

**Terapia Ocupacional no tratamento da dor pós-acidente vascular encefálico: estudo de caso**  
**Occupational Therapy in the treatment of post-cerebrovascular accident pain: a case study**  
**Terapia Ocupacional en el tratamiento del dolor tras un accidente cerebrovascular: estudio de un caso**

 Crystian Moraes Silva Gomes<sup>1</sup>,  Kellen Valladão Schiavo<sup>1</sup>,  Aline Caus Zuqui<sup>1</sup>

Recebido: 10/03/2021 Aceito: 05/02/2022 Publicado: 15/12/2022

**Objetivo:** este estudo avalia os efeitos de um programa de terapia ocupacional na percepção da dor e no desempenho funcional de um paciente com dor neuropática pós-acidente vascular encefálico. **Método:** trata-se de um estudo de caso realizado entre 2018 e 2019 num Centro Especializado de Reabilitação com avaliações antes e após sessões de intervenções através de três instrumentos validados. **Resultados:** realizou-se 16 intervenções, alcançando-se diminuição da pontuação da *Escala Visual Analógica* (Pré=7/Pós=3), no *Score do Questionário de Dor McGill* (Pré=59/Pós=37) e no *Índice de Dor e Incapacidade no Ombro* (Dor Pré=94/Pós=48 e incapacidade - Pré=92,25/Pós=48,45). **Conclusão:** constatou-se que o programa de intervenção de terapia ocupacional promoveu a diminuição na percepção da dor, a redução de incapacidades e melhora do desempenho funcional.

**Descritores:** Terapia Ocupacional; Dor; Acidente Vascular Encefálico; Terapia por Estimulação Elétrica; Reabilitação.

**Objective:** this study evaluates the effects of an occupational therapy program on pain perception and functional performance of a patient with post-stroke neuropathic pain. **Methods:** this is a case study carried out between 2018 and 2019, in a Specialized Rehabilitation Center with pre and post intervention assessments using three validated instruments. **Results:** 16 interventions were carried out, achieving a decrease in the Visual Analog Scale score (Pre=7/Post=3), in the McGill Pain Questionnaire Score (Pre=59/Post=37) and, in the Shoulder Pain and Disability Index (Pain Pre=94/Post=48 and Disability - Pre=92.25/Post=48.45). **Conclusion:** it was found that the occupational therapy intervention program promoted a decrease in pain perception, reduced disability and improved functional performance.

**Descriptors:** Occupational Therapy; Pain; Stroke; Electric Stimulation Therapy; Rehabilitation.

**Objetivo:** este estudio evalúa los efectos de un programa de terapia ocupacional sobre la percepción del dolor y el desempeño funcional de un paciente con dolor neuropático tras un accidente cerebrovascular. **Método:** se trata de un estudio de caso realizado entre 2018 y 2019 en un Centro Especializado de Rehabilitación con evaluaciones antes y después de la sesión de intervención mediante tres instrumentos validados. **Resultados:** Se realizaron 16 intervenciones, llegando una disminución en la puntuación de la *Escala Visual Analógica* (Pre=7/Post=3), en la *Puntuación del Cuestionario de Dolor McGill* (Pre=59/Post=37) y en el *Índice de Dolor y Discapacidad de Hombro* (Dolor Pre=94/Post=48 y discapacidad - Pre=92,25/Post=48,45). **Conclusión:** se comprobó que el programa de intervención de terapia ocupacional promovió una disminución de la percepción del dolor, una reducción de la discapacidad y una mejora del desempeño funcional.

**Descriptores:** Terapia Ocupacional; Dolor; Accidente Cerebrovascular; Terapia por Estimulación Eléctrica; Rehabilitación.

Autor Correspondente: Crystian Moraes Silva Gomes – [crystian\\_salazar@hotmail.com](mailto:crystian_salazar@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) representa a principal causa de morte e incapacidade no Brasil, com relevante impacto econômico e social, visto que suas consequências geram enormes demandas de recursos em diagnóstico, tratamento e acompanhamento de reabilitação, configurando-se como um grave problema de saúde pública<sup>1</sup>. Aqueles que sobrevivem ao AVE normalmente experimentam sequelas neurológicas e complicações relacionadas, sendo a dor comum em pacientes crônicos, o que pode afetar sua qualidade de vida.

