



**INSTITUTO
FEDERAL**
Rio de Janeiro

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Campus Realengo

Bacharelado em Terapia Ocupacional

Victória Venâncio Bastos

**ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM UM
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Rio de Janeiro

2022

VICTÓRIA VENÂNCIO BASTOS

A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM UM CENTRO DE TERAPIA
INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Federal do
Rio de Janeiro, como requisito parcial
para a obtenção do grau de Bacharel
em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Márcia Regina
de Assis

Rio de Janeiro

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.

Elaborada por Karina Barbosa dos Santos

Bibliotecária - CRB 7 n° 6212

B327a Bastos, Victória Venâncio
Atuação da Terapia Ocupacional em um Centro de Terapia
Intensiva : relato de experiência / Victória Venâncio Bastos - Rio de
Janeiro, 2022.
24 f. ; 29,7 cm.

Orientação: Márcia Regina de Assis.

Trabalho de conclusão de curso (graduação), Bacharelado em
Terapia Ocupacional, Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Rio de Janeiro, Campus Realengo, 2022.

1. Terapia Ocupacional . 2. Centro de terapia intensiva. 3.
Hospitalização . I. Assis, Márcia Regina de, **orient.** II. Instituto
Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. III.
Título.

VICTÓRIA VENÂNCIO BASTOS

A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM UM CENTRO DE TERAPIA
INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

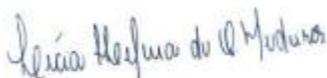
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Federal do Rio
de Janeiro, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em Terapia
Ocupacional.

Aprovado em 02/08/2022

Banca Examinadora



Prof^ª. Márcia Regina de Assis (Orientadora)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRJ)



Prof^ª. Lícia Helena de Oliveira Medeiros (membro interno)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRJ)



Prof^ª. Marcelle Carvalho Queiroz Graça (membro interno)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRJ)



Prof^ª. Caciana da Rocha Pinho (membro suplente)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRJ)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à minha mãe, pelo amor incondicional que se demonstra nos detalhes do cotidiano.

Ao meu avô, por não medir esforços pela minha felicidade e formação.

À Thaynara, pela irmandade e pela presença de todos os dias mesmo com a distância física.

Ao meu parceiro, Pedro, pela doçura, compreensão e incentivo para que eu alcance voos cada vez mais altos.

À Eduarda, preceptora do estágio aqui relatado, pelos ensinamentos práticos e éticos; sem ela essa experiência não teria sido tão rica. À Ângela, colega de formação e de estágio, pelo carinho e pelas partilhas semanais.

A todos os pacientes que tive o prazer de atender nestes sete meses de estágio. Aos que se foram e aos que permaneceram conosco. Cada um fez dessa experiência algo para além de mero aprendizado teórico. Agradeço todas as palavras de carinho, todo o reconhecimento, confiança e pela oportunidade de ter crescido como futura profissional, mas principalmente como ser humano.

RESUMO

O ambiente de internação hospitalar, sobretudo os Centros de Terapia Intensiva (CTI), são espaços de atendimento a pacientes críticos com equipamentos de alta complexidade. Requerem uma equipe multidisciplinar qualificada, incluindo o terapeuta ocupacional, a fim de prevenir e minimizar as repercussões físicas, cognitivas, emocionais, sensoriais e sociais causadas pela doença e pelo período de hospitalização, que podem refletir na participação e desempenho nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Este trabalho tem como objetivo evidenciar as particularidades da atuação da terapia ocupacional em um CTI, tendo as experiências de estágio como norteadoras, bem como explicitar as potencialidades e os desafios encontrados durante a prática. Este estudo trata-se de um relato de experiência de um estágio realizado em um CTI da rede pública do Rio de Janeiro, na área de terapia ocupacional, durante os meses de maio a dezembro de 2021. Estes dados foram obtidos a partir do quantitativo mensal, trimestral e semestral dos atendimentos e indicou que os procedimentos de maior frequência da terapia ocupacional foram escuta, orientação e posicionamento no leito, que chegaram a aumentar em cerca de 50% com a chegada de duas estagiárias. As experiências aqui descritas possibilitaram pensar criticamente na atuação da terapia ocupacional, observar e aprender sobre os processos de trabalho dentro de um CTI e desenvolver reflexões diversas sobre humanização, valorização profissional e trabalho em equipe multidisciplinar. Espera-se que esse trabalho possibilite melhor compreensão do papel da terapia ocupacional na terapia intensiva e desperte interesse em outros acadêmicos sobre a área hospitalar.

Palavras-chaves: Terapia ocupacional. Centro de terapia intensiva. Hospitalização.

