



GLOBAL JOURNAL OF HUMAN-SOCIAL SCIENCE: H
INTERDISCIPLINARY
Volume 23 Issue 6 Version 1.0 Year 2023
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals
Online ISSN: 2249-460X & Print ISSN: 0975-587X

Occupational Therapy in the Urgent and Emergency Hospital: A Case Report

By Patricia Duarte Ferrarezi, Juliana Carla Delsim & Samira Mercaldi Rafani

Universidade de São Paulo

Abstract- To discuss the main aspects of the therapeutic-occupational process of a young polytraumatized patient during his hospitalization and to reflect on the clinical reasoning of occupational therapists under the theoretical framework of the Dynamic Occupational Therapy Method. This is a case report of a victim of multiple trauma. A review of the clinical evolution of the team was performed, followed by the description of occupational therapy visits and analysis of the therapeutic process. The subject who suffers a sudden illness has his daily life interrupted by the need for immediate and generally prolonged hospitalization. Dynamic occupational therapy aims to promote the construction of a new routine through its techniques centered on the triadic relationship. This relationship was discussed in three categories: communication, carrying out activities, and addressing palliative care. Urgent and emergency hospitals are fields in growing expansion for occupational therapy, however the performance of this professional in this context is still a little explored subject in Brazil and in the world.

Keywords: *occupational therapy, emergency hospital service, spinal cord injury.*

GJHSS-H Classification: *FOR Code: 1103*



Strictly as per the compliance and regulations of:



Occupational Therapy in the Urgent and Emergency Hospital: A Case Report

Patricia Duarte Ferrarezi ^α, Juliana Carla Delsim ^σ & Samira Mercaldi Rafani ^ρ

Abstract- To discuss the main aspects of the therapeutic-occupational process of a young polytraumatized patient during his hospitalization and to reflect on the clinical reasoning of occupational therapists under the theoretical framework of the Dynamic Occupational Therapy Method. This is a case report of a victim of multiple trauma. A review of the clinical evolution of the team was performed, followed by the description of occupational therapy visits and analysis of the therapeutic process. The subject who suffers a sudden illness has his daily life interrupted by the need for immediate and generally prolonged hospitalization. Dynamic occupational therapy aims to promote the construction of a new routine through its techniques centered on the triadic relationship. This relationship was discussed in three categories: communication, carrying out activities, and addressing palliative care. Urgent and emergency hospitals are fields in growing expansion for occupational therapy, however the performance of this professional in this context is still a little explored subject in Brazil and in the world.

Keywords: occupational therapy, emergency hospital service, spinal cord injury.

I. INTRODUCTION

A presença do terapeuta ocupacional como integrante da equipe assistencial nos hospitais de urgência e emergência tem sido cada vez mais valorizada, o que tem possibilitado intervenções mais precoces com pessoas hospitalizadas em estado crítico nas fases agudas ou hiperagudas da enfermidade. Mas será que os terapeutas ocupacionais se sentem habilitados para atender as demandas dessa população? Existem evidências científicas suficientes que embasam a prática destes profissionais neste campo de atuação?

Os eventos traumáticos decorrentes de acidentes sempre chamam atenção por serem eventos súbitos e inesperados, e por incidirem particularmente em jovens do sexo masculino (Melo-Jorge & Laurenti, 1997). O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas (Brasil, 2012).

Author α: Terapeuta Ocupacional especialista em atenção em atendimento hospitalar de urgência e emergência pelo HCFMRP-USP, Brasil. e-mail: patyfferrarezi@gmail.com

Author σ: Mestre em Ciências pela Bioengenharia EESC-USP, Brasil. e-mail: jucarla.delsim@gmail.com

Author ρ: Doutora pela Universidade de São Paulo. Professora na UNESP – Marília, São Paulo, Brasil. e-mail: samirarafani@gmail.com

Os sujeitos vítimas de politraumas graves são referenciados aos hospitais de urgência e emergência de alta complexidade, por necessitarem de cuidados imediatos, recursos tecnológicos avançados e de uma equipe multidisciplinar especializada que atenda com completude suas demandas físicas e psicossociais a fim de evitar a morte iminente, prevenir e minimizar possíveis sequelas, atender os familiares e garantir a integralidade da assistência (Brasil, 2014). Apesar das campanhas nacionais de prevenção, os agravos provocados pelo trauma estão entre as principais causas de mortalidade no Brasil, sendo que as causadas por acidentes e violência continuam em crescimento (Escarso, et al., 2012).