Considerada altamente incapacitante, a hemiplegia é a principal sequela do AVE, uma vez que leva a perda da seletividade de movimentos por predomínio da musculatura antagonista e prejudica a realização de atividades diárias, retorno ao trabalho e o convívio social, o que pode gerar sofrimentos emocionais e impactos negativos na recuperação global do paciente<sup>2</sup>. Síndromes dolorosas no ombro do paciente hemiplégico interferem diretamente no processo de reabilitação motora, dificultando a recuperação das funções ligadas à movimentação do membro superior acometido e das relações motoras indiretas, como mudança de decúbito e transferências posturais, e em várias atividades da vida diária e instrumentais da vida diária<sup>3</sup>.

A dor hemiplégica no ombro é multifatorial, e pode estar associada a lesão do tecido muscular e nervoso do ombro, a mecânica anormal das articulações e a hipersensibilidade nociceptiva central. Existem muitas etiologias postuladas para a dor no ombro após AVE, com forte associação entre dor e exame anormal da articulação do ombro, anormalidade sensorial ipsilateral e fraqueza do braço<sup>4</sup>.

As causas mais frequentes de dor crônica pós-AVE são: patologias musculoesqueléticas; omalgia do hemiplégico; dor relacionada com espasticidade; quadros de dor neuropática, sendo esta de caráter central ou do tipo síndrome dolorosa regional complexa de tipo I<sup>5</sup>. A dor neuropática como aquela causada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, é resultante da ativação anormal da via nociceptiva, representando um fator limitante da recuperação funcional<sup>5</sup>.

A dor é uma condição frequentemente desvalorizada e subdiagnosticada, exigindo estratégias de intervenção, pois indica um dos fatores de limitação da qualidade de vida e do potencial de recuperação funcional. Dessa forma, se caracteriza como uma das complicações mais importantes do AVE, que interfere nos cuidados de reabilitação e nas atividades da vida diária. A ocorrência de muitos sintomas e fatores para o seu desenvolvimento sugerem que essa

condição pode não se manifestar como uma entidade única, com características clínicas próprias, variando nos diferentes estágios do AVE<sup>6</sup>.

O terapeuta ocupacional analisa com o cliente as interações com o ambiente e as ocupações que precisam ou desejam realizar, buscando minimizar as barreiras no desenvolvimento das atividades do cotidiano, e visa restaurar a independência funcional nas atividades diárias, melhorando o desempenho de habilidades, como força muscular, amplitude de movimento, controle motor, cognição e através do ensino e desenvolvimento de estratégias compensatórias, quando a recuperação dos déficits nas áreas de desempenho não são possíveis de serem alcançadas<sup>7</sup>.

Muitos indivíduos pós-AVE apresentam alterações em suas capacidades físicas, cognitivas e emocionais que impactam significativamente o nível de independência nas atividades diárias. A terapia ocupacional possui como foco o auxílio a esses indivíduos para alcançar a saúde, bem-estar e a participação na vida, por meio do envolvimento em ocupações<sup>8</sup>. Neste contexto, estes profissionais podem utilizar uma variedade de técnicas e recursos terapêuticos baseados em evidências na reabilitação do paciente pós-AVE.

Apesar disso, dados do Relatório Mundial sobre a Deficiência<sup>9</sup> apontam que em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento existe suprimento inadequados de profissionais da área de ciências da reabilitação. O referido documento aponta para uma grave disparidade entre o quantitativo de terapeutas ocupacionais brasileiros em relação à taxa de 10 mil habitantes.

Um estudo transversal com 322 indivíduos Pós-AVE mostrou que a maioria (90,1%) relatou adoção de tratamentos para a dor após a lesão. O tratamento medicamentoso foi acessado por 79,8% dos participantes, as abordagens não medicamentosas foram utilizadas por 208 (64,6%), sendo a Fisioterapia a mais frequente (48,1%), seguida pela Terapia Ocupacional (15,5%); e que, apesar de evidências consolidadas sobre os efeitos positivos da terapia ocupacional no tratamento pós-AVE, grande parcela da população tem dificuldade de acesso a este profissional<sup>10</sup>.

No Brasil, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência institui os Centros Especializados de Reabilitação (CER) como pontos estratégicos na qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para os cuidados às pessoas pós-AVE<sup>1,11</sup>. Os CER são considerados o principal ponto de acesso aos serviços de terapia ocupacional na Atenção Especializada, destinados a esta população no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>11-12</sup>.

Assim, este estudo tem por objetivo avaliar os efeitos de um programa de terapia ocupacional na percepção da dor e no desempenho funcional de um paciente com dor neuropática pós-AVE.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso único, sendo adotado o design A-B, no qual A indica a fase inicial pré-intervenção e B a fase pós-intervenção. Utilizou-se a abordagem qualitativa para compreender as narrativas do paciente, seu histórico ocupacional e a participação familiar no processo de reabilitação, obtidas a partir das informações documentadas em prontuário, além da abordagem quantitativa, através da mensuração do quadro clínico durante o processo de reabilitação<sup>13</sup>.