ABSTRACT

The hospital inpatient environment, especially the Intensive Care Centers (ICU), are spaces for the care of critical patients with highly complex equipment. They require a qualified multidisciplinary team, including the occupational therapist, in order to prevent and minimize the physical, cognitive, emotional, sensory and social repercussions caused by the disease and the period of hospitalization, which may reflect on participation and performance in activities of daily living and instrumental activities. of daily life. This work aims to highlight the particularities of Occupational Therapy performance in an ICU, having the internship experiences as guides, as well as explaining the potential and challenges encountered during the practice. This study is an experience report of an internship carried out in an ICU of the public network of Rio de Janeiro, in the area of Occupational Therapy, during the months of May to December 2021. These data were obtained from the monthly quantitative , quarterly and half-yearly, and indicated that the most frequent occupational therapy procedures were listening, orientation and positioning in bed, which increased by about 50% with the arrival of two interns. The experiences described here made it possible to think critically about the performance of occupational therapy, to observe and learn about the work processes within an ICU and to develop diverse reflections on humanization, professional valorization and multidisciplinary teamwork. It is hoped that this work will enable a better understanding of the role of occupational therapy in intensive care and arouse interest in other academics in the hospital area.

Keywords: Occupational therapy. Intensive care centers. Hospitalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP Área programática

AVD Atividades de vida diária

AIVD Atividades instrumentais de vida diária

CREFITO Conselho regional de fisioterapia e terapia ocupacional

CTI Centro de terapia intensiva

CTQ Centro de tratamento de queimados

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

OSS Organização social de saúde

PNH Política nacional de humanização

PNHAH Política nacional de humanização da assistência hospitalar

TCE Traumatismo cranioencefálico

TO Terapia ocupacional

UTI Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	CONTEXTO SOCIOECONÔMICO.....	10
3	TERAPIA OCUPACIONAL NA TERAPIA INTENSIVA.....	11
4	OS PERCALÇOS DA PRÁTICA.....	14
4.1	RECURSOS HUMANOS.....	16
4.2	HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO.....	18
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
6	REFERÊNCIAS.....	23

1. INTRODUÇÃO

A oportunidade de vivenciar uma experiência de estágio é, sobretudo na área da saúde, determinante na promoção das competências profissionais e pessoais no que diz respeito ao desenvolvimento da autonomia profissional, à análise crítica da interação entre teoria e prática e na garantia de experiências que permitam evidenciar a realidade a ser vivida no campo (CAIRES, 2000). Sabendo disso, a fim de destacar a importância da atuação prática, o presente trabalho refere-se a um relato de experiência de uma acadêmica de terapia ocupacional durante um estágio não obrigatório fomentado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A participação no estágio em questão, denominado Acadêmico Bolsista, permite ao discente de diversos cursos a atuação na atenção primária, hospitalar ou saúde mental. A área escolhida no estágio relatado neste trabalho foi atenção hospitalar, sendo realizado em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital público da rede municipal do Rio de Janeiro, durante o período de maio de 2021 a dezembro de 2021.

Um CTI pode ser definido como um conjunto de duas ou mais Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em um único espaço físico (BRASIL, 2010), sendo ambientes de atendimento de alta complexidade que acolhem pacientes críticos que requerem monitorização contínua, equipamentos tecnológicos e uma equipe multidisciplinar qualificada para atender a situações específicas, inclusive com a presença de terapeutas ocupacionais (OKUMA et al., 2017). Sabendo que a hospitalização pode ser um fator determinante para o paciente, no que diz respeito à ruptura em seu cotidiano e papéis ocupacionais (CAZEIRO, 2010), torna-se fundamental a inserção da terapia ocupacional (TO) no cuidado a pacientes críticos em UTI e CTI, a fim de prevenir e minimizar os danos causados pela doença e pelo período de hospitalização, que podem repercutir na participação e desempenho nas atividades de vida diária (AVD's) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) (OKUMA et al, 2017).

Por isso, este relato tem como objetivo evidenciar as particularidades da atuação da terapia ocupacional em um CTI, tendo as experiências de estágio como norteadoras, bem como explicitar as potencialidades e os desafios encontrados durante a prática.

2. CONTEXTO SOCIOECONÔMICO

O hospital localiza-se em uma área programática (AP) da zona oeste da cidade, cujo grau de desenvolvimento socioeconômico é inferior, quando comparado ao restante do município, segundo publicação oficial do governo municipal. O índice de desenvolvimento humano (IDH) do bairro onde se encontra o hospital foi considerado o pior quando comparado aos outros dois bairros da mesma AP. A região administrativa possuía, em 2004, 114 loteamentos irregulares e 33 favelas, com uma população estimada em 140 mil habitantes nestas áreas, o que corresponde a 45% do total da população. O bairro também apresentou a menor renda de toda a AP e quanto aos anos de estudo ficou em penúltimo lugar, com 5,1 anos, enquanto a média do município era de 6,8 anos de estudo (RIO DE JANEIRO, 2011). Diante disso, é possível realçar o primeiro enfrentamento da realidade no campo: o perfil da maioria dos pacientes, comumente atendidos pela terapia ocupacional, no setor pode ser exemplificado por pessoas de baixa renda e escolaridade, com idade elevada e que são frequentemente oriundas de comunidades nas redondezas da instituição, o que implica em um elevado número de casos de traumas por violência, perfurações por armas de fogo e armas brancas, além de intercorrências devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Este perfil populacional, relacionado às adversidades financeiras e estruturais de uma instituição hospitalar pública tornaram-se o primeiro desafio do cenário de um estágio hospitalar, sobretudo em um CTI.

