionadas à capacidade de desempenhar uma Atividade de Vida Diária, que segundo Foti (2005), são aquelas que englobam a mobilidade funcional, os cuidados pessoais, a comunicação funcional, a administração de dispositivos ambientais e a expressão sexual.

As atividades de vida diária requerem uma função adequada de partes específicas do sistema nervoso e estando este em deficiência, pode resultar em disfunção dos aspectos específicos das AVD. Alguns exemplos podem ser esclarecedores quanto ao

comprometimento do indivíduo: ao se alimentar o paciente pode colocar a mão na tigela de cereais, ao invés de colocar no talher, mostrando assim negligência corporal; ao usar um pente para escovar os dentes, ao contrário de uma escova de dente, mostra apraxia ideacional; ao tentar colocar meias depois de já ter colocado os sapatos demonstra assim uma disfunção da organização e do sequenciamento; quando o paciente não é capaz de localizar o banheiro em seu quarto ou no quarto do hospital, observa-se assim uma desorientação topográfica, como demonstra Gillen (2005).

As complicações do membro superior são tipicamente encontradas após um acidente vascular encefálico. De acordo com Gillen (2005), dentre as complicações que comprometem a funcionalidade do indivíduo, se encontra a subluxação.

‘A subluxação, ou o mau alinhamento, causado pela instabilidade da articulação glenoumeral, é uma ocorrência comum após o AVC... Esta subluxação comum ocorre como resultado de mau alinhamento da escápula e do tronco. A posição normal da escápula é de rotação para cima, uma orientação que ‘aninha’ a cabeça do úmero e estabiliza seu alinhamento. Após um AVC, a escápula geralmente assume uma posição de rotação para baixo, resultando na subluxação da articulação da articulação glenoumeral.’ (GILLEN, 2005, p. 697)

Com a subluxação, o indivíduo adquire algumas incapacidades, como a de recrutar e manter a atividade muscular, que do ponto de vista do autor citado acima, é o fator mais limitante. Com a falta em geral destas atividades e o corpo dependente do tronco e de membros, pode haver problemas secundários como, por exemplo: edema de superfície dorsal da mão, superestiramento da cápsula articular glenoumeral, encurtamento dos músculos passivamente posicionados, superestiramento dos antagonistas, risco de lesão nas articulações ou nos tecidos moles durante AVD e tarefas de mobilidade.

Com o aumento da espasticidade há risco de encurtamento de tecidos moles que levam a um círculo vicioso de espasticidade e encurtamento dos tecidos moles ao recrutamento excessivo de músculos encurtados para aumentar os reflexos de estiramento. Como problemas secundários, o mesmo autor completa que pode haver deformidades dos membros, nomeadamente do membro superior distal (do cotovelo aos dedos), maceração dos tecidos da palma, possível ‘mascaramento’ do controle motor seletivo subjacente, síndromes de dor, capacidade alterada para administrar as tarefas básicas das AVD e perda do balanço recíproco dos braços durante atividade com marcha.

Estar atento a todas as disfunções apresentadas pelo paciente são de grande importância para que se tenha um bom plano de tratamento e que se consiga ganhos com ele. Apesar de todas as limitações e incapacidades apresentadas, um plano de tratamento pode proporcionar melhoras significativas em seu desempenho funcional e ocupacional.

### 1.3 O PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

O Terapeuta Ocupacional deve ter conhecimento da real necessidade do paciente para desenvolver um trabalho eficaz, com objetivos específicos a fim de proporcionar independência e autonomia para o paciente. E Foti (2005), descreve de maneira clara qual o papel do Terapeuta Ocupacional:

“O papel do Terapeuta Ocupacional é lidar com as capacidades de desempenho das AVD e AIVD, determinar os problemas que interferem na independência, determinar objetivos de tratamento e proporcionar treinamento para aumentar a independência. O terapeuta Ocupacional também pode envolver-se na remoção ou redução de obstáculos físicos, cognitivos, sociais e emocionais que estejam interferindo no desempenho.” (FOTI, 2005, p. 132).

Cabe ao Terapeuta Ocupacional desempenhar um trabalho de reabilitação junto com uma equipe de profissionais que possuem os mesmos objetivos e que trabalhem juntos a fim de alcançar uma melhor qualidade de vida junto com o paciente. Este trabalho será realizado através de estudos, técnicas e atividades que resultem ganhos funcionais ao indivíduo que está sendo tratado.

A fim de se compreender melhor qual é o trabalho que o Terapeuta Ocupacional realiza, há a seguinte citada de Lopes e Leão, (2002, apud SOARES, 2007, p.3):

“É um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas à problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico.”

O papel do Terapeuta Ocupacional, portanto é intervir na problemática apresentada pelo paciente, seja ela física, social, sensorial ou motora. A necessidade apresentada pelo paciente como prioridade será tratada de maneira a proporcionar a este a reinserção em suas AVDs, no meio familiar e social, podendo até retornar ao mercado de trabalho.

O Terapeuta Ocupacional tem o papel de intervir em cuidados de reabilitação nas atividades do paciente: organização do quarto, abordagem no lado hemiplégico, nomeação de partes do corpo e objetos, encorajamento da independência, posicionamento no leito e aplicação de atividades para se vestir e sua vida em casa, como descreve Davis (2003).

Segundo Gillen (2005), o terapeuta ocupacional tem a função importante de auxiliar o paciente em seu ajuste à hospitalização e, mais importante, à deficiência. O terapeuta deve levar em consideração o contexto familiar e social em que o paciente vivia antes da lesão e pós lesão, podendo haver possibilidade de mudanças súbitas e dramáticas nos papéis da vida deste e em seu desempenho.

Gillen (2005) destaca que o terapeuta deve ter conhecimento do processo normal de ajuste e orientar a abordagem, assim como as expectativas de desempenho ao nível de ajuste do paciente. Em diversas vezes o paciente não estará pronto para se envolver em medidas de reabilitação em todo seu empenho até que se passe vários meses do início da deficiência.

O terapeuta ocupacional deve ter em mente que o grau de obtenção dos objetivos de tratamento que o paciente atingirá depende das lesões no SNC e sua recuperação, resíduos psiconeurológicos, ajuste psicossocial e hábil aplicação do tratamento adequado por parte de todos os profissionais de saúde. (GILLEN, 2005, p. 701)

Sendo assim, o Terapeuta Ocupacional deve estar atento desde a chegada do paciente até ele e o que este ou a família podem relatar, tendo extrema importância na intervenção e objetivos a serem alcançados.

## **CAPÍTULO 2: INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Na prática da Terapia Ocupacional são incluídos três parâmetros: áreas de desempenho, componentes de desempenho e contextos de desempenho (ROGERS e HOLM, 2002). As áreas de desempenho podem ser classificadas em AVD, atividades profissionais e produtivas e atividades de diversão e lazer (NEISTADT, 2002). Os componentes de desempenho, englobam as habilidades neuromusculares, de processamento, de comunicação e de interação, ou seja, é uma habilidade ou subsistema específico que afeta a capacidade funcional de um indivíduo (KOHLMEYER, 2002). E os contextos de desempenho são os dados físicos, sociais e culturais (CREPEAU, 2002).