Foram utilizados três instrumentos na avaliação das fases A e B, a saber:

(I) *Questionário de Dor McGill (MPQ)*<sup>14</sup>; desenvolvido para obter informações multidimensionais sobre a dor a partir da percepção subjetiva do respondente. O MPQ mensura a experiência da dor a partir de múltiplas dimensões: sensorial (dor, localização, intensidade, qualidade e padrão); afetivo (medo, depressão e ansiedade relacionados à dor); cognitiva (avaliação global da dor); e comportamental (agravo e alívio);

(II) *Índice de Dor e Incapacidade no Ombro (SPADI-Brasil)*<sup>15</sup>; desenvolvido para mensurar a dor no ombro e a funcionalidade para realizar as atividades da vida diária. Contém treze questões relacionadas à qualidade de vida associada às disfunções de ombro. As questões são pontuadas em escala de 0 a 10, em que zero indica a realização da atividade sem dificuldade e dez a incapacidade de realizar a atividade proposta. A pontuação máxima do questionário é de 130 pontos, divididos em duas medidas: escala de incapacidade com um total de 80 pontos e escala de dor com total de 50 pontos;

(III) *Escala Visual Analógica (EVA)*; O desconforto do paciente em relação à dor foi avaliado por meio deste instrumento unidimensional, que se utiliza do julgamento visual do indivíduo numa dimensão padronizada, através de uma linha horizontal com dez centímetros de comprimento, na qual na extremidade esquerda tem-se a classificação “leve” e na direita a classificação “intensa”. Para utilizar a EVA o avaliador questiona o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo que o número 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente.

Os critérios de elegibilidade do estudo foram apresentar diagnóstico de acidente vascular encefálico conforme o CID-10, possuir manifestação de dor neuropática, segundo descrição clínica mediante avaliação por médico fisiatra, e não apresentar outras comorbidades

associadas que pudessem influenciar a percepção da dor. Considerou-se na escolha do participante estar na lista de espera do serviço de Terapia Ocupacional da Unidade de Tratamento Neurológico do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo.

Foi estruturado o plano de tratamento terapêutico ocupacional, seguindo as orientações da *American Occupational Therapy Association*<sup>8</sup> e nos estudos de Krug & McCormack<sup>7</sup>, sendo adotados os seguintes procedimentos de intervenção:

I) *Uso de órtese*: foi confeccionada em termoplástico de baixa temperatura, uma órtese estática com apoio ventral para promover alinhamento, evitar deformidades e manter a posição funcional da mão direita, com orientação para uso noturno;

II) *Programa de exercícios físicos*: enfoque na funcionalidade dos membros superiores e no tronco enquanto componente importante para fornecer estabilidade corporal, mobilidade de ombro e função manual;

III) *Uso da Terapia por Estimulação Elétrica Funcional Otimizada (FES-O)*: usada na reabilitação pós-AVE para reeducação neuromuscular do membro superior e na redução da subluxação de ombro e da dor associada<sup>7</sup>. A estimulação foi aplicada para promover o controle da dor, sendo modulada nos parâmetros: frequência de 8 Hz, comprimento de onda de 300 us, on/off: 5:10 s, subida/descida: 1:1, com tempo de duração de vinte minutos;

IV) *Treino e estimulação da independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)*: devido à hemiplegia o treinamento do paciente envolveu o uso de estratégias compensatórias, buscando o controle motor para melhorar progressivamente o desempenho em tarefas específicas que incorporassem o aumento de movimentos proximais e distais durante as atividades de autocuidado, vestir e despir-se, ajustar e fechar as roupas e sapatos, colocar e retirar dispositivos pessoais; na mobilidade funcional mover-se de uma posição ou lugar para outro, e durante o desempenho de atividades, transferências e transporte de objetos. Em relação às AIVDs, foram trabalhados o engajamento no preparo de refeições e limpeza, e o estabelecimento e gerenciamento do lar;

V) *Planejamento do cotidiano para a realização de atividades de lazer*: foram trabalhados com o paciente e sua família o planejamento do tempo livre, a identificação dos interesses e as possibilidades de oportunidades de lazer apropriadas ao contexto;

VI) *Orientações Familiares*: ao longo do processo de acompanhamento de reabilitação foram desenvolvidas orientações sobre as dimensões fisiológicas, sensoriais, afetiva, cognitiva e comportamental da dor, sendo os familiares incentivados a conscientizar o paciente sobre posturas inadequadas, com instruções verbais, durante os exercícios e atividades domiciliares. Através de orientações e treinamento com o Terapeuta Ocupacional os familiares

compreenderam as habilidades do paciente, estimulando o engajamento do paciente em atividades no ambiente doméstico, e diminuindo ao longo do tratamento o nível de assistência física disponibilizada.