Era frequente, por exemplo, os pacientes que, enfrentando quadros gravíssimos, preocupavam-se com as contas que se acumulavam em casa durante a internação ou como a família conseguiria sobreviver sem a renda principal, que nestes casos era provida pelo próprio paciente hospitalizado. Esse exemplo ilustra como uma situação de vulnerabilidade social pode produzir sofrimento até em momentos de grande vulnerabilidade clínica.

Embora desafiante, a vivência de atuar em um hospital público em um território de vulnerabilidade socioeconômica possibilitaram aprendizados para além das técnicas de trabalho da terapia ocupacional. Reflexões éticas faziam parte do dia-a-dia como estagiária, uma vez que era o primeiro contato com situações tão complexas e que requeriam intervenções bem planejadas e sempre pautadas na

ética profissional ao lidar com o outro. O entendimento sobre a repercussão da realidade do território nos papéis ocupacionais dos pacientes admitidos na UTI foi de extremo valor em minha formação, pois viabilizou a conexão entre prática e teoria, além de compreender sua importância no planejamento pós-alta desses pacientes. Apesar dos desafios, enxergo nessa experiência a potencialidade de preparação para futuras ações como profissional, que certamente não praticaria em outro campo senão em um estágio hospitalar; a sensibilidade para lidar com estes casos desenvolve-se apenas com a prática, sempre acompanhada das orientações do profissional preceptor-supervisor.

3. TERAPIA OCUPACIONAL NA TERAPIA INTENSIVA

O ambiente de terapia intensiva, por comportar casos graves e que oferecem risco às funções vitais, necessita de aparatos que garantam a manutenção da vida em nível cardíaco, pulmonar, neurológico e renal; eletrodos para monitorização cardíaca contínua, bombas infusoras para medicação e hidratação, métodos invasivos de monitorização da pressão arterial, cateteres vesicais, acesso venoso central, ventiladores mecânicos que produzem ruído constante, máquinas para hemodiálise e outros. Em consonância, a literatura aponta a UTI como importante agente na produção de condições estressantes, como “dor e outros desconfortos, falta de orientação no tempo e espaço, mudança na rotina diária, alteração do sono, ambiente com muitos ruídos, iluminação artificial” (OKUMA *et al.*, 2017, p. 575), bem como dificuldades de comunicação, seja por fatores clínicos da patologia, pela necessidade de ventilação mecânica ou pelo uso de sedação.

O suporte ventilatório, por exemplo, esteve presente na grande maioria das admissões na UTI. Durante o período de uso da ventilação mecânica invasiva o paciente permanece sedado, de modo que a movimentação ativa, a interação com o ambiente, os estímulos sensoriais, a comunicação e uma série de outros aspectos fisiológicos, sensoriais, funcionais e sociais acabam prejudicados. Devido à limitação na movimentação ativa, um quadro de contraturas e deformidades musculoesqueléticas pode afetar pacientes restritos ao leito, além de ser comum o surgimento de lesões por pressão em proeminências ósseas como na região sacral, maléolos, joelho, cotovelos, escápulas e calcâneos. Apesar das questões físicas demandarem importantes intervenções, os aspectos emocionais e cognitivos

também são alvo de atuação terapêutica. Segundo Tobar (2017), grande parte dos pacientes internados em UTI apresentam prejuízos cognitivos na memória, atenção e funções executivas que podem permanecer por anos pós-alta. Portanto, a terapia ocupacional se insere na terapia intensiva através de:

ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção e reabilitação do paciente, a fim de se prevenirem deformidades, disfunções e agravos físicos e/ou psicossociais e afetivos, e de modo a promover o desempenho ocupacional e a qualidade de vida do indivíduo (BOMBARDA et al., 2016).

É a partir da mobilização precoce, oferecida por uma equipe multidisciplinar, que as condições pós-alta tornam-se favoráveis e o paciente é capaz de retomar sua independência no cotidiano (BARBOSA, 2017).

No CTI do hospital cada profissional da equipe multidisciplinar dispunha de uma avaliação e evolução próprias da instituição, que eram anexadas ao prontuário de maneira eletrônica. Esses documentos foram produzidos pela coordenação multidisciplinar em parceria com uma terapeuta ocupacional. A avaliação da terapia ocupacional incluía aspectos gerais, emocionais e físicos, dependência e independência em AVD's e um local destinado para o preenchimento de um plano de intervenção, que devia conter os procedimentos e frequência semanal. Apesar de generalista, entendo que a avaliação do hospital não era suficiente para alcançar todos os aspectos necessários, além de não haver itens distintos para o CTI e o Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), setores onde a T.O. estava inserida. É realmente necessário incluir o nível de independência em atividades como o vestir-se e nas eliminações vesicais se no CTI todos vestiam apenas aventais e usavam sondas e fraldas? E se este item consta na avaliação, não significa que esta prática deveria estar presente no CTI? Isso me leva a outra questão: por que o uso de fraldas era obrigatório, mesmo em pacientes com independência suficiente para usar comadre e papagaio? Ainda no processo avaliativo, como abordar o histórico ocupacional do paciente, suas atividades de interesse e do cotidiano em uma avaliação cujo espaço destinava-se apenas para observações clínicas? Apesar da falta destes aspectos, é importante ressaltar que nós, duas estagiárias e a terapeuta

ocupacional, sempre avaliamos os pacientes em sua totalidade, considerando toda sua subjetividade e não apenas o quadro clínico que o levou à internação.