Os traumas cranioencefálicos (TCE) e raquimedulares (TRM) são exemplos de enfermidades que têm entre as principais etiologias os acidentes automobilísticos (Atkins, 2010).

O TCE provoca alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes (MENON et al., 2010) e pode ser classificado pela sua gravidade em três categorias: leve (de 13 a 15 pontos), moderado (9 a 12 pontos) ou grave (de 3 a 8 pontos) utilizando-se a Escala de Coma de Glasgow – ECG (Teasdale & Jennett, 1974). Esta escala permite a construção de um parâmetro mensurável sobre a evolução do quadro clínico, considerando a melhor resposta visual, motora e verbal do paciente. Já a Lesão Medular (LM) é uma condição de insuficiência do funcionamento da medula espinhal, que pode levar a alterações nas funções motoras, sensitivas, alterações autonômicas, esfinterianas, sexuais e tróficas (Fechio, et al., 2009).

As manifestações clínicas dependem do nível e grau da lesão, e o quadro pode sofrer variações, especialmente nos primeiros meses, não sendo possível estabelecer o prognóstico funcional até que a fase aguda seja superada (Atkins, 2013). Ao se transformar em paciente, o sujeito se depara com a perda da autonomia, separações e rupturas no cotidiano que podem provocar sensação de fragmentação do próprio corpo, do tempo e das atividades (Cazeiro & Casacio, 2018).

A equipe multiprofissional é peça chave da engrenagem da Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Urgência e Emergência, funcionando de forma integrada ao atendimento da vítima de trauma (Brasil, 2014). Os terapeutas ocupacionais dos serviços hospitalares de urgência e emergência precisam

associar conhecimentos e técnicas para o atendimento precoce de lesões físicas, mas também para assistir às demandas emocionais relacionadas a perda abrupta da saúde; dor, medo, angústias e insegurança quanto aos procedimentos cirúrgicos e clínicos invasivos, incertezas quanto aos prognósticos, distanciamento dos familiares e papéis sociais, culpa, perda da autonomia e dependência para realização das atividades cotidianas e não raro, a proximidade da finitude da vida. Este artigo se propõe a descrever e discutir sobre os principais aspectos do processo terapêutico-ocupacional de um jovem politraumatizado conduzido durante sua internação em um hospital de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde sob o referencial teórico do Método de Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), e assim contribuir com a pesquisa científica nesta área de atuação.

II. MÉTODO

Este estudo trata-se de um relato de caso de um jovem de 23 anos vítima de politrauma que foi acompanhado pelo Serviço de Terapia Ocupacional (TO) da Unidade de Emergência (UE) do HCFMRP-USP. O sujeito foi atendido ao longo dos sete meses que esteve hospitalizado até seu óbito em maio de 2020.

Dois residentes e três terapeutas ocupacionais assistentes do serviço se revezavam no acompanhamento de acordo com a escala de trabalho. As residentes foram supervisionadas por uma terapeuta ocupacional com formação no MTOD.

Os materiais utilizados para a elaboração desse estudo incluíram dados sociodemográficos e evoluções clínicas coletadas do prontuário eletrônico do sujeito, e do registro fotográfico feito pelos terapeutas ocupacionais das sessões terapêuticas. Para análise dos dados, foi realizada revisão das evoluções clínicas da equipe, seguido da descrição dos atendimentos de terapia ocupacional e análise do processo terapêutico ocupacional sob o referencial teórico MTOD.