Os dados quantitativos dos instrumentos de avaliação foram analisados através de comparações entre os escores pré e pós-intervenção, realizadas no *software* Excel®. Já, os dados qualitativos foram organizados e apresentados de forma descritiva.

O desenvolvimento do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, recebendo o parecer de número 3.628.685 de 2019, sendo todas as etapas da pesquisa desenvolvidas sob as orientações das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional Saúde.

## RESULTADOS

O paciente em foco tinha 53 anos de idade, sem histórico de tabagismo ou etilismo, evangélico, casado há 30 anos, residindo com a esposa e um filho adulto. Teve AVE em dezembro de 2017 e na busca de reabilitação apresentava como sequela hemiplegia à direita. A queixa inicial se referia a hemiplegia e “extrema dor no membro superior direito”, acarretando prejuízo na funcionalidade, pelo fato de ser destro, e negligência do membro acometido.

Em relação às ocupações produtivas de estudo e trabalho, cursou o ensino superior e trabalhou como servidor público estadual, encontrando-se afastado desta ocupação pelo Instituto Nacional do Seguro Social. No momento da anamnese, relatou desempenhar poucas atividades, restringindo-se a assistir televisão com a esposa e a participação nos cultos da igreja, aos finais de semana. Quanto às atividades de descanso e dormir, foram relatadas queixas devido às dores no membro superior acometido, prejudicando a qualidade do sono. O programa de intervenção por sessão pode ser observado na Tabela 1.

O paciente foi acompanhado durante quatro meses totalizando 16 sessões de 50 minutos cada. Os dados coletados através da Escala Analógica Visual apresentaram diminuição na pontuação imediatamente após a intervenção terapêutica ocupacional (Pré = 7/Pós = 3). Também foram encontradas diferenças na percepção da intensidade da dor através do Questionário de Dor McGill: pré-intervenção 59 pontos e pós-intervenção 37 pontos, demonstrando alívio da dor, de acordo com a Tabela 2.

O SPADI-Brasil avalia a dor e a incapacidade associada em diferentes condições musculoesqueléticas dolorosas, específicas do complexo articular do ombro. O escore estandardizado total do instrumento apresentou uma redução nos valores, de acordo com as

respectivas funções descritas nos itens das escalas de incapacidade e dor, nas avaliações pré e pós-tratamento. O escore de incapacidade do membro superior direito passou de 96,25 para 48,45 pontos, e o escore de dor teve uma redução de 94 para 48 pontos, conforme Tabela 3.

**Tabela 1.** Procedimentos terapêuticos adotados por sessão. Vila Velha, 2019.

Sessão	Procedimentos
I	Anamnese, entrevista sobre histórico e perfil ocupacional, aplicação de avaliações padronizadas.
II	Confecção de Órteses. Programa de exercícios físicos. Orientações Familiares.
III, IV, V, VI	Programa de exercícios físicos. Terapia por Estimulação Elétrica. Orientações Familiares.
VII, VII, IX, X	Programa de exercícios físicos. Terapia por Estimulação Elétrica. Treino e estimulação da independência nas AVDs. Planejamento para a realização de atividades de lazer. Orientações Familiares.
XI, XII, XIII	Programa de exercícios físicos. Terapia por Estimulação Elétrica. Treino e estimulação da independência nas AVDs. Orientações Familiares.
XIV, XV	Programa de exercícios físicos. Treino e estimulação da independência nas AIVDs. Planejamento para a realização de atividades de lazer. Orientações Familiares.
XVI	Entrevista sobre mudanças no perfil ocupacional, reaplicação de avaliações padronizadas. Orientações Familiares.