Já a evolução adotada pelo hospital contava com áreas para o preenchimento do estado emocional, observação ou não de edema, cianose, desidratação e escaras, presença ou ausência de movimentos ativos, movimentos passivos, força muscular, força articular e percepção sensorial, o tipo de ventilação ao qual o paciente era submetido e lacunas para preenchimento da conduta diária com vinte procedimentos pré estabelecidos pelo hospital para a terapia ocupacional, sendo eles avaliação; escuta; orientação; hidratação; deambulação; normalização de tônus; posicionamento no leito; redução de edema; mobilização articular; estimulação orofacial; exercícios motores; estimulação cognitiva; confecção de adaptação; recolocação de adaptação; estímulo às AVD's; mudança de decúbito; amplitude articular de movimento; atendimento em equipe multidisciplinar; atendimento geral e atendimento familiar. Além destes, a evolução do hospital inclui dois procedimentos para intervenção da T.O. no CTQ, mas que não se aplicam ao CTI geral.

Para fins de controle e avaliação do trabalho da terapia ocupacional prestado no CTI, coletamos dados relativos aos meses de abril a setembro referentes aos procedimentos realizados e seu quantitativo mensal, trimestral e semestral. De acordo com os dados colhidos, verificamos que os itens: orientação, escuta e posicionamento no leito foram os procedimentos de maior predomínio durante o intervalo selecionado, que correspondem a 17,05%, 15,3% e 11,9%, respectivamente, do total de atendimentos durante o semestre. Enquanto o atendimento familiar, a normalização de tônus e a mudança de decúbito foram os procedimentos com menor prevalência durante abril a setembro de 2021, com 0,06%, 0,13% e 0,75%, respectivamente.

A baixa prevalência no atendimento familiar pode ser explicada devido à carga horária de seis horas diárias não coincidir com os períodos de visita familiar no setor. Além disso, no que se refere ao quantitativo mensal de atendimentos, houve um aumento de aproximadamente 53% do número total quando comparados os meses de abril e maio. Este dado pode estar relacionado ao início do programa de estágio na unidade, em maio, que dispôs de duas estagiárias para o processo de avaliação e intervenção (sob supervisão da preceptora) junto aos pacientes hospitalizados,

confirmando a importância das instituições e profissionais desenvolverem em conjunto programas de estágio pensando nos ganhos à formação estudantil, mas também nos benefícios à comunidade atendida nas unidades. Constatamos que as intervenções de maior prevalência foram: orientação, escuta e posicionamento no leito, o que reforça a relevância do profissional de terapia ocupacional, na prevenção e reabilitação de intercorrências como o *delirium*, desorientação espaço-temporal e na prevenção de lesões por pressão, deformidades e edema.

Este achado se relaciona com o trabalho de Tobar, que evidencia a terapia ocupacional como uma importante ferramenta não-farmacológica na prevenção e tratamento do *delirium* em ambiente de terapia intensiva, com estratégias de estimulação multisensorial, posicionamento, estimulação cognitiva e treino de AVD (TOBAR, 2017).

Bombarda et al. (2016) apresentam um estudo que sugere menor incidência de *delirium* e menor tempo de internação em pacientes que participaram de intervenções da terapia ocupacional. Essa observação reforça a relevância do trabalho da terapia ocupacional e da necessidade desse profissional estar inserido na equipe multiprofissional da UTI (BOMBARDA *et al.* 2016).

4. OS PERCALÇOS DA PRÁTICA

A terapia intensiva é um grande ambiente estressor: prolongada imobilização no leito, privação sensorial, uso de ventilação mecânica e a falta de estímulos que representem a realidade externa são frequentes durante a permanência no CTI, podendo ser prejudiciais e gerar efeitos ainda mais graves que a doença inicial (DE CARLO, 2018). Dentre as consequências estão a síndrome do imobilismo, lesões por pressão, edema e deformidades. Diante disso, reconhece-se a necessidade de intervenção do terapeuta ocupacional a fim de minimizar impactos físicos, cognitivos e emocionais nos pacientes hospitalizados (CAZEIRO, 2010). Durante o programa de estágio, cuja duração foi de sete meses, deparei-me com obstáculos que ocasionalmente impossibilitaram a atuação com alguns pacientes. Por vezes fez-se necessário encontrar novas formas de trabalho para que os atendimentos pudessem ocorrer.