O relato de caso foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP. Um familiar responsável pelo sujeito do estudo autorizou a publicação deste caso mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e recebeu uma cópia do documento.

III. RELATO DO CASO

Em meados de outubro de 2019, por volta das vinte e duas horas, um garoto de 23 anos adentra a sala de politrauma de um hospital público de urgência e emergência de alta complexidade do interior paulista. O sujeito foi trazido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, em prancha rígida, usando colar cervical e intubação orotraqueal. O sujeito era ciclista que tinha se envolvido em um acidente de trânsito com

carro em via pública. A avaliação inicial apontava TCE grave, TRM, fratura exposta de tíbia e fíbula direitas, ferimento corto contuso no dorso da mão direita e sinal de insuficiência respiratória. Foram necessários procedimentos para estabilidade hemodinâmica e manutenção de medidas neuroprotetivas, que haviam sido iniciadas durante o caminho ao hospital; realização de exames de imagem e abordagem cirúrgica para implante de cateter central. Antes do amanhecer, ele foi transferido ao Centro de Terapia Intensiva (CTI) adulto do referido hospital. No primeiro dia de internação, duas irmãs e sua mãe compareceram ao hospital. Foram acolhidas pela equipe de psicologia e do serviço social, e orientadas sobre a rotina do CTI e visita estendida. As terapeutas ocupacionais tiveram conhecimento da história clínica desse sujeito nos primeiros dias após sua admissão, durante a visita clínica que ocorre à beira do leito com a participação da equipe multidisciplinar duas vezes por semana.

A equipe assistencial do CTI conta com profissionais das áreas médicas, de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Fonoaudiologia e TO. Por dispor de uma equipe reduzida para atender às demandas da UE, o Serviço de TO implantou no CTI um protocolo para otimizar a identificação dos sujeitos elegíveis. O protocolo é aplicado durante as visitas clínicas e por meio de leitura do prontuário eletrônico assim que os pacientes são admitidos. Nesta triagem, são priorizados para avaliação os pacientes que atingem uma pontuação igual ou superior a 11 na ECG.

A partir daqui, iremos chamar o sujeito deste estudo pelo nome fictício de João. Ele era previamente hígido, com histórico ocupacional de funileiro, mas que no momento estava desempregado. Compunha uma família de 11 irmãos, morava com o pai e a madrasta há dois meses e no momento do acidente voltava da casa de sua mãe, pois havia passado o dia brincando de bola com seus irmãos mais novos. O primeiro encontro com João se deu tão logo ele começou a despertar do coma, com pouco mais de 15 dias do acidente. João foi abordado no leito encontrado sem acompanhante. Estava alerta, permaneceu contactuante visualmente e com atenção sustentada na terapeuta. Fazia uso de traqueostomia (TQT) sob ventilação mecânica (VM) que o impossibilitava de se expressar oralmente. Encontrava-se tetraplégico, com colar cervical, sonda nasoenteral, sonda vesical de demora, cinta abdominal, acesso venoso periférico, pontos cirúrgicos em mão direita e com gazes na boca para conter a sialorréia.

O desafio da terapeuta nesse primeiro atendimento foi estabelecer uma via de comunicação alternativa efetiva para se comunicar com a equipe e seus familiares. Foi observado que o movimento executado com maior precisão era o piscar de olhos. Os dois combinam os sinais de “sim” e “não” (piscar com um olho e com ambos respectivamente). Por este

canal de comunicação foi possível complementar a avaliação da compreensão verbal, orientação têmporo-espacial, e sobre os conhecimentos com relação ao motivo da internação e à programação terapêutica. Dúvidas sobre o prognóstico clínico, equipamentos e dispositivos médicos em uso, e sobre a ausência de visitas familiares puderam ser esclarecidos e acolhidos. As evidentes dificuldades de se ampliar um diálogo baseado em “sim e não” alimentaram diversas discussões sobre a inserção de outras formas de comunicação, e de acordo com a evolução da capacidade física de João, alguns dispositivos puderam ser testados em conjunto com a equipe, como: válvula de fala e deglutição, pranchas alfanuméricas e uso de tablet com software de reconhecimento facial com controle por movimentos orofaciais e por acesso direto com ponteira bucal.