**Tabela 2.** Questionário de dor McGill pré e pós-intervenção. Vila Velha, 2019.

	Questionário McGill (MPQ)	
	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Sensorial	32	22
Afetivo	11	5
Cognitivo	5	3
Comportamental	11	7
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>37</b>

**Tabela 3.** Índice de dor e incapacidade no ombro pré e pós-intervenção, conforme SPADI-Brasil. Vila Velha, 2019.

Índice de Dor e Incapacidade no Ombro (SPADI-Brasil)		
Escala de Incapacidade	Pré-intervenção	Pós-intervenção
1. Lavar seu cabelo com o braço afetado?	10	5
2. Lavar suas costas com o braço afetado?	10	6
3. Vestir uma camisa ou blusa pela cabeça?	9	2
4. Vestir uma camisa que veste pela frente?	8	0
5. Vestir suas calças?	10	2
6. Colocar algo em uma prateleira alta com o braço afetado?	10	8
7. Carregar algo pesado de 5 kg com o braço afetado?	10	8
8. Retirar algo do seu bolso de trás com o braço afetado?	10	8
<b>Total</b>	<b>96,25</b>	<b>48,45</b>
Escala de Dor		
1. Qual a intensidade da sua dor quando esteve pior na semana passada?	8	4
2. Quando se deitou em cima do lado afetado?	9	5
3. Quando tentou pegar algo em uma prateleira alta com o braço afetado?	10	7

4. Quando tentou tocar a parte de trás do pescoço com o braço afetado?	10	3
5. Quando tentou empurrar algo com o braço afetado?	10	5
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>48</b>

## DISCUSSÃO

Este estudo avaliou os efeitos de um programa de terapia ocupacional na percepção da dor e no desempenho funcional de um paciente com dor neuropática pós-AVE, acompanhado em um Centro Especializado de Reabilitação. Compreendemos que o processo de acompanhamento de reabilitação requer não só o domínio de recursos e técnicas, mas também da capacidade de investigação, de escuta qualificada e humanizada, e da avaliação acurada e global do paciente.

Definir a dor é enfrentar uma questão complexa em função de sua subjetividade, e sua mensuração deve ser realizada de maneira sistemática, contínua e registrada de forma detalhada, visando à compreensão da etiologia do quadro algico, o direcionamento e a eficácia do tratamento. No referido estudo de caso, a utilização de instrumentos padronizados possibilitou ao paciente expressar suas percepções de forma mais objetiva e facilitou a comunicação entre o terapeuta ocupacional, o paciente e os familiares. A partir da entrevista inicial e da administração dos instrumentos foram analisadas a percepção e repercussão da dor na vida social, econômica e familiar do paciente, além de identificar as incapacidades funcionais pós-AVE.

Durante a entrevista sobre o histórico e perfil ocupacional e da avaliação pré-intervenção, foram observados no paciente comportamento de labilidade emocional, introspecção e insegurança diante da dor, além de postura corporal de proteção em relação ao posicionamento do membro superior direito. Familiares reportaram preocupação com a saúde mental do paciente. A dor promove desconforto emocional, resultando em experiências emocionais desagradáveis, muitas vezes associadas a processos depressivos<sup>15</sup>.

A família do paciente foi orientada sobre a experiência dolorosa a partir de suas dimensões fisiológicas, sensoriais, afetiva, cognitiva e comportamental, reforçando-se a importância da adoção de estratégias de suporte emocional e de encorajamento do paciente, através de atitudes de enfrentamento positivas. Um estudo desenvolvido com sujeitos um ano pós-AVE, sugere que a dor influencia significativamente nas mudanças comportamentais e de estilo de vida do paciente, sendo a garantia do suporte emocional e familiar uma estratégia efetiva para lidar com estressores, diminuindo sintomas de depressão, porque ajudam a melhorar a percepção do bem-estar psicossocial do paciente<sup>16</sup>. Além disso, o suporte emocional

está diretamente relacionado a estratégias adaptativas de autoeficácia para o enfrentamento desta condição de saúde<sup>17</sup>.

Durante todo o acompanhamento, o terapeuta ocupacional incentivou o paciente a expressar verbalmente seus sentimentos em relação à dor para não haver somatização, promovendo explicações psicoeducacionais para cada sintoma e conscientizando de que suas emoções podem causar sintomas dolorosos reais, sendo a desinformação um fator negativo para a adesão ao tratamento e para o surgimento da ansiedade. Estratégias psicoeducacionais devem ser utilizadas com o paciente e seus familiares na modificação de atitudes disfuncionais, com o objetivo de fornecer suporte para o aumento de sentimentos de autocontrole, e a adoção de estratégias de enfrentamento positivas para redução da percepção de desamparo, da incapacidade, depressão e da intensidade da dor<sup>18</sup>.

Pacientes pós-AVE com negligência unilateral possuem tendência a evitar o uso de seus braços, aumentando o risco de trauma do ombro devido à falta de cuidados e posicionamento adequados<sup>2</sup>. Terapeutas ocupacionais utilizam vários métodos preparatórios como parte das sessões de tratamento para capacitar os clientes para o desempenho ocupacional e na participação nas ocupações<sup>19</sup>.