Assim pode-se concluir que:

“o desempenho ocupacional é o resultado de interações entre a pessoa, o ambiente e a ocupação. A pessoa é definida como possuindo os componentes físico, afetivo e cognitivo, no centro dos quais está a essência do “ser”, que é o elemento espiritual. O ambiente é composto pelos elementos físico, social, cultural e institucional. As ocupações são classificadas nas seguintes categorias: autocuidado (self-care), produtividade e lazer.” (COPM, 2009. p.17)

Os terapeutas ocupacionais, em geral, não trabalham de forma independente, mas como membros de uma equipe, que poderá variar do local onde trabalha. Mas independente disto, os serviços deste profissional incluem a avaliação e o tratamento. Através da avaliação é possível verificar quais possíveis problemas psicológicos e físicos podem estar interferindo em suas áreas de desempenho e fornecer uma ideia sobre os componentes de desempenho. Através desta avaliação será possível traçar objetivos a fim de melhorar as habilidades do paciente. (CREPEAU e NEISTADT, 2002)

A avaliação da AVD envolve o desempenho, os componentes de desempenho e os ambientes psicossocial e físico do paciente. É preciso verificar:

‘Os componentes físicos de desempenho, como força, amplitude de movimentos (ADM), coordenação, sensação e equilíbrio devem ser avaliados para determinar o potencial para correção e a possível necessidade de equipamento adaptativo. As funções perceptivas e cognitivas devem ser avaliadas para determinar o potencial para aprender as habilidades das AVD. ’ (FOTI, 2005, p.134)

A cultura do paciente, valores culturais em relação aos cuidados pessoais, papel de doente, à assistência familiar e à independência, são itens que o terapeuta ocupacional

também deve estar familiarizado e que devem ser levados em consideração ao escolher objetivos e atividades iniciais no programa de AVD. Além disso, as demandas de tempo e energia para equilibrar as atividades no dia do paciente podem interferir a quantidade de AVD que poderão ser realizadas de forma independente, de acordo com Foti(2005).

Os seguintes subcapítulos irão descrever sobre o conceito de AVD, levando a um esclarecimento em como o Terapeuta Ocupacional poderá intervir no treino de AVD vestuário com o paciente pós-AVE.

## 2.1 ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Foti (2005) escreve que as tarefas de cuidados pessoais, mobilidade funcional, comunicação funcional, administração doméstica e vida em comunidade que permitem a uma pessoa atingir a independência funcional são as AVDs. Desta forma, ocorrendo perda da capacidade do indivíduo de cuidar das próprias necessidades pessoais, exige que o parceiro, família ou cuidador assuma a função de responsável pelos cuidados de quem perdeu a capacidade de desempenhar independentemente as AVDs.

Na prática de Terapia Ocupacional, é rotineiro que este profissional avalie o desempenho em AVD para a determinação dos níveis de independência funcional dos pacientes, visto que é uma das áreas de desempenho do modelo de desempenho ocupacional, como relata Foti(2005).

Além destes aspectos que são importantes para o planejamento da intervenção, é essencial a interação entre paciente e terapeuta:

“pode ser possível descobrir atitudes e sentimentos do paciente a respeito das tarefas específicas, prioridades no treinamento, dependência e independência bem como valores, costumes culturais, familiares e pessoais em relação ao desempenho de AVD.” (FOTI, 2005, p.137).

A avaliação e o trabalho em equipe que é realizado a fim de planejar o programa de tratamento são essenciais para que o Terapeuta Ocupacional desempenhe seu papel de maneira a identificar e ajudar a solucionar problemas referentes à manutenção da saúde, como escreve Foti(2005).



## 2.2 TREINO DA ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

“O treinamento de AVDs com o paciente neurológico possibilita a aprendizagem para desempenhar as atividades da forma mais adequada e independente possível.” (2005, apud CRUZ, 2010, p.280).

A citação acima sintetiza o porquê do treino de AVD. O treino pode proporcionar uma forma adequada para desempenho das tarefas e realização desta da forma mais independente para o indivíduo.

O treinamento das atividades de vida diária é determinado após a avaliação, sendo importante verificar as prioridades do paciente e seu potencial para independência e estabelecer objetivos a curto e longo prazo com base na avaliação, como escreve Foti(2005).

“A avaliação da capacidade do indivíduo para utilizar o vestuário, alimentação, higiene, cuidados pessoais e mobilidade consiste na verificação das condições físicas, emocionais e sensoriais que o paciente deverá possuir para realizar com êxito as diversas atividades.” (ALBUQUERQUE, 2003, p.377).

Foti(2005) registra que o treinamento deve ser fundamentado no desenvolvimento normal da independência nos cuidados pessoais da criança, portanto a sequência para o treino se inicia com alimentar-se, higiene pessoal, continência, habilidades de transferência, toalete, despir-se, vestir-se e banhar-se. Esta é uma sugestão para dar início ao treino de AVD, mas pode ser que precise de modificações para adaptar-se à deficiência específica, as capacidades, limitações e prioridades pessoais do paciente.

Albuquerque(2003), também sugere que este treino seja iniciado a partir dos cuidados pessoais básicos que são, pentear o cabelo, escovar os dentes, passar o batom, entre outros, sendo importante que se inicie com estas atividades pois irão adquirir melhor aparência.

O programa de treinamento para AVD pode ser graduado: de tarefas mais simples, para as mais complexas. Dependendo do comprometimento do paciente (do seu potencial para recuperação, resistência e motivação) pode progredir de dependente a assistido e depois de supervisionado a independente, com ou sem dispositivos assistivos como apresenta Foti(2005).

Foti(2005) escreve que o Terapeuta Ocupacional deve preparar tudo antes de começar o treinamento em qualquer AVD. Este deve ter um espaço adequado, equipamentos organizados, materiais e mobília para máxima conveniência e segurança para si e do paciente.

Além do espaço adequado e organizado o terapeuta deve estar familiarizado com a tarefa a ser realizada e quaisquer métodos especiais ou dispositivos para a realização da mesma. Como o paciente espera, Foti (2005) apresenta que o paciente realize a tarefa proposta é necessário que o terapeuta seja capaz de desempenha-la também.

Estando a atividade já preparada, Foti(2005) descreve que o Terapeuta Ocupacional deve dar as instruções, orientações, demonstração ao paciente, que pode variar de acordo com os problemas apresentados. Os pacientes que possuem problemas perceptivos, memória fraca e dificuldade para seguir instruções e qualquer tipo irão precisar de uma abordagem mais concreta, passo a passo, que são menores e progredir de forma lenta, e gradualmente reduzir a quantidade de assistência, de acordo com o sucesso obtido. As instruções verbais podem ou não ser úteis, irá variar de acordo com as habilidades receptivas do paciente e de sua capacidade de processar ao mesmo tempo dois modos de informação sensorial.

Dois modos de instrução que são úteis são os cinestésicos e táteis, que podem substituir a demonstração e instrução verbal, que são feitos através do toque as partes do corpo para se mover, vestir, banhar ou posicionar, o movimento passivo da parte ao longo do padrão desejado para atingir a tarefa ou um passo e também uma orientação manual gentil durante a execução da tarefa, como apresenta Foti(2005).

As tarefas solicitadas pelo terapeuta, de acordo com Foti(2005), podem ser repetidas várias vezes durante a sessão de treinamento, mas levando em conta o tempo e a tolerância física e emocional do paciente, ou estas tarefas podem ser repetidas diariamente até o alcance da retenção ou o nível de habilidade desejado. O desempenho do paciente será modificado e corrigido de acordo com a necessidade. Mas é importante lembrar que para que se adquira habilidade, é necessário realizar um passo ou concluir a tarefa repetidamente.

Além do treino que o paciente deverá realizar durante a sessão e em casa é importante a participação da família, a fim de reforçar e garantir a realização da tarefa.

“Como outros membros da equipe ou da família são frequentemente aqueles que irão reforçar as habilidades recém-aprendidas, o treinamento da família é fundamental para reforçar a transferência das habilidades obtidas em sessões anteriores de treinamento.” (FOTI, 2005, p.151).

Após o treinamento e domínio do paciente para a realização das tarefas, pede-se que ele as desempenhe de maneira independente. E a verificação de desempenho adequado será verificada pelo cuidador responsável, como descreve Foti(2005).

## 2.3 TREINO DA ATIVIDADE DE VESTUÁRIO

O vestir-se se refere a:

“seleção de roupas e acessórios apropriados para o período do dia, tempo e ocasião, obtenção de roupas em lojas, arrumar-se e despir-se de forma sequencial, rapidamente e ajustando peças do vestuário e sapatos; aplicar e remover artifícios pessoais, próteses e órteses.” (JACOBS e JACOBS, 2006, p.103).

Portanto, o vestir envolve a escolha da roupa de acordo com a ocasião, despir-se e vestir-se de forma sequencial, o que inclui, laços, botões, zíperes, velcro, qualquer acessório que a roupa possui, assim como o vestir e despir próteses e órteses.