A flutuação do quadro clínico e intercorrências ocorridas durante a internação não permitiram que esses recursos fossem efetivados. A melhora na mobilidade orofacial possibilitou que João articulasse as palavras com maior clareza através de movimentos labiais sem a emissão de sons e esse meio se tornou sua principal forma de expressão verbal. Apesar das limitações, a paciência e disponibilidade das terapeutas ocupacionais em ofertar espaços de escuta, fizeram dos atendimentos (encontros aguardados por João), momentos valiosos de expressão de pensamentos e sentimentos (saudades dos pais, dor no corpo), preocupações com prognóstico funcional e planejamento terapêutico (cirurgias, alta o CTI), necessidades e desejos (ingestão de água, alteração da rotina de banho, alta hospitalar, conversa com equipe médica e mousse de chocolate). Também foi possível conhecer com mais detalhes como era seu cotidiano antes da internação; quais as atividades que desempenhava, como era seu lazer, quais relações eram significativas. Estas informações contribuíram para a compreensão do impacto do adoecimento no cotidiano de João e auxiliaram na indicação e escolha das atividades propostas.

Com objetivos de criar espaços de saúde e facilitar o enfrentamento da rotina hospitalar, desde os primeiros atendimentos, as terapeutas ocupacionais propuseram a inserção de atividades para serem realizadas nos momentos em que João não estava em atendimento. Pensando nas capacidades que estavam preservadas e procurando inserir atividades prazerosas que ele se identificava, a terapeuta ocupacional sugere algumas atividades e João de maneira tímida participa da escolha. Diante do quadro de tetraplegia e restrição no leito, o repertório de atividades possíveis de serem inseridas eram aquelas que pudessem ser realizadas no leito. Entre elas, ouvir música e assistir séries e filmes na televisão com entrada para pendrive disponível no setor. Ao longo dos atendimentos, a relação terapêutica foi se fortalecendo, outras

atividades foram inseridas, entre elas se visualizar no espelho. Foi no atendimento de TO que João se viu no espelho pela primeira vez após o acidente.

A terapeuta observa que a equipe de enfermagem havia feito sua barba, pontua o fato e oferta o espelho. João é receptivo, se olha por um tempo, comenta que ainda não havia se visto e refere ter gostado. A terapeuta estimula a autopercepção e João permanece em silêncio. Com a proximidade do final do ano que João inicia sua produção. Com intuito de promover resgate de papéis ocupacionais, incentivar a autonomia, reforçar os laços afetivos, são propostas atividades para presentear seus familiares. João demonstra dificuldade para escolha dos materiais e cores de cada presente, e somente após incentivos verbais, planeja a atividade com a terapeuta. Coube à terapeuta a execução do planejado. João direciona os primeiros presentes para mãe (porta retrato), madrastra (toalha) e pai (quadro do Corinthians). Pouco antes de receber alta do CTI para enfermaria, a equipe do setor (médica intensivista, fisioterapeutas, psicólogo e terapeuta ocupacional) planeja e conduz João a um banho de sol no pátio do hospital. Depois de 51 dias de internação ele pôde ver pelas grades do portão do hospital, carros e pessoas circulando do lado de fora, ouvir os sons dessa movimentação, ver a luz e sentir o calor do sol, olhar e interagir com profissionais de outras unidades pelo caminho. O passeio durou cerca de 30 minutos e João expressou agradecimento pelo momento. Finalizados os presentes de Natal, João se mostra envolvido em realizar novos projetos. Ainda restrito ao leito, mantendo o comprometimento motor grave e dependência do VM, mas agora com maior controle sobre os músculos mandibulares, João e a terapeuta planejam uma pintura de mandala em papel com a boca. Foi a primeira atividade que João conseguiu participar da execução. Mostra-se inseguro e solicita a opinião da terapeuta com frequência. João finaliza a atividade e decide presentear novamente sua mãe. A atividade é exposta em um porta-retrato ao lado do leito.

No atendimento seguinte, já admitido no leito de semi-intensivo da Enfermaria de Neurologia, duas terapeutas ocupacionais abordam em conjunto e oferecem outras possibilidades de atividades para ampliar seu repertório e propõem o jogo de força. João é mais participativo. Ao final ele refere satisfação e pede para deixar a atividade para que ele jogue com seus sobrinhos durante a visita que estaria programada para o dia seguinte. Seguindo este momento de melhora clínica (proximidade da alta do semi-intensivo para leito comum de enfermaria) e da participação mais ativa na realização das atividades, a terapeuta propõem a confecção de um painel de fotos trazidas pelos familiares, inicialmente João é resistente a ideia, mas após a explicação da técnica que seria aplicada e do fazer compartilhado, João aceita a confecção. Ele se

mostra mais seguro e descontraído, interage mais com terapeuta e se expressa com maior facilidade.

Nos próximos dias João tem uma piora da condição clínica geral. Passa por exames clínicos, investigação e tratamento de quadro infeccioso. Nesse período os atendimentos não foram possíveis, ainda assim as terapeutas mantinham visitas diárias ao leito. Após melhora clínica, João é transferido para um leito comum dessa Enfermaria. Ele refere boa percepção com a troca de quarto, mostra apropriação das suas atividades e solicita que tragam o mural e calendário que haviam ficado à beira do leito anterior. Conta alegremente que receberá a visita da irmã. Nos dias seguintes, João é encontrado muito aflito, referindo dor na nuca. A terapeuta junto com os fisioterapeutas auxilia no posicionamento e na redução de estímulos sensoriais (iluminação e ruídos).

As intervenções melhoram o sintoma naquele momento, mas esta dor passa a acompanhá-lo de modo inconstante nos próximos meses. No próximo encontro João estava poliqueixoso e agitado (solicita água incessantemente, pede para conferir se equipe havia cortado as suas unhas). A terapeuta provoca a reflexão sobre o relacionamento com a equipe e a rotina de cuidados, e frente a dificuldade de reconhecimento de seus sentimentos propõem uma atividade intitulada Termômetro das Emoções. Inicialmente, João teve dificuldade em nomear o que estava sentindo e quando finalizou, pontuou esperança, saudade, cansaço, raiva, alegria e tristeza, todos na capacidade máxima de graduação.

A partir desse momento, João apresenta oscilações de humor (ora fazia brincadeiras, ora era ríspido com a terapeuta). A terapeuta introduz sobre a influência dos aspectos emocionais na percepção da dor, e em um dos atendimentos João relembra sobre o falecimento de um avô que havia ocorrido recentemente. Eles conversam sobre suas crenças, espiritualidade e rezam juntos. João passou por nova intercorrência clínica que afetou ainda mais seu humor e comportamento. O pensamento ficou mais lentificado e por diversas vezes ele permaneceu de olhos fechados negando a interação.

Nesta época os atendimentos da terapia ocupacional precisaram ser diminuídos para adequar as novas rotinas institucionais visando a contenção da pandemia do coronavírus. As visitas familiares começaram a ser realizadas virtualmente. João revê seus pais, irmãos e avós pelas chamadas de vídeo feitas em parceria com uma organização não governamental. Após as ligações, João fica mais comunicativo, ora questionando sobre o quadro clínico, ora se consolando e referindo matar a saudade olhando de forma nostálgica para o mural de fotos.

A equipe de Cuidados Paliativos havia tentado abordar João em diferentes momentos, mas o contato foi negado por João. Assim, ações de cuidados

paliativos eram discutidas e alinhadas nas reuniões clínicas multidisciplinares do setor. As intervenções multidisciplinares passaram a priorizar medidas de conforto e realização dos desejos, ainda houve flexibilização das visitas presenciais. Em atendimento conjunto da terapeuta ocupacional com psicóloga e fonoaudióloga, João consegue nomear na atividade Termômetro dos Desejos quais eram suas vontades e a intensidade de seu interesse por elas.

No penúltimo atendimento de terapia ocupacional, João relata sobre preocupação com intercorrências e frequência que vinham ocorrendo. Demonstra compreensão quanto às modificações necessárias na alimentação para aumentar a segurança. Em nenhum momento, João dá abertura para falar sobre a terminalidade. No último encontro, realizado dias antes de seu óbito, foi feita nova chamada de vídeo com familiares. João revê parte de seus familiares (mãe, pai, madrastra, irmãs, irmãos, sobrinhos, avó, cunhados e vizinhos), os espaços e ambientes conhecidos e seus animais de estimação. Ele se emociona em alguns momentos. Refere haver comido pudim, pede para trazerem a comida da avó no hospital e quando questionado diz que está sendo bem cuidado. Em diversos momentos, é necessário que a terapeuta verbalize as palavras articuladas por João para a compreensão dos familiares. Todos os familiares relatam estar rezando e torcendo para sua recuperação.

Ao finalizar a ligação, João relata às terapeutas não ver a hora de voltar para a casa. Foi ofertado espaço de escuta ativa e acolhimento das demandas despertadas. João faleceu silenciosamente na madrugada dias depois. No atendimento da psicologia realizado no dia anterior a seu óbito, João foi encontrado assistindo filme na televisão, com humor levemente deprimido. Refere que não queria ir para casa com dor e por conta disso estava chateado. Disse que tinha gostado de receber a visita presencial de sua irmã e pede nova chamada de vídeo com os familiares.

IV. DISCUSSÃO

O sujeito que sofre um adoecimento súbito vítima de politrauma tem seu cotidiano interrompido pela necessidade de hospitalização imediata e muitas vezes prolongada como no caso relatado. O Método Terapia Ocupacional Dinâmica tem o propósito de promover a construção de um novo cotidiano através de suas técnicas centradas na relação triádica. Esta relação é o núcleo central do MTOD, e é compreendida como a relação estabelecida entre seus três termos; sujeito alvo, terapeuta e atividades (Moraes, 2007).

Segundo Benetton (2006), o sujeito alvo da terapia ocupacional é aquele indivíduo que cumpre rotinas de cuidado, tem um diagnóstico que o diz ser deficiente e alguém que fala por ele. Para Mastropiero (2001), a TO abre espaço onde os sentimentos possam

ser expressos, vivenciados e conhecidos. No caso relatado o sujeito se encontrava impedido de expressar-se verbalmente pelos graves comprometimentos físicos e respiratórios.

O desempenho ineficaz da expressão verbal de pacientes em uso de suporte ventilatório afeta a comunicação e o relacionamento destes com a equipe e seus familiares. Diante desta situação, os pacientes têm dificuldades de participar do planejamento do tratamento, da tomada de decisões a respeito de si próprio, e de informar sobre suas necessidades e queixas (Zubow & Hurtig, 2013 apud Pelosi & Nascimento, 2018). É comum pacientes, familiares e a equipe vivenciarem sentimentos de frustração, impotência e despreparo diante dessa dificuldade (Flinterud & Andershed, 2015; Guttormson et al, 2015, Broyles et al, 2012, Happ et al, 2011, apud Coelho, et al, 2020).

Essa problemática da comunicação é comumente encaminhada aos terapeutas ocupacionais que atuam nos ambientes hospitalares. No processo terapêutico relatado a facilitação da comunicação foi foco inicial das intervenções, seguido pela abertura de espaço de escuta e expressão de sentimentos.

A comunicação pode ser compreendida como uma atividade subjetiva realizada no setting. Para o MTOD as atividades são o terceiro termo da relação triádica, e inclui as atividades subjetivas e concretas realizadas nesse setting. Tais atividades podem ser manejadas de diversas maneiras no contexto clínico, a partir da singularidade dos casos (Marcolino, 2005; Benetton & Marcolino, 2013).

A terapeuta ocupacional cabe a observação atenta dos fenômenos ocorridos, a memória associativa, a condução dos procedimentos terapêuticos e elementos técnicos como: indicação, ensino e compilação das atividades, e uso de outros recursos terapêuticos necessário para a realização das atividades (Marcolino & Fantinatti, 2014).

A realização das atividades concretas se iniciou quando João estava em sua melhor condição clínica da internação. O processo facilitou o reconhecimento e ampliação de suas capacidades, estímulo da autonomia e autopercepção. Para Benetton e outros (2003), no método se privilegia os "...espaços saudáveis mentais, físicos ou sociais, observados através das capacidades e habilidades". E a relação triádica contribui para o processo de autoconhecimento e consciência (Benetton, 1994), pois o sujeito pode testar suas habilidades, perceber suas capacidades ocultas devido ao processo de adocimento ou ainda, desenvolver novas habilidades (Marcolino & Fantinatti, 2014; Rodrigues, 2003).

No processo terapêutico percorrido pelo sujeito foi possível perceber uma nova forma de interação com familiares a partir da experimentação positiva

compartilhada no setting quando João pede para jogar forca com seus sobrinhos durante a visita. E assim vai se dando a inserção social do sujeito no método, como diz Rodrigues (2003) "é no processo terapêutico, na constituição da relação triádica que se inicia o caminho do CUIDAR, uma relação potencializadora, um encontro para compartilhar e que posteriormente será ampliado para o social".

O enfrentamento de uma doença gera inúmeras reações psicológicas relacionadas a dependência de outro como a perda da identidade, regressão, sentimentos de desproteção e de solidão (Morais, 2001). Foi observado no caso relatado que João encontrava em sua família a segurança e conforto para enfrentar a hospitalização e a perda da saúde. Em todo o processo terapêutico ela esteve presente nas falas, nas atividades, nos desejos, em visitas presentes, virtuais e também nas suas ausências.

Apesar de João ter sido admitido no serviço em uma situação clínica crítica, o suporte recebido por toda a equipe contribuiu para a reversão inicial dessa condição. João evoluiu sem sequelas cognitivas e a alta hospitalar começou a ser planejada pela equipe. Mesmo se aproximando da terminalidade, a terapeuta ocupacional atuou preservando os espaços saudáveis, promovendo a autonomia e realização de desejos, como interveio no alívio da dor e do sofrimento, ações condizentes com os princípios dos cuidados paliativos (Trevisana et al, 2019).

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hospitais de urgência e emergência são um campo para TO em crescente expansão no país, que tem permitido atendimento mais precoce ao sujeito politraumatizado, porém esta atuação ainda é assunto pouco explorado no Brasil e no mundo.

Existe uma lacuna na literatura científica sobre a contribuição da TO com sujeitos politraumatizados durante a fase aguda de hospitalização sob o ponto de vista da preservação da saúde mental, o que leva a necessidade de investigação na área.

Na discussão feita sobre os recortes do processo terapêutico apresentados foi possível ver como as terapeutas ocupacionais conduziram os atendimentos na sustentação de um setting propício para a realização das atividades apesar da situação crítica de saúde de João e de sua grave limitação física, com foco na construção do seu cotidiano, ainda que restrito ao ambiente hospitalar. Valorizando seus aspectos saudáveis, criando espaços para expressão e reconhecimento de sentimentos e fortalecendo as relações afetivas.

Neste relato foi possível perceber os movimentos de João na dinâmica da relação triádica, e como aos poucos ele foi aprendendo a interagir de um novo modo no social.

Ainda que esta pesquisa seja resultado de um estudo de caso único, foi possível refletir sobre os principais procedimentos realizados e o raciocínio clínico conduzido pela terapia ocupacional sob referencial teórico do MTOD. O conhecimento gerado por esse relato contribui com a discussão da TO nesse campo de atuação, para a melhoria na assistência à população que se encontra em situação semelhante, além de ser uma estratégia oportuna de contribuição para a produção científica da área.

REFERENCES RÉFÉRENCES REFERENCIAS

- Atkins, M. S. (2013). Lesão Medular. In: C. A. Trombly, & M. V. Radomski (6), *Terapia Ocupacional para disfunções físicas*. (pp. 1171-1213.). São Paulo: Santos.
- Benetton, M. J. (1994). *Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental* (Tese de Doutorado em Saúde Mental) Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Benetton, J., & Tedesco, S., & Ferrari. (2003). Hábitos, Cotidiano e Terapia Ocupacional. *Revista do CETO*, 8(8), 27-40.
- Benetton, M. J. (2006). *Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional*. Campinas: Unisalesiano - Centro Universitário Católico Auxilium.
- Benetton J., & Marcolino T. Q. (2013). As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, 21(3), 645-652.
- Brasil. (2012). *Glossário temático: traumatologia e ortopedia*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2ª edição, p. 52. Brasil. (2014, 20 de maio). *Diretrizes da Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências*. Ministério da Saúde, Brasília, seção 1, p.2-3. Recuperado em 3 de outubro de 2020, de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Diretrizes.pdf>
- Cazeiro, A. P. M., & Casacio G. B. P. (2018). *Terapia Ocupacional em Pacientes com Disfunções Traumato-ortopédicas no Contexto Hospitalar*: In: M. M. R. P. De Carlo & A. M. Kudo, (1) *Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalar e Cuidados Paliativos* (pp. 256-268). São Paulo: Editora Payá.
- Coelho, P. S. O., & Valle, K., & Carmo, G. P., & Santos, T. R. M., & Nascimento, J. S., & Pelosi, M. B. (2020). *Sistematização dos procedimentos para a implementação da comunicação alternativa e ampliada em uma UTI geral*. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 28(3), 829-854.
- Escarso, A. C., & Ruiz, M. T., & Silva, J. M. (2012). *Perfil das notificações de traumas em um hospital de ensino*. *Revista Qualidade HC*, 3(3), 131-136
- Fechio, M. B., & Pacheco, K. M. B., & Kaihami, H. N., & Alves, V. L. (2009). *A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito*. *Acta Fisiátrica*, 16(1), 38-42.
- Marcolino, T. Q. (2005). *A dimensão pedagógica nos procedimentos de Terapia Ocupacional*. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Marcolino, T. Q., & Fantinatti, E. N. (2014). *A transformação na utilização e conceituação de atividades na obra de Jô Benetton*. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(2), 142-50.
- Mastropietro, A. P. (2001). *Implantação de um Serviço de Terapia Ocupacional em uma Unidade de Medula Óssea*. *Revista do CETO*, 6(6), 18.
- Mello-Jorge, M. H. P., & Laurenti, R. (1997). *Acidentes e violência no Brasil: Apresentação*. *Revista de Saúde Pública*. 31(4), 1-4.
- Moraes, G.C. (2007). *Trilhas Associativas: uma história contada a três*. *Revista do CETO*, 10(10), 19-25.
- Morais, L.V. A (2001). *Interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: Um Espaço para a Saúde*. *Revista do CETO*, 6(6), 9-13.
- Pelosi, M. B., & Nascimento J. S. (2018). *Uso de recursos de comunicação alternativa para internação hospitalar: percepção de pacientes e de terapeutas ocupacionais*. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, 26(1), 53-61.
- Rodrigues, K. P. (2003) *Terapia Ocupacional: do setting terapêutico para o palco da vida*. *Revista do CETO*, 8(8), 59-71.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). *Assessment of coma and impaired consciousness*. *The Lancet*, 304(7872), 81-84.
- Trevisana, A. R., & Reksua, S., & Almeida, W. D., & Camargo, M. J. G. et al. (2019). *A intervenção do terapeuta ocupacional junto às pessoas hospitalizadas: adotando a abordagem dos cuidados paliativos*. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 27(1), 105-117.