Neste estudo foram utilizadas várias abordagens no controle motor pós-AVE, sendo a seleção dessas abordagens influenciada pelas necessidades do paciente, pela experiência clínica do profissional e por evidências científicas. O uso da órtese aliada ao programa de exercícios físicos e o protocolo de estimulação elétrica funcional otimizado proporcionaram o tratamento de déficits no controle motor. A redução do tônus muscular e aumento da amplitude de movimento permite o aperfeiçoamento da capacidade de uso dos membros superiores durante o desempenho funcional em atividades<sup>7</sup>.

Um aspecto relevante no acompanhamento deste caso foi a possibilidade de uso da estimulação elétrica funcional, gerando contrações nas musculaturas paralisadas que, ao se contraírem, produzem movimento que pode ser utilizado funcionalmente, para aumentar a participação em atividades voluntárias<sup>20</sup>. Um trabalho demonstrou eficácia superior da combinação da estimulação elétrica funcional aliada a sessões de terapia ocupacional na recuperação motora pós-AVE, quando comparado a sessões convencionais, sem eletroestimulação<sup>19</sup>.

O uso da estimulação, associado ao treino baseado em tarefas diárias, centrado no cliente e nas ocupações, pode favorecer o uso funcional dos membros superiores em pacientes pós-AVE<sup>21</sup>. A utilização do FES-O proporciona aumento da força muscular isométrica de extensores de punho e redução do tônus muscular espástico<sup>22</sup>.

Os resultados da escala de incapacidade do SPADI-Brasil revelaram que na maior parte dos itens avaliados houve melhora funcional do membro acometido na avaliação pós-intervenção. A diminuição da função motora, da propriocepção e do tato aliados à negligência são fatores preditores de dor no ombro pós-AVE, sendo o aumento da função motora negativamente relacionada à prevalência de dor no membro acometido<sup>3</sup>. Após a intervenção houve diminuição do quadro álgico e reeducação motora, evoluindo para um quadro de hemiparesia, com uso do potencial residual distal do membro superior direito, passando a incluí-lo nas atividades de vida diária.

A terapia ocupacional auxilia os pacientes a progredirem de uma postura passiva promovida pela dependência e dor para um papel mais independente e produtivo, com maior controle e qualidade de vida<sup>15</sup>. Através do planejamento da rotina, foram selecionadas atividades a serem realizadas no ambiente doméstico, utilizando estratégias compensatórias para o engajamento nas AVDs e AIVDs. Além disso a identificação do jogo de xadrez como um recurso terapêutico para exploração de novos hobbies, o desenvolvimento de atividades físicas diárias como caminhada e alongamento na comunidade, em torno do domicílio, e atividades de lazer familiares, demonstraram-se fundamentais no controle do estresse e no treinamento de habilidades de enfrentamento pelo paciente. Pacientes com dor podem vivenciar um desequilíbrio ocupacional por desenvolverem escassas atividades que lhes forneçam energia e alegria, sendo as estratégias de enfrentamento soluções cotidianas que os pacientes usam para administrar a vida e a dor crônica ao mesmo tempo<sup>23</sup>.

No presente caso, o sujeito apresentou redução na percepção da dor em todos os seus domínios, refletido em sua pontuação total antes e após a intervenção, mensurados através da EVA, MPQ e da Escala de Dor do SPADI-Brasil. Inicialmente o paciente apresentava restrição nas atividades ocupacionais, reduzindo-as a assistir televisão e participação nos cultos da igreja aos finais de semana. A dor crônica e as ocupações estão diretamente relacionadas; um aumento na dor resulta em diminuição do engajamento ocupacional e o aumento do engajamento ocupacional resultou em menos dor<sup>18</sup>.

Pacientes com dor neuropática podem expressar reações emocionais negativas por causa desta experiência, que impacta diretamente seu cotidiano. Programas domiciliares para indivíduos pós-AVE, com foco na função dos membros superiores, no ganho de amplitude de movimento e fortalecimento muscular são relevantes para incorporar os objetivos e interesses do paciente, como estratégias para criar significado no contexto doméstico<sup>24</sup>.

Abordagens como a visita domiciliar permitem avaliar o paciente em seu ambiente usual, facilitando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da situação em casa e na

comunidade, aumentando a capacidade funcional, além de possibilitar orientações e adaptações ambientais para prevenção de riscos físicos, como queda.