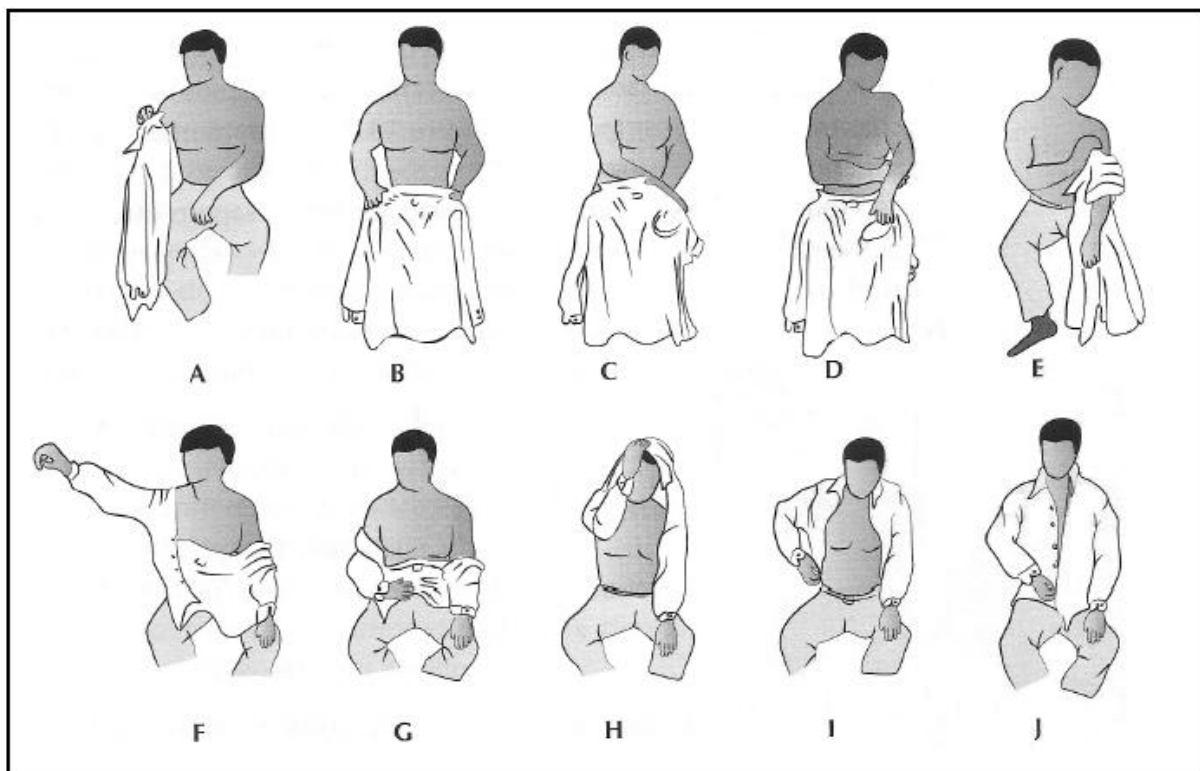
Segundo Holm, Rogers e James(2002), o vestir pode apresentar diversas incapacidades do vestir. Dentro de cada incapacidade apresentada pelo paciente existem alguns objetivos que podem ser traçadas a fim de que se obtenha maior nível de independência.

Os seguintes subcapítulos irão descrever, de acordo com Foti (2003), passo a passo do treino das seguintes peças de roupa: camisas, calças, sutiã, gravata, meias, sapatos e órtese calcanhar-pé.

### ***2.3.1 Treino de vestir camisas***

A seguir serão apresentados três métodos para vestir uma camisa. O primeiro método pode ser usado para casacos, robes e vestidos com abertura na frente.

#### **1º Método - Vestindo a camisa:**



**Figura 3 - Passo a passo para vestir uma camisa: 1º Método.**

1. Segure o colarinho da camisa com a mão normal e sacuda para endireitá-la.
2. Posicione a camisa sobre o colo com o lado de dentro voltado para cima e o colarinho em direção ao peito.
3. Posicione a abertura da manga do lado afetado de modo que a abertura fique a maior possível e perto da mão afetada, que descansa sobre o colo.
4. Usando a mão normal, coloque a mão afetada dentro da abertura da manga e traga a manga sobre o cotovelo puxando a roupa.
5. Coloque o braço normal em sua manga e levante o braço para escorregar ou sacudir a manga até o seu lugar, passando pelo cotovelo.
6. Com a mão normal, junte a camisa no meio das costas da parte inferior até o colarinho e passe-a pela cabeça.
7. Incline-se para frente, abaixe a cabeça e passe a camisa por cima da cabeça.
8. Com a mão normal, arrume a camisa, inclinando-se para frente e ajustando-a para baixo, passando pelos dois ombros. Alcance a camisa nas costas e puxe-a para baixo.
9. Alinhe as partes da frente da camisa para abotoar e comece com o botão de baixo. Abotoe o punho da camisa do lado afetado. Se a abertura do punho for grande, o botão do lado não afetado pode ser abotoado antecipadamente. O botão pode ser costurado com fio

elástico ou sobre um pequeno pedaço de elástico e preso pelo lado de dentro do punho da camisa. Um pequeno botão preso a um laço de fio elástico é outra opção. Passe o botão pela sua casa da camisa de modo que o laço de elástico fique do lado de dentro. Estique o laço de elástico para que se ajuste ao redor do botão original do punho. Este recurso simples pode ser transferido para cada peça de roupa e posicionado antes que a camisa seja vestida. O laço se estica para ajustar-se à largura da mão quando esta passa pelo final da manga.

### **1º Método - Retirando a camisa:**

1. Desabotoe a camisa.
2. Incline-se para frente.
3. Com a mão normal, segure o colarinho ou junte o tecido nas costas, do colarinho até a bainha inferior.
4. Incline-se para frente, abaixe a cabeça e puxe a camisa por cima da cabeça.
5. Retire a manga do braço normal e depois do braço afetado.

**2º Método - Vestindo a camisa:**

Este método pode ser usado para pacientes que ficam com as camisas torcidas ou encontram problemas para deslizar a manga pelo braço normal.

1. Posicione a camisa como descrito no 1º método, passos 1 a 3.
2. Com a mão normal, coloque a mão afetada na abertura da camisa e vá trazendo a camisa por cima da mão, mas não a puxe pelo cotovelo.
3. Coloque o braço normal na manga e traga o braço para fora em 180º de abdução. A tensão do tecido, do braço normal até o punho do braço afetado, trará a manga para a posição correta.
4. Abaixar o braço e vista a camisa no braço afetado, passando pelo cotovelo.
5. Continue, como nos passos 6 a 9 do 1º método.

**2º Método - Retirando a camisa:**

1. Desabotoe a camisa.
2. Com a mão normal, tire a camisa dos ombros, primeiro do lado afetado, depois do lado normal.
3. Tire o punho do lado normal com a mão normal.
4. Tire a manga alternando os movimentos de sacudir o ombro e puxar para baixo pelo punho.
5. Inclinar-se para frente, traga a camisa das costas para frente e puxe a manga do braço afetado.

**3º Método - Vestindo a camisa:**

1. Posicione a camisa e vista-se no braço como descrito no 1º método, passos 1 a 4.
2. Traga a camisa até o ombro do braço afetado.
3. Com a mão normal, segure a ponta do colarinho que está do lado normal, incline-se para frente e traga o braço por cima e por trás da cabeça para levar a camisa até o lado normal.
4. Coloque o braço normal pela abertura da manga, direcionando-o para cima e para fora.

5. Arrume e abotoe como descrito no 1º método, passos 8 e 9.

### 3º Método - Retirando a camisa:

A camisa também pode ser despida usando o procedimento descrito anteriormente no 2º Método.