A intervenção terapêutica ocupacional baseava-se em vinte procedimentos previstos na evolução própria do hospital. Um destes é a confecção de adaptações, em sua maioria órteses de descompressão para prevenir e reduzir edema, deformidades, contraturas e lesões por pressão, além de favorecer o posicionamento no leito de modo adequado. Cazeiro (2010), aponta as adaptações como aliadas na prevenção de deformidades, junto ao posicionamento apropriado das articulações em posição neutra e funcional.

A confecção das órteses era feita individualmente a partir de colchões alveolados, comumente chamados por “colchão caixa de ovo”, de modo que cada paciente tivesse sua própria adaptação de uso intransferível devido ao risco de infecção cruzada, entretanto, a prática era constantemente impedida pela falta de material na instituição, sendo necessário que nos adequássemos e produzíssemos órteses adaptadas com materiais diversos. A substituição do material apropriado por materiais improvisados, como lençóis, sobras de objetos da enfermagem, caixas de papelão, absorventes e fraldas significava que, por vezes, a eficácia do tratamento e resultados previstos não fossem alcançados. Em sua maioria, as órteses eram feitas com a base de colchão caixa de ovo, fraldas ou malhas tubulares para o forro e esparadrapo para os acabamentos finais.

Embora tenha aprendido durante a faculdade sobre tecnologia assistiva e suas indicações e confecções em alto e baixo custo, nada me preparou para a realidade de um serviço público onde o aporte financeiro para custeio dos materiais é baixo.

Como exemplo, relato um caso de acidente automobilístico que resultou em traumatismo crânio encefálico (TCE), múltiplos traumas e injúria pulmonar grave, sendo este paciente submetido à sedação, à intubação orotraqueal e ao uso de drogas vasoativas para suporte da vida. Durante a avaliação, no exame físico, notamos uma possível fratura ou luxação da articulação metacarpofalangiana do quinto dedo que não havia sido mencionada no prontuário do paciente, sugerindo que não foi observada por nenhum profissional desde sua hospitalização. Por estar sob os efeitos da sedação, o posicionamento adequado do paciente dependia unicamente do trabalho dos profissionais, sem que pudesse por si só manter o antebraço em posição apropriada para o tratamento da lesão. Por isso, foi pensada a confecção de uma adaptação que mantivesse a mão do paciente em posição

pronada, já que em posição neutra a descarga de peso concentrava-se em cima do trauma. Na ausência de material rígido e apropriado para preservar a pronação do antebraço ou mesmo sua elevação para descompressão da articulação, utilizou-se o “miolo” de um esparadrapo como base, pequenos retalhos de espuma para engrossar, absorventes descartáveis para forro externo e velcro e EVA para fixar à mão. Apesar de ter servido à sua função por algumas horas, o material improvisado não foi suficiente para sustentar o peso da mão de um homem com aproximadamente 80 kg e 1,80m de altura.

Em sua maioria, as órteses para descompressão occipital, da região sacra e calcânea serviam ao propósito quando confeccionadas com o colchão caixa de ovo, mas o caso acima é um exemplo claro de como a falta de materiais indicados para a produção de órteses pode comprometer o tratamento do paciente. Apesar dos obstáculos, a necessidade de reinventar-se ampliou minha compreensão sobre o financiamento do sistema de saúde, das situações as quais os profissionais são submetidos pela falta de investimento nos serviços e, ainda, desenvolvi habilidades manuais no que diz respeito à produção dos dispositivos assistivos alternativos.

4.1 RECURSOS HUMANOS

O hospital conta com uma infraestrutura de dez andares que comporta serviços de emergência, CTI adulto, pediátrico, neonatal e de queimados, clínica médica, cirurgia-geral, bucomaxilofacial, neurocirurgia, psiquiatria, ortopedia e pediatria. Dentre os departamentos, o serviço de terapia ocupacional atua apenas no CTI adulto, CTQ e enfermaria psiquiátrica, sendo o último dividido entre as duas terapeutas ocupacionais do hospital e os outros setores responsabilidade de cada uma delas. A resolução nº 418/12 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional- COFFITO, que estabelece os parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais nas diversas modalidades de atuação, determina que, especificamente nas unidades de terapia intensiva, em um turno de 06 horas diárias cada atendimento deve ter a duração de 45 minutos e um máximo de 08 pacientes devem ser acompanhados neste setor (COFFITO, 2012). O CTI da unidade de estágio dispunha de apenas uma profissional que cumpria uma carga horária de 18 horas semanais, ou seja, em uma semana apenas 03 dias eram contemplados com o serviço de terapia ocupacional. Para além deste obstáculo, o setor contava com 34

leitos, que se encontravam preenchidos na maior parte do tempo. Se a Resolução nº 418/12 afirma que apenas 08 leitos podem ser atendidos em uma carga horária de 06 horas, para que essa determinação fosse cumprida o setor deveria dispor de pelo menos quatro terapeutas ocupacionais diariamente. Na enfermaria psiquiátrica, a resolução define que exclusivamente 10 pacientes devem ser atendidos em um turno de 06 horas, entretanto, o setor dispõe de 19 leitos. Para que a norma fosse exercida, a enfermaria precisaria de ao menos 02 terapeutas ocupacionais diariamente (COFFITO, 2012).