## CONCLUSÃO

A presença de dor desencoraja os pacientes a participarem de programas de reabilitação, podendo ainda interferir de forma significativa em seu cotidiano e qualidade de vida. O protocolo de tratamento utilizado neste trabalho mostrou-se eficaz na redução da dor e das incapacidades funcionais no indivíduo pós-AVE. Constataram-se melhorias importantes nas avaliações realizadas no pós-intervenção, nas dimensões sensorial, afetiva, cognitiva e comportamental da dor e nas incapacidades funcionais, além da aquisição de habilidades motoras no membro superior direito.

O presente estudo de caso apresentou como limitação metodológica a impossibilidade de realização de visita domiciliar ao paciente, por inflexibilidade na organização da rotina institucional durante o período de acompanhamento. A realização de visitas domiciliares constitui um importante elemento de prática dos terapeutas ocupacionais, por isso acreditamos que tal procedimento, além dos benefícios citados, poderia oportunizar ao paciente a prática das técnicas e orientações exercidas no ambiente de reabilitação em sua própria casa.

Embora o estudo de caso único viabilize examinar cuidadosamente os efeitos da intervenção e com considerável detalhamento, seu desenho limita a generalização dos resultados para uma ampla população. São necessárias novas pesquisas com maior número amostral, com a utilização de grupos-controles. Acrescenta-se a importância do acompanhamento longitudinal do caso, para o monitoramento da permanência dos ganhos funcionais observados após a intervenção.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2016 [citado em 14 ago. 2020]. 74p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf)
2. Caglar NS, Akin T, Aytekin E, Komut EA, Ustabasioglu F, Okur S, et al. Pain syndromes in hemiplegic patients and their effects on rehabilitation results. *J Phys. Ther Sci.* [internet]. 2016 [citado em 14 ago. 2020]; 28(3):731-37. DOI: <https://doi.org/10.1589/jpts.28.731>
3. Lindgren I, Lexell J, Jönsson A-C, Brogårdh C. Left-sided hemiparesis, pain frequency, and decreased passive shoulder range of abduction are predictors of long-lasting poststroke shoulder pain. *PM&R* [internet]. 2012 [citado em 14 ago. 2020]; 4(8):561-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.04.007>
4. Gamble GE, Barberan E, Laasch HU, Bowsher D, Tyrrell PJ, Jones AK. Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke. *Eur J Pain (Lond.)*. [internet]. 2002 [citado em 14 ago. 2020]; 6(6):467-74. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00055-1](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00055-1)

5. Gaspar AT, Antunes F. Dor crônica após acidente vascular cerebral. *Sinapse*. 2010 [citado em 14 ago. 2020]; 10(2):38-44. Disponível em: [http://cgmdesign.fatcow.com/spn/pdf/Sinapse/Sinapse\\_Vol10\\_N2\\_Nov10.pdf#page=40](http://cgmdesign.fatcow.com/spn/pdf/Sinapse/Sinapse_Vol10_N2_Nov10.pdf#page=40)
6. Torres-Parada M, Vivas J, Balboa-Barreiro V, Marey-López J. Post-stroke shoulder pain subtypes classifying criteria: towards a more specific assessment and improved physical therapeutic care. *Braz J Phys Ther. (Impr.)*. [internet]. 2019 [citado em 14 ago. 2020]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.02.010>
7. Krug G, McCormack G. Occupational therapy: evidence-based interventions for stroke. *Mo Med*. 2009 [citado em 14 ago. 2020]; 106(2):145-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19397116/>
8. American Occupational Therapy Association. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. *Rev Ter Ocup USP [Internet]*. 2015 [citado 14 ago. 2020]; 26(esp):1-49. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49>.
9. World Health Organizaton, World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência [Internet]. Trad Lexicus Serv Linguíst. São Paulo: Governo do Estado (São Paulo), Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2012 [citado em 13 dez. 2022]. p.99. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/9788564047020\\_por.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/9788564047020_por.pdf)
10. Haslam BS, Butler DS, Kim AS, Carey LM. Chronic pain following stroke: Current treatment and perceived effect. *Disability and Health J [internet]*. 2020 [citado em 14 ago. 2020]; 100971 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100971>
11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet] D.O.U., Brasília, DF; 2012; [citado em 14 ago. 2020]. 94-95p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
12. Campos MF, Souza LADP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface comun. saúde educ*. 2015 [citado em 13 dez. 2022]; 19: 207-210. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>
13. Deitz JC. Single-Subject Research. In: Kielhofner G, organizador. *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia: FA Davis Company; 2006 [citado em 13 dez. 2022]. p.141-154.
14. Ngamkham S, Vincent C, Finnegan L, Holden JE, Wang ZJ, Wilkie DJ. The McGill Pain Questionnaire as a multidimensional measure in people with cancer: an integrative review. *Pain manag. nurs.* [internet]. 2012 [citado em 14 ago. 2020]; 13(1):27-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.12.003>
15. Martins J, Napoles BV, Hoffman CB, Oliveira AS. Versão brasileira do Shoulder Pain and Disability Index: tradução, adaptação cultural e confiabilidade. *Braz J Phys Ther*. 2010 [citado em 14 ago. 2020];14(6):527-36. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-574786>
16. Reverté-Villarroya S, Suñer-Soler R, Font-Mayolas S, Dávalos Errando A, Sauras-Colón E, Gras-Navarro A, et al. (2021). Influence of Pain and Discomfort in Stroke Patients on Coping Strategies and Changes in Behavior and Lifestyle. *Brain Sci*. 2021 [citado em 13 dez. 2022]; 11(6): 804. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci11060804>
17. Minshall C, Ski CF, Apputhurai P, Thompson DR, Castle DJ, Jenkins Z, et al. Exploring the Impact of Illness Perceptions, Self-efficacy, Coping Strategies, and Psychological Distress on Quality of Life in a Post-stroke Cohort. *J. Clin. Psychol. Med. Settings*. 2020 [citado em 13 dez. 2022]; 28(1), 174-180. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09700-0>
18. Strong J. Incorporating cognitive-behavioral therapy with occupational therapy: a comparative study with patients with low back pain. *J Occup Rehabil*. 1998 [citado em 14 ago. 2020];8(1):61-71. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Incorporating-Cognitive-Behavioral-Therapy-with-A-Strong/dcb2c3dc78758cf5f62af7e8f34d6807bdcd1>
19. Law LL, Fong KN, Li RK. Multisensory stimulation to promote upper extremity motor recovery in stroke: A pilot study. *Br. j. occup. ther.* [internet]. 2018 [citado em 14 ago. 2020]; 81(11):641-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/0308022618770141>
20. Marquez-Chin C, Popovic MR. Functional electrical stimulation therapy for restoration of motor function after spinal cord injury and stroke: a review. *Biomed. eng. online*. [internet]. 2020 [citado em 13 dez. 2022];19(1):1-25. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12938-020-00773-4>