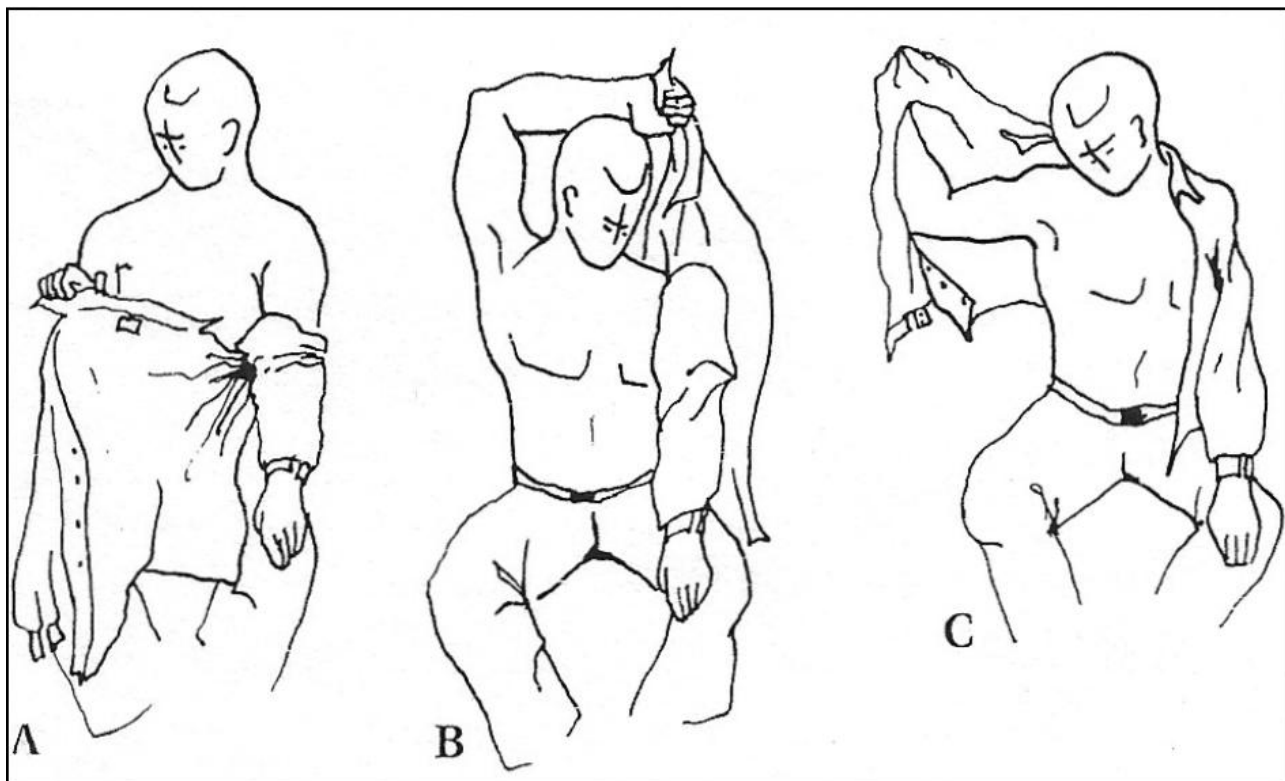


Figura 4 - Passo a passo para vestir uma camisa: 3º Método.

Alternativa para vestir a camisa que passe por cima da cabeça:

1. Posicione a camisa sobre o colo, com a parte de baixo na direção do peito e a etiqueta voltada para baixo.
2. Com a mão normal, enrole para cima a parte de baixo da camisa até a altura da manga, do lado afetado.
3. Posicione a abertura da manga de mofo que fique o maior possível e use a mão normal para colocar a mão afetada na abertura da manga.. Puxe a camisa para cima, passando pelo cotovelo.
4. Coloque o braço normal na manga.
5. Arrume a camisa do lado afetado, para cima e sobre o ombro.

6. Junte a camisa nas costas com a mão normal, incline-se nas costas com a mão normal, oncline-se para frente, abaixe a cabeça e passe a camisa por cima da cabeça.

7. Arrume a camisa.

Alternativa para tirar a camisa que passe por cima da cabeça:

1. Junte a camisa com a mão normal, começando na parte de cima e nas costas.

2. Incline-se para frente, abaixe a cabeça e passe o tecido que juntou nas costas sobre a cabeça.

3. Tire a camisa do braço normal, depois do braço afetado.

### 2.3.2 Treino de vestir calças

#### 1º Método – Vestindo as calças:

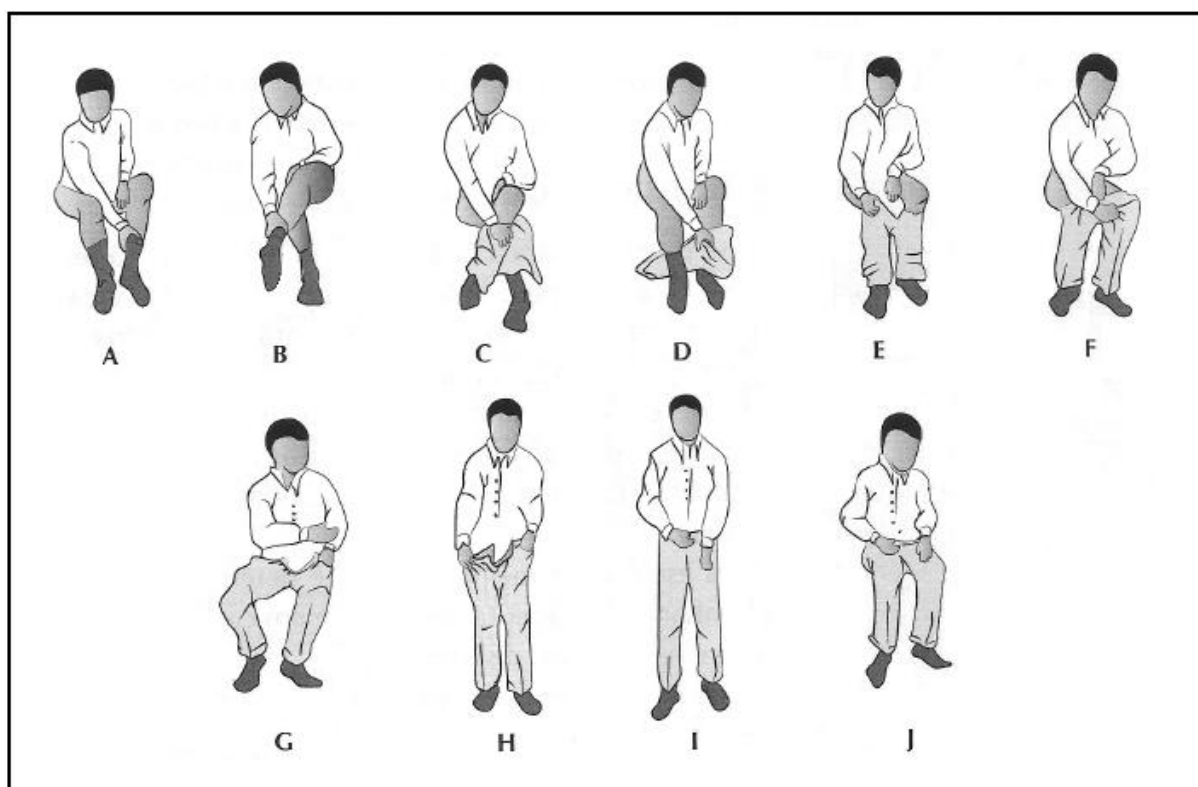


Figura 5 – Passo a passo para vestir calças – 1º Método.



1. Sente-se em uma poltrona estável ou em uma cadeira de rodas travada.
2. Posicione a perna normal na frente da linha média do corpo com o joelho em 90° de flexão. Usando a mão normal, incline-se e segure o tornozelo da perna afetada ou a meia em torno do cotovelo. Levante a perna afetada e cruze-a por cima da perna normal.
3. Vista a perna afetada até o pé estar todo dentro da perna da calça. Não puxe a calça acima do joelho, ou terá dificuldade para vestir a perna normal.
4. Descruze a perna afetada segurando o tornozelo ou a meia em torno dele.
5. Vista a perna normal e puxe as calças para cima até os quadris, o mais que puder.
6. Para evitar que as calças caiam quando as puxar até os quadris, coloque a mão afetada no bolso ou coloque um dedo da mão afetada no passador do cinto. Se puder fazê-lo de maneira segura, fique em pé e puxe as calças por cima dos quadris.
7. Se o equilíbrio em pé for bom, fique em pé para fechar o zíper ou abotoar. Sente-se para abotoar a frente.

### **1º Método - Retirando as calças:**

1. Abra as calças e desça-as pelos quadris até onde for possível, sentado.
2. Fique em pé, deixando as calças caírem, ou desça-as.
3. Tire a calça da perna normal.
4. Sente-se e cruze a perna afetada sobre a perna normal, tire a calça e descruze as pernas.

### **2º Método - Vestindo as Calças:**

Este método é usado para os pacientes em cadeira de rodas. A cadeira deve estar travada e os descansos para os pés afastados, que estejam em poltronas estáveis e de espaldar reto com as costas apara a parede e para pacientes que não podem ficar em pé de forma independente.

1. Posicione as calças sobre as pernas como no 1º método, passos 1 a 5.
2. Erga os quadris encontrando-se contra a cadeira e empurrando para o chão com a perna normal. Quando erguer os quadris, suba as calças com a mão normal.
3. Desça os quadris novamente na cadeira e feche as calças.

**2º Método - Retirando as calças:**

1. Abra as calças e desça -as pelos quadris até onde for possível, sentado.
2. Incline-se contra o encosto da cadeira, empurre para o chão com a perna normal para erguer os quadris e com o braço normal desça as calças pelos quadris.
3. Continue como no 1º Método, passos 3 e 4.

**3º Método – Vestindo as calças:**

Este método é para pacientes que tem a necessidade de se vestir na posição reclinada, o que é mais difícil do que para os pacientes que estão sentados. Se possível, o leito deve ser erguido para uma posição semi-reclinada para que o paciente esteja parcialmente sentado.

1. Usando a mão normal, coloque a perna afetada em posição dobrada e cruze-a sobre a perna normal, que pode estar parcialmente dobrada, para evitar que a perna afetada escorregue.
2. Posicione as calças e vista-as na perna afetada primeiro, até o joelho. Depois descruze a perna.
3. Vista a perna normal e suba as calças até os quadris o máximo possível.
4. Com a perna normal dobrada, empurre para baixo com o pé e o ombro para elevar os quadris do leito. Com o braço normal, suba as calças pelos quadris rolando de uma lado pra o outro.
5. Feche as calças.

**3º Método - Retirando as calças:**

1. Eleve os quadris como no 3º Método, passo 4.
2. Desça as calças pelos quadris, retire a perna afetada e depois a perna normal.

### **2.3.3 Treino de vestir sutiã**

#### **Vestindo o Sutiã:**

1. Introduza uma das pontas do sutiã dentro da cintura das alças, saia ou cinta e enrole a outra ao redor da cintura (pode ser mais fácil enrolar na direção do lado afetado). Feche o sutiã na frente na altura da cintura e escorregue o fecho para as costas (na altura da cintura).

2. Passe o braço afetado pela alça, depois o braço normal pela outra alça.

3. Ajuste as alças sobre os ombros. Levante a alça do lado afetado sobre o ombro com o braço normal. Passe o braço normal pela alça e ajuste-a sobre o ombro, empurrando com o próprio braço e puxando com a mão.

4. Use a mão normal para ajeitar os seios das taças do sutiã.

É importante ressaltar, observar que é útil que o sutiã tenha laças elásticas e seu tecido seja elástico. Caso ainda tenha alguma função na mão afetada, um laço de tecido pode ser costurado ao sutiã, atrás, perto do fecho. O polegar afetado pode ser passado pelo laço para estabilizar o sutiã enquanto a mão normal o fecha. Todos os sutiãs elásticos, pré-fechados ou sem fechos, podem ser colocados adaptando-se o 1º método para vestir um pulôver, descrito anteriormente. Sutiãs com fecho na frente também podem ser adaptados com um laço para a mão afetada, havendo ainda alguma função ampla do braço.

#### **Retirando o Sutiã:**

1. Desça as alças pelos ombros, primeiro do lado normal.

2. Vá descendo as alças pelos braços e mãos.

3. Escorregue o sutiã para frente com o braço normal.

4. Abra o fecho e retire.

### ***2.3.4 Treino de vestir gravata***

Este treino é recomendado para o uso de uma gravata convencional, não as que se prendem com clipe que são convenientes e bonitas.

Estas orientações serão necessárias para pacientes que no trabalho necessitam usar gravata.

#### **Vestindo a gravata:**

1. Levante o colarinho da camisa e coloque a gravata em torno do pescoço, ajustando-a de modo que a ponta menor fique no comprimento desejado quando a gravata estiver pronta.
2. Prenda a ponta menor na camisa com um prendedor de gravatas ou pregador de roupas com mola.

Passa a ponta mais comprida ao redor da mais curta (um laço) e suba-a entre o “V” no pescoço. Depois desça a ponta por dentro do laço e ajeite a gravata, usando os dedos anular e mínimo para segurar a ponta da gravata e o polegar e os dedos indicador e médio para apertar o nó da gravata.

#### **Retirando a gravata:**

Puxe o nó do pescoço até que a ponta menor escorregue para cima o bastante para que a gravata possa ser retirada, passando pela cabeça. Pode-se pendurar a gravata desse jeito e recolocá-la, passando-a por cima da cabeça e do colarinho levantando, apertando o nó como descrito no passo 3 de colocar a gravata.

### 2.3.5 Treino de vestir meias

#### Vestindo as Meias:

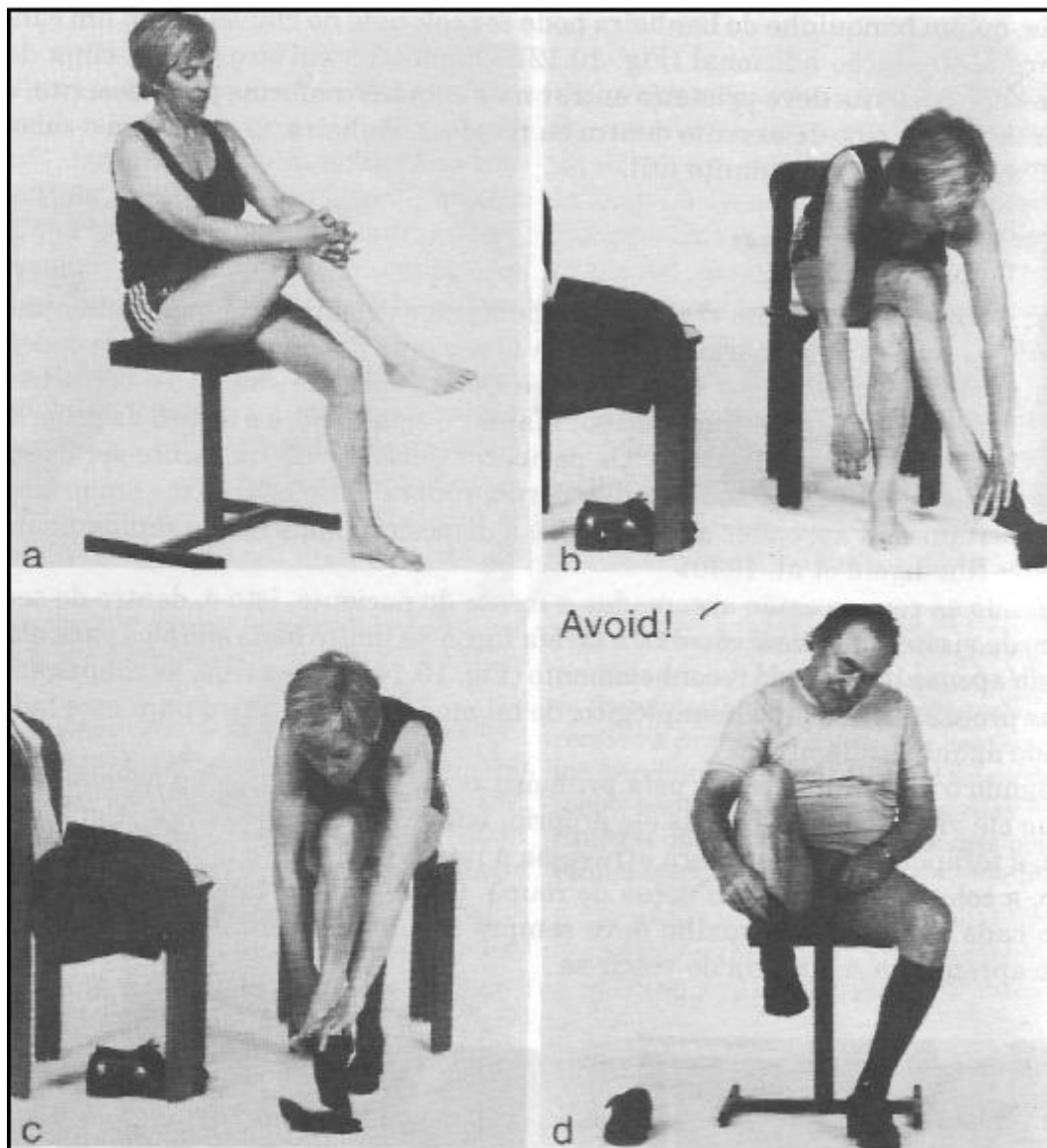


Figura 6 – Passo a passo para vestir as meias.

1. Sente-se em uma poltrona de espaldar reto ou cadeira de rodas com rodas travadas, com os pés no chão e os descansos para os pés afastados.

2. Com a perna normal exatamente em frente à linha média do corpo, cruze a perna afetada sobre a normal.

3. Abra a parte de cima da meia-calça inserindo o polegar e os dois primeiros dedos perto do cós e afastando os dedos.

4. Ajeite a meia-calça no pé antes de puxar sobre o calcanhar. Deve-se tomar cuidado para eliminar as pregas.

5. Ajeite a meia-calça perna acima. Coloque o peso do corpo sobre um lado e outro para ajustar a meia-calça na altura da coxa.

6. As meias até a altura da coxa com elástico no topo para segurá-las são uma alternativa aceitável para as meias-calças, especialmente para a pessoa que não se locomove.

7. A meia-calça pode ser colocada ou retirada como um par de calças, exceto pelo fato de que o material das pernas sejam reunidas em um lado de cada vez antes que os pés fossem colocados nos buracos das pernas da meia-calça.

### **Retirando as Meias:**

1. Com o braço normal, desça as meias ou meias-calças o mais que puder.

2. Cruze a perna afetada sobre a normal, como descrito no passo 2, de colocar as meias ou meias-calças.

3. Tire a meia ou meia-calça da perna afetada. Um bastão auxiliar pode ser necessário para alguns pacientes, para puxar e ajeitar a meia ou meia-calça do calcanhar e do pé.

4. Levante a perna normal até uma altura confortável ou à altura do assento e retire a meia ou meia-calça do pé.

### ***2.3.6 Treino de vestir sapatos***

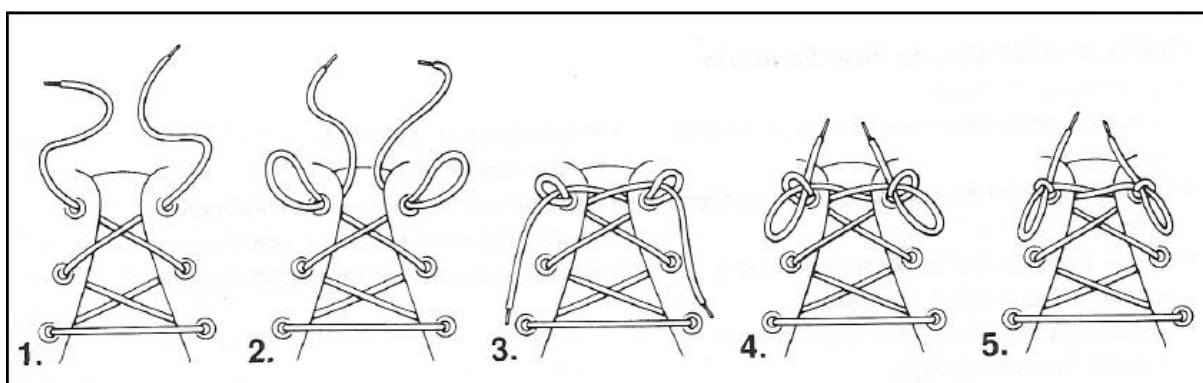
Os sapatos a serem escolhidos devem ser aqueles que os pés escorregam para o seu interior, a fim de eliminar a necessidade de amarrar cadarços. Caso uma pessoa use uma órtese calcanhar-pé (OCP) ou protetor curto na perna, em geral são necessários sapatos fechados.



**Figura 7 – Posição correta para calçar calçados e meias.**

1. Use cadarços de elástico e deixe os sapatos amarrados.
2. Use fechos adaptados para os sapatos.
3. Use técnicas para amarrar os cadarços com uma mão só.
4. É possível aprender a amarrar um laço comum com uma só mão, mas isto requer excelentes habilidades, visuais, perceptivas e de planejamento motor, além de muita repetição.

#### **Amarrar calçados com uma mão só:**



**Figura 8 – Método para amarrar o calção com uma mão só.**

1. Fazer a laçada de maneira usual.

2. Colocar ambas as pontas do cadarço para trás através dos ilhoses pelos quais eles saíram, até que se formem alças pequenas.
3. Colocar as pontas do cadarço através das alças opostas e puxá-los para apertar as alças, permitindo espaço apenas suficiente para enfiar a extremidade do cadarço de volta através da alça.
4. Enfiar as pontas do cadarço de volta através das alças, formando outra alça.
5. Puxar estas alças alternadamente para apertar.

### **Órtese Calcanhar-Pé:**

O paciente que sofreu o AVE tem como uma das consequências a hemiplegia e segundo Foti (2003), o indivíduo hemiplégico que não apresenta dorsiflexão adequada do calcanhar usa frequentemente uma órtese calcanhar pé (OCP), a fim de lhe proporcionar um andar com segurança e eficiência. Mas para que ele alcance a independência efetiva, é necessário que ele aprenda a vestir todas as peças que compõe seu vestuário, e a órtese faz parte do vestir-se como denomina Jacobs e Jacobs (2006).



### 1º Método – Vestindo OCP:

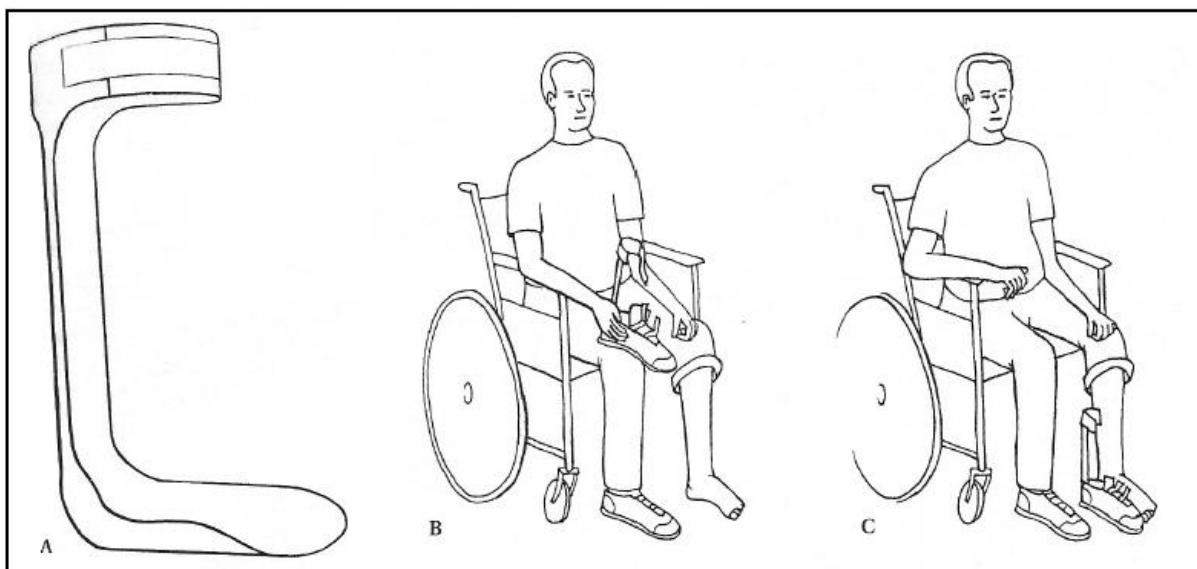


Figura 9 – Passo a passo para vestir OCP (Parte 1).

1. Sente-se em uma poltrona de espaldar reto ou em uma cadeira de rodas com as rodas travadas, com os pés no chão. Os fechos são afrouxados e a língua do sapato é puxada para trás para permitir que a OCP entre no sapato.

2. A OCP e o sapato são colocados no chão entre as pernas, porém mais perto da perna afetada, virados para cima.

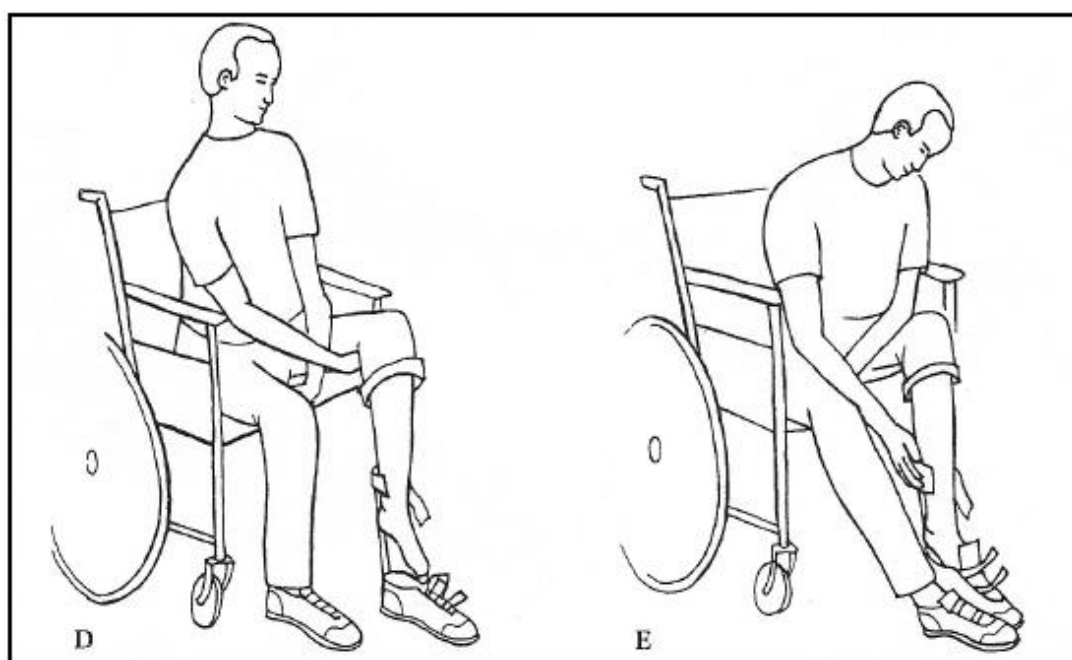
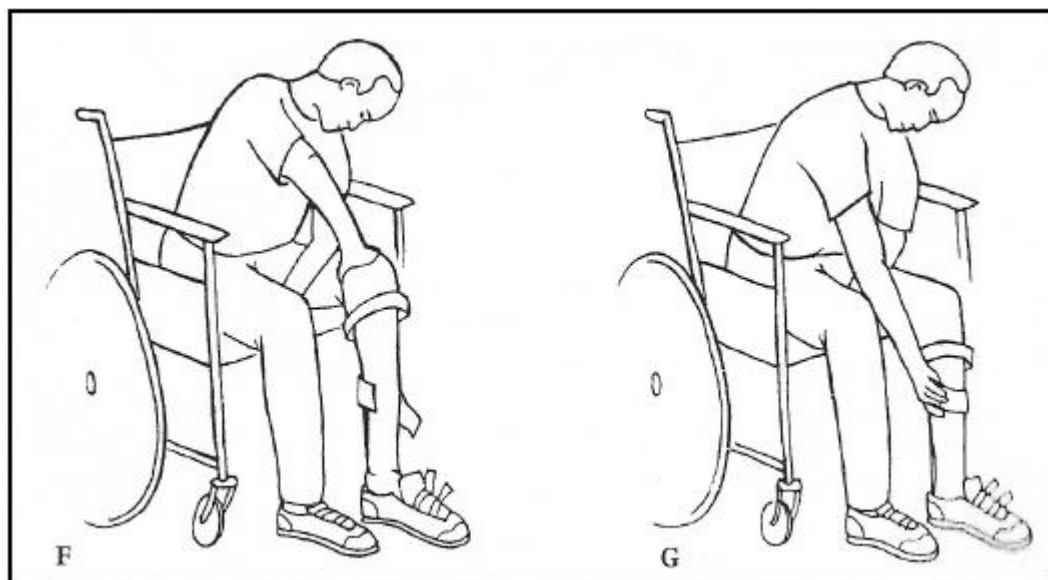


Figura 10 – Passo a passo para vestir OCP (Parte 2).

3. Com a mão normal, levante a perna afetada segurando atrás do joelho e coloque os dedos do pé dentro do sapato.

4. Com a mão normal, pegue e levante a OCP. Simultaneamente coloque o pé normal contra o calcanhar afetado para manter o sapato e a OCP unidos.



**Figura 11 – Passo a passo para vestir OCP (Parte 3).**

5. Não empurre ainda o calcanhar para dentro do sapato. Com a mão normal, pressione o joelho afetado para abaixo, para forçar o calcanhar para dentro do sapato, se a perna não tiver força suficiente.

6. Feche o velcro na panturrilha e feche os sapatos. A perna afetada pode ser colocada sobre um banquinho para pés para ajudar a alcançar os fechos do sapato.

7. Para fechar os sapatos, pode ser usada a técnica para fazer um laço com uma mão só; cadarços de elástico, sapatos com fecho de velcro, ou outros fechos para sapatos comercializados podem ser necessários se o paciente for incapaz de amarrar sapatos.

## **2º Método – Vestindo OCP:**

Os passos 1 e 2 são iguais ao posicionamento necessário para vestir calças.

1. Sente-se em uma poltrona estável ou cadeira de rodas com as rodas travadas.

2. Posicione a perna normal diante da linha média do corpo com o joelho em flexão de 90°. Usando a mão normal, incline-se para frente e segure o tornozelo da perna afetada, ou a meia à altura do tornozelo. Cruze a perna normal sobre a afetada.

3. Os fechos estão afrouxados e a língua do sapato está para trás, para permitir que a OCP entre no sapato; o fecho de velcro da órteses está aberto.

4. Com a mão normal, segure o calcanhar do sapato e encaixe os dedos do pé afetado e a perna. Quando os dedos estiverem dentro do sapato ajeite a parte de cima da OCP na panturrilha.

5. Puxe o calcanhar do sapato para o pé com a mão ou coloque o pé no chão, pressione o joelho e empurre o calcanhar para dentro do sapato.

6. Feche o velcro e feche ou amarre os sapatos.

### **Retirando a Órtese Calcanhar-Pé:**

#### **1ª Opção:**

1. Sentado, como se fosse colocar a OCP, cruze a perna afetada sobre a normal.
2. Abra os fechos e cadarços com a mão normal.
3. Empurre a órtese para baixo até que o sapato saia do pé.

#### **2ª Opção:**

1. Abra os fechos e cadarços.
2. Endireite a perna afetada colocando o pé normal atrás do calcanhar do sapato e empurrando a perna afetada para frente.
3. Empurre a órtese para baixo com a mão e ao mesmo tempo empurre o calcanhar da OCP para frente com o pé normal.

## CONCLUSÃO

Concluo que este trabalho atingiu os objetivos propostos, contribuindo para formação acadêmica da pesquisadora, ampliando seus conhecimentos enquanto aluna de Terapia Ocupacional para se tornar uma Terapeuta Ocupacional. Aprofundando um pouco na fisiopatologia do A.V.E e entendendo de que forma o Terapeuta Ocupacional pode colaborar na reabilitação deste paciente.

O vestuário, especificidade apontada neste trabalho, veio acrescentar o como o Terapeuta Ocupacional deve avaliar, orientar, a fim de que este paciente avance em qualidade de vida e independência, podendo deixar de ser visto como alguém incapaz ou até mesmo não pensante, talvez não compreendido por sua família e sociedade, mas voltando a se encaixar na sociedade que no primeiro momento nomeia o indivíduo pela sua vestimenta.

Hoje, estar inserido na sociedade também significa estar bem vestido. Antes da fala, o que desperta a atenção é o visual apresentado por cada um. Querendo ou não, a aparência é uma forma de comunicação que pode ser vista como respeitosa ou não. Esta fala que o vestir apresenta e representa deve ser entendida pelo Terapeuta Ocupacional.

O Terapeuta Ocupacional não só deve estar inteirado, ser conhecedor das consequências de uma lesão cerebral, mas também compreender o contexto do paciente, qual a linguagem de vestuário que ele utiliza enquanto um ser social, que precisa estar inserido dentro de sua família, seu círculo de amigos, o trabalho, a escola, qualquer meio porque seu meio de expressão também será o vestir, de acordo com o que foi citado Mendonça, (2008, apud BARROS, 2009, p.1):

“O Vestuário é uma singular forma de comunicação, embora sendo útil, principalmente para cobertura corporal. Dessa maneira, a vestimenta reflete os valores predominantes em determinada sociedade e sob esse aspecto, pode ser considerado, uma linguagem cuja significação é compartilhada por uma cultura, expressando o modo de pensar dominante e os costumes de um tempo histórico.”

A intervenção da Terapia Ocupacional no paciente pós-A.V.E abrange tanto as perdas sensoriais, cognitivas quanto motoras, portanto, quais serão as peças de vestuário a serem trabalhadas e orientadas para readequação, devem estar de acordo com aquilo que o paciente sente-se a vontade e que expresse um pouco de si.

O uso de calças e camisas que contém botões pode fazer parte das peças de vestuário de muitos trabalhadores que acabam por sofrer um A.V.E. O grande desafio para o Terapeuta Ocupacional pode ser orientar estes pacientes da forma mais clara e precisa possível de maneira a incentivá-lo a se vestir bem, o que favorecerá não somente para como se apresenta para outros ou para o trabalho, mas também para colaborar para sua autoestima. Se alguém está se sentindo bem vestido e confortável, consequentemente esta pessoa terá êxitos em outras áreas que possa apresentar limitações, como por exemplo, no trabalho.

Caso o indivíduo tenha voltado ao mercado de trabalho, deverá se apresentar de forma adequada e portanto, terá que ter um nível de independência para satisfazer suas necessidades pessoais. Supondo que esta pessoa esteja no trabalho, não tem ninguém para auxiliá-lo, esta deverá despir-se e vestir-se sozinha, não passará por constrangimento e não precisará de ajuda porque foi orientada a como abotoar os botões de suas peças de roupas ou então seus laços e assim, ter uma vida independente.

Desta forma é possível entender e compreender um pouco mais do que é ser Terapeuta Ocupacional. De que maneira este profissional poderá agregar qualidade de vida e independência em suas atividades de vida diária e vida prática.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBUQUERQUE, S.T. Acidente Vascular Encefálico. In: TEIXEIRA, E; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B.; OLIVEIRA, M. C. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. 1a ed. São Paulo: Roca, 2003.p333-377.

BARROS, A. Q.; RIBEIRO, T. C.; SILVA, E. A. A.; **O vestuário como forma de comunicação**. *XX Congresso Brasileiro de Economia Doméstica*, Fortaleza, set, 2009. Disponível em: [http://www.xxcbcd.ufc.br/arqs/gt10/gt10\\_14.pdf](http://www.xxcbcd.ufc.br/arqs/gt10/gt10_14.pdf). Acesso em 04 de novembro de 2012.

CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. Trabalho em Equipe. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C.: **Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.p35 e 36.

CREPEAU, E. B. Análise de Atividades: Uma forma de refletir sobre o desempenho ocupacional. In: **Terapia Ocupacional**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A, 2002.p 123.

CREPEAU, E. B; NEISTADT. M.E. Introdução à Terapia Ocupacional. In: **Terapia Ocupacional**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A, 2002.p 06.

CRUZ, D. M. C.; **Preditores da independência funcional nas atividades de vida diária pós-acidente vascular encefálico**. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, Set/Dez 2010, v. 18, n.3, p 275-286.

DAVIES, P. **Hemiplegia: tratamento para pacientes após AVC e outras lesões cerebrais**. 2ª Ed.Revista e ampliada. Barueri: Manole, 2008;

DAVIES, P.M. **Exatamente no Centro**. São Paulo, Manole, 1996.

DAVIES, P. M. **Passos a Seguir – Um manual para o tratamento da Hemiplegia no Adulto**. 1ª Ed. São Paulo: Manole, 1996.p.196.

DE MELO, T. Acidente Vascular Encefálico. In: TEIXEIRA, E; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B.; OLIVEIRA, M. C. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. 1a ed. São Paulo: Roca, 2003.p3-15.

EARLY, M.B. Processo de Terapia Ocupacional – Visão Geral. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Capacidades Práticas para Disfunções Físicas**. 5 ed. São Paulo: Roca, 2005.p.23-29.

FARIA, I. Neurologia Adulto In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C.: **Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.p187-191.

FOTI, D. Atividades da Vida Diária. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Capacidades Práticas para Disfunções Físicas**. 5 ed. São Paulo: Roca, 2005.p132-182.

GILLEN, G. Acidente Vascular Cerebral. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Capacidades Práticas para Disfunções Físicas**. 5 ed. São Paulo: Roca, 2005.p675-701.

JACOBS, K.; JACOBS, L. **Dicionário de Terapia Ocupacional: Guia de Referência**. 4ª edição. São Paulo: Roca, 2006.p.103.

JAMES, A.B; HOLM, M.B; ROGERS, J.C. Tratamento das Áreas de Desempenho Ocupacional. In: NEISTADT, M.E., CREPEAU, E.B. **Willard & Spackman Terapia Ocupacional**. 9ªed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.p.294-335.

KOHLMEYER, K. Avaliação dos Componentes de Desempenho. In: **Terapia Ocupacional**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A, 2002.p 203.

LOPES, R.E; LEÃO, A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações em saúde, 2002. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C.: **Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.p3

NEISTADT, M.E. Introdução a Avaliação e Entrevista. In: **Terapia Ocupacional**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A, 2002.p 137.

ROGERS, J.C; HOLM, M.B. Avaliação das Áreas de Desempenho Ocupacional. In: **Terapia Ocupacional**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A, 2002.p 167 -198.

SALIBA, V. A.; **Tradução e Adaptação Transcultural da Escala Motor Activity Log para Avaliação da Quantidade e Qualidade de uso do Membro Superior de Hemiplégicos**. Disponível em: [http://www.eef.ufmg.br/mreab/documentos\\_new/Dissertpdf/vivianesaliba.pdf](http://www.eef.ufmg.br/mreab/documentos_new/Dissertpdf/vivianesaliba.pdf). Acesso em 05 de abril 2012

TEIXEIRA, E. Atividades da Vida Diária. In: TEIXEIRA, E; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B.; OLIVEIRA, M. C. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. 1a ed. São Paulo: Roca, 2003.p194-218 e 197-202.

TREVISAN, C. M.; **Efeitos da Imagem Mental na Reabilitação da Função Motora do Membro Superior na Hemiplegia Após-Acidente Vascular Encefálico**. Disponível em: [http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2389/1/2007\\_ClaudiaMoraisTrevisan.PDF](http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2389/1/2007_ClaudiaMoraisTrevisan.PDF). Acesso em 11 abril 2012.