Em 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução nº 07/2010, dispôs sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTI's e assegura que, dentre os serviços obrigatoriamente ofertados, deve ser disponibilizado à beira leito atendimento terapêutico ocupacional em UTI adulta e UTI pediátrica (BRASIL, 2010), entretanto, no hospital em questão não há terapeutas ocupacionais contratados para o setor pediátrico. Como cidadã, me questiono: existe fiscalização por parte da Secretaria Municipal de Saúde acerca dos serviços prestados pela Organização Social de Saúde (OSS) responsável pela instituição? E ainda, como futura terapeuta ocupacional, questiono: o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) estaria a par da situação na qual a classe está sujeita em um dos maiores hospitais gerais do município do Rio de Janeiro? Se sim, qual a conduta adotada? Se não, os serviços de fiscalização funcionam apenas a partir de demandas geradas pelas denúncias ou as instituições são regularmente fiscalizadas por busca ativa por parte do conselho? O trabalho realizado hoje está sendo suficiente para cobrir toda a área do município?

Oliveira aponta o elevado custo de manutenção das equipes multidisciplinares e a escassez de recursos humanos como os principais responsáveis pela sobrecarga de trabalho em profissionais da saúde, sobretudo de uma UTI. A partir disso, foi possível identificar como possíveis desfechos o comprometimento da segurança do paciente e da qualidade do cuidado prestado, visto que um colaborador sobrecarregado está mais suscetível a falhas, e o desenvolvimento da Síndrome de Burnout devido ao acúmulo de responsabilidades atribuídas a um único profissional (OLIVEIRA, 2016). Portanto, a análise do ambiente hospitalar em questão, em conformidade com a afirmação citada anteriormente, evidencia a insuficiência de

terapeutas ocupacionais como um fator de risco para as potenciais consequências da sobrecarga de trabalho.

Apesar do alto custo para manter uma equipe profissional elucidado por Oliveira (2016), um estudo conduzido por Rogers e colaboradores (2016), aponta que os gastos hospitalares em determinadas categorias são proporcionais à qualidade do serviço prestado e ao número de readmissões. O estudo conclui que o investimento na área da terapia ocupacional, por ser o profissional capaz de investigar e reconhecer déficits funcionais que usualmente levam à readmissão hospitalar, torna-se fundamental nas instituições que visam a diminuição do reingresso das internações (ROGERS, 2016).

4.2 HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO

Apesar do importante avanço nos estudos acerca do cuidado em saúde nas últimas décadas, a carência de investimentos na qualificação de profissionais, a respeito da humanização no cuidado e na gestão dos dispositivos de saúde, ainda é determinante na construção do senso de responsabilidade acerca da relação entre profissional e paciente. Adota-se uma conduta automatizada de queixa principal - ação, onde o vínculo de cuidado torna-se fragilizado e são desprezadas as questões subjetivas do usuário (BRASIL, 2004). Por isso, em 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), transformado em 2004 na Política Nacional de Humanização (PNH) pela compreensão que essa prática não devia se estender apenas ao âmbito hospitalar, que conta com princípios, prioridades, estratégias, diretrizes e orientações para sua implementação nas redes de saúde com o propósito de “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6).

Zacarias contribui com a ideia de que um cuidado humanizado deve compreender estratégias que integrem a família aos processos de cuidado, de modo que o profissional seja a conexão entre familiar e paciente. Tais práticas de integração são indispensáveis na adaptação dos parentes ao ambiente e rotina de UTI, no acolhimento e enfrentamento das angústias familiares a nível emocional e social e, para mais, na promoção de um tratamento eficaz para o sujeito

(ZACARIAS, 2009). Silveira discorre sobre a dificuldade da equipe em prestar um tratamento humanizado quando a comunicação e o relacionamento terapêutico não estão em consonância com as práticas de cuidado oferecidas ao paciente (SILVEIRA, 2005).

Apesar das evidências apontarem os benefícios do contato com a família, o atendimento familiar nunca foi possível de ser realizado pela terapia ocupacional no CTI, devido à divergência dos horários da profissional com os horários de visita no setor. A partir disso, considero importante refletir: é possível prestar um atendimento humanizado e oferecer acolhimento às famílias fragilizadas com apenas uma profissional para atender às demandas de trabalho de 34 pacientes? Quais impactos a soma de mais um terapeuta ocupacional à equipe traria na abordagem ao paciente e ao familiar?

Além da abordagem familiar, faz parte do processo de cuidado humanizado e de qualidade a comunicação entre membros da equipe de modo que as estratégias de atenção possam estar em consonância e que o quadro de saúde dos pacientes seja sempre atualizado e de conhecimento de todos da equipe. As práticas de compartilhamento de saberes e poderes são indispensáveis no que se refere à desconstrução de um modelo hierárquico e verticalizado de cuidado. É a partir da implementação de uma comunicação efetiva, no cotidiano do trabalho, que a transversalidade do cuidado passa a ser objeto principal das intervenções (EVANGELISTA, 2016).

Durante o estágio pude notar certa resistência por parte de alguns profissionais, principalmente da enfermagem, em dialogar sobre os casos e realizar interconsulta. Com a enfermagem, de um modo geral, a relação não ocorreu de forma construtiva: recordo-me de certa vez solicitarmos ajuda a uma enfermeira para realizar o posicionamento adequado de um paciente e ouvirmos como resposta: “Agora tenho mais uma chefe?”. É extremamente problemático e prejudicial ao trabalho que solicitações de cuidado compartilhado sejam vistas como ordens. Isso reflete uma histórica percepção hierárquica entre os profissionais de saúde nas instituições e que, além de desgastar as relações interpessoais no ambiente de trabalho, também prejudica os pacientes que recebem o cuidado. Apesar das dificuldades, também tivemos colegas no serviço que eram solícitos e atenciosos às solicitações e

discussões de caso, mas a grande maioria não parecia estar confortável com a comunicação. Além de prejudicial para o trabalho, esta lacuna na comunicação também afeta diretamente a família e o próprio paciente.

Embora as práticas de humanização dependam de toda a equipe e gestão para acontecerem e serem eficazes, o atendimento humanizado e em conformidade com a subjetividade dos pacientes era destaque nas intervenções da terapia ocupacional na unidade de terapia intensiva. Durante o período de estágio pude observar por diversas vezes profissionais que, à beira leito, não sabiam ou não utilizavam o nome do paciente ao se referirem a ele; profissionais que, imersos no imediatismo da UTI, não cumprimentavam quem estava cuidando. Essa observação é sustentada com o artigo de Zacarias (2009), quando menciona o risco iminente às funções vitais e de morte, como responsáveis por intervenções rápidas e que podem provocar impressões de frieza e ausência, principalmente em quem presencia de fora do processo de cuidado. Pelo terapeuta ocupacional ser um profissional que não lida diretamente com a manutenção da vida a nível emergencial, é possível que os atendimentos sejam feitos com mais tranquilidade e atenção. Intervenções pautadas no histórico ocupacional do paciente e em suas necessidades emocional, física e cognitiva eram priorizadas e minuciosamente planejadas para serem adequadas ao ambiente de terapia intensiva. Como exemplo de uma intervenção empática e humanizada apresento um caso importante durante o período de estágio:

Pessoa idosa, deu entrada no CTI após realizar uma cirurgia vascular. Teve uma longa internação devido a espera para realização de outros procedimentos. Durante esse período apresentou ideação suicida, humor depressivo e relatava sentir falta do cotidiano que vivia antes da internação. Amante da música e da literatura, identificamos que as atividades de maior satisfação pessoal eram ler o autor Jorge Amado e ir ao karaokê em um bar perto de sua casa. Buscamos e imprimimos poemas da internet para que esta pessoa pudesse ler ao leito, o que a deixou feliz e trouxe momentos de leveza para o dia-a-dia na internação. Por razões de biossegurança e ambiência do CTI um aparelho de karaokê não poderia ser levado à unidade, então colhemos mais informações sobre seu interesse musical e na semana seguinte levamos um tablet ao leito e, envolto com plástico filme para evitar o risco de contaminação cruzada, tocamos músicas para a pessoa, que cantou

e se emocionou com as canções. Como em uma cascata de resultados, essa experiência potencializou os vínculos existentes com a terapeuta ocupacional, propiciou a criação de laços com as estagiárias recém-chegadas e abriu portas para que o acolhimento de suas demandas emocionais fosse mais potente. Somente após o karaokê pudemos acolher e entender seus anseios com a nova vida após a amputação, o medo de não se adaptar e precisar romper com suas atividades diárias, sua vivência antes da internação e como suas experiências de vida afetavam o momento que vivia no hospital: não teve filhos, suas visitas familiares eram escassas e, isso era uma questão importante e delicada para a pessoa. As abordagens da terapia ocupacional foram as primeiras intervenções com esta pessoa que deram a devida importância para seu sofrimento emocional e que buscaram entender o porquê e quais seriam as maneiras possíveis de amenizá-lo. A literatura aponta a musicoterapia como uma das possíveis estratégias a serem utilizadas na prevenção do *delirium* em UTI, ressaltando a importância a nível afetivo, mas também cognitivo dessa intervenção (TOBAR, 2017).

Este foi um caso importante na minha formação, pois foi a primeira morte que presenciei dentro do CTI, e ter a certeza de que foi feito o possível para levar dias mais confortáveis e de menos angústia em seus últimos momentos, faz toda a diferença no meu processo de amadurecimento e identificação como terapeuta ocupacional. Para Zacarias (2009), é necessário que os profissionais busquem, para além do conhecimento técnico, restaurar a sensibilidade, afetividade e a capacidade de envolver-se emocionalmente frente ao dia a dia no serviço. Seria essa falta um problema com origem na formação técnica dos profissionais? Na rigidez ocasionada pelos anos de trabalho? Ou seria causado pela dupla e até tripla jornada de trabalho semanal em busca de melhores remunerações? Essa crítica torna-se necessária quando penso na realidade dos serviços, tanto em aspectos estruturais quanto nos processos de trabalho. É importante que, principalmente durante a graduação, sejam oferecidas ao estudante oportunidades para observação de outros profissionais durante a prática de modo a tornar viável a reflexão sobre o profissional que almejamos ser, mas também sobre as ações que nunca gostaríamos de incorporar em nossa vivência futura. Esta é uma experiência que apenas um estágio pode propiciar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da realidade desafiante e por vezes chocante, é fundamental ressaltar a relevância da prática supervisionada enquanto experiência de aprendizado e autoconhecimento pessoal e profissional. Apenas a *práxis* possibilita ao estudante desenvolver habilidades interpessoais e da atuação individual da terapia ocupacional, expandir o olhar crítico para as situações do cotidiano do trabalho, conhecer a rotina de trabalho, os percalços a serem enfrentados, as estratégias para driblá-los e, principalmente, a aprimorar o raciocínio profissional. Para além do beneficiamento dos acadêmicos com os programas de estágio, os números de atendimentos coletados durante os meses de abril a setembro de 2021 evidenciaram um aumento destes em aproximadamente 50% após a chegada das estagiárias, o que sugere a importância desses programas também para as unidades de saúde e pacientes que lá são atendidos.

Durante o período em que estive imersa em campo pude ter a sorte de estar com uma preceptora cujos ideais moldaram a forma como hoje enxergo a realidade de um serviço público de saúde, sobretudo a realidade de um terapeuta ocupacional nesses espaços. Apesar das circunstâncias envolvendo as condições de trabalho, nunca deixou de fazer o melhor possível, de prestar um cuidado humanizado e de qualidade dentro das possibilidades do hospital. Os conhecimentos técnicos que adquiri no CTI acerca da atuação terapêutica ocupacional e de outras especialidades da saúde, seja por curiosidade ou por necessidade, serão úteis em quaisquer áreas de trabalho no futuro. Sensibilizar-me para enxergar no outro seus desejos, angústias e anseios quando tudo que vemos são fios, tubos e medicações foi um desafio que afirmo ter cumprido com êxito.

Espero que este trabalho seja um incentivo para outros estudantes produzirem ciência no âmbito da terapia ocupacional junto a pacientes críticos, tema que ainda carece de produções científicas.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, D. L.; OLIVEIRA, F. B. M. **Relação entre a sobrecarga de trabalho e erros de administração de medicação na assistência hospitalar**. Revista Ciência & Saberes-Facema, v. 2. n. 4, p. 325-334, 2016.

BARBOSA, F. D. S., REIS, M.C.S. **O papel da Terapia Ocupacional nas Unidades de Terapia Intensiva – uma revisão de literatura**. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 221-239, 2017.

BOMBARDA, T. B. *et al.* **Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e as percepções da equipe**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 827-835, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. DOU, Brasília, DF, 24 fev 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**– Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

CAIRES, S. ALMEIDA, L. **Os estágios na formação dos estudantes do ensino superior: Tópicos para um debate em aberto**. Revista Portuguesa de Educação, v. 13, p. 219 - 241, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. **Resolução nº 418 de 04 de junho de 2012**. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jun. 2012. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3181>

CAZEIRO, A. P. M.; PERES, P. T. **A Terapia Ocupacional Ocupacional na Prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 18, n. 2, p. 149-167, 2020.

EVANGELISTA, V. C. *et al.* **Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho**. Revista Brasileira de Enfermagem, (Internet), v. 69, n. 6, p. 1099-1107, 2016.

OKUMA, S. M. et al. **Caracterização dos pacientes atendidos pela terapia ocupacional em uma unidade de terapia intensiva adulto.** Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup., Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 574-588, 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). **Anexo técnico I: Informações sobre todas as áreas de planejamento.** Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (Suplemento). Rio de Janeiro, ano 25, n. 128, p.6-14, 15 set. 2011.

ROGERS, A. T. et al. **Higher Hospital Spending on Occupational Therapy Is Associated With Lower Readmission Rates.** Med. Care Res. Rev. v. 74, n. 6, p. 668-686, 2016.

SILVEIRA, R. S. et al. **Uma tentativa de humanizar a relação de equipe de enfermagem com a família de pacientes internados em UTI.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 14, p. 125-130, 2005.

TOBAR, E. ALVARES, E. GARRIDO, M. **Estimulação cognitiva e terapia ocupacional para prevenção de delirium.** Rev. Bras. Ter. Intensiva. v. 29, n. 2, p. 248-252, 2017.

ZACARIAS, C. C. et al. **Implantação de tecnologias de cuidado em unidade de terapia intensiva aos usuários e seus familiares.** Cienc. Cuid. Saude, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 2, p. 161-168, 2009.