21. Hermann VH, Herzog M, Jordan R, Hofherr M, Levine P, Page SJ. Telerehabilitation and electrical stimulation: An occupation-based, client-centered stroke intervention. *Am. j. occup. ther.* [internet]. 2010 [citado em 13 dez. 2022];64(1):73-81. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.64.1.73>
22. Oshiro SH, Oliveira CL, Bim ACS, Oliveira GSR, Riberto M. Estimulação elétrica funcional otimizada em pacientes com hemiparesia por doença cerebrovascular. *Acta Fisiátr.* [internet]. 2012 [citado em 13 de dez. de 2022];19(1):46-9. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103684>
23. Skjutar Å, Schult ML, Christensson K, Müllersdorf M. Indicators of need for occupational therapy in patients with chronic pain: occupational therapists' focus groups. *Occup Ther Int.* [internet]. 2010 [citado em 14 ago. 2020];17(2):93-103. DOI: <https://doi.org/10.1002/oti.282>
24. Donoso Brown EV, Fichter R. Home programs for upper extremity recovery post-stroke: a survey of occupational therapy practitioners. *Top Stroke Rehabil.* [internet]. 2017 [citado em 14 ago. 2020];24(8):573-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/10749357.2017.1366013>

**Editor Associado:** Víctor Augusto Cavaleiro Corrêa.

**Conflito de Interesses:** os autores declararam que não há conflito de interesses.

**Financiamento:** não houve.

#### CONTRIBUIÇÕES

**Crystian Moraes Silva Gomes** e **Aline Caus Zuqui** contribuíram na concepção, obtenção e análise dos dados, redação e revisão. **Kellen Valladão Schiavo** participou na redação e revisão

#### Como citar este artigo (Vancouver)

Gomes CMS, Schiavo KV, Zuqui AC. Terapia Ocupacional no tratamento da dor pós-acidente vascular encefálico: estudo de caso. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado em inserir dia, mês e ano de acesso]; 10(4):825-37. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

#### Como citar este artigo (ABNT)

GOMES, C. M. S.; SCHIAVO, K. V.; ZUQUI, A. C. Terapia Ocupacional no tratamento da dor pós-acidente vascular encefálico: estudo de caso. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 4, p. 825-37, 2022. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

#### Como citar este artigo (APA)

Gomes, C.M.S., Schiavo, K.V., & Zuqui, A.C. (2022). Terapia Ocupacional no tratamento da dor pós-acidente vascular encefálico: estudo de caso. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(4), 825-37. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons