

Ações de terapia ocupacional em saúde mental para pacientes internados em hospital geral: impacto sobre o funcionamento ocupacional

Actions of occupational therapy in mental health for patients hospitalized in general hospitals: impact on occupational functioning

Solange Aparecida Tedesco¹, Luiz Antonio Nogueira-Martins²,
Vanessa de Albuquerque Citero³

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i3p261-270>

Tedesco SA, Nogueira-Martins LA, Citero VA. Ações de terapia ocupacional em saúde mental para pacientes internados em hospital geral impacto sobre o funcionamento ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2017 set.-dez.;28(3):261-70.

RESUMO: *Introdução:* A Terapia Ocupacional (TO) em saúde mental favorece o cuidado ao paciente em situações de adversidade decorrentes da hospitalização. *Objetivo:* Avaliar o impacto da abordagem em TO sobre o funcionamento ocupacional especificamente nas dimensões de causalidade pessoal, valores, interesses, papéis, hábitos, habilidades e meio ambiente de pacientes internados em hospital geral provenientes de um serviço de interconsulta psiquiátrica. *Método:* Estudo longitudinal que avaliou o funcionamento ocupacional, antes e após a intervenção em TO, verificando o impacto sobre estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades com a internação por, no mínimo, cinco sessões. Os dados foram obtidos dos registros do serviço e pela Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF). *Resultados:* As médias de todas as dimensões de funcionamento ocupacional após as intervenções foram maiores do que as médias iniciais ($p < 0,05$). *Conclusão:* A abordagem em TO no contexto da interconsulta psiquiátrica possibilita a ampliação das dimensões que compõem diferentes sistemas do desempenho do paciente internado em hospital geral.

DESCRITORES: Terapia ocupacional; Saúde mental; Avaliação; Encaminhamento e consulta; Institucionalização.

Tedesco SA, Nogueira-Martins LA, Citero VA. Actions of occupational therapy in mental health for patients hospitalized in general hospitals: impact on occupational functioning. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2017 Sept.-Dec.;28(3):261-70.

ABSTRACT: *Introduction:* Occupational Therapy (OT) in mental health favors the care for the patient in situations of adversity due to hospitalization. *Objective:* To evaluate the impact of the OT approach on the occupational functioning, specifically on the dimensions of personal causation, values, interests, roles, habits, skills, and environment of inpatients at general hospitals under a consultation-liaison psychiatry service. *Method:* This is a longitudinal study that evaluated the occupational functioning of patients who presented difficulties with the hospitalization, before and after the OT intervention and the impact on the occupational functioning. We studied patients who went to at least five OT sessions. Data were obtained from records of the service and from the Self-Assessment of Occupational Functioning (SAOF) scale. *Results:* Means of all the occupational functioning dimensions were higher than baseline means ($p < 0.05$) after the intervention. *Conclusion:* The OT approach in consultation-liaison psychiatry allows the dimensions that compose the performance systems of the general hospital inpatient to be improved.

KEYWORDS: Occupational therapy; Mental health; Evaluation; Referral and consultation; Institutionalization.

Artigo é parte da tese de doutorado: "Ações de terapia ocupacional (TO) em saúde mental no contexto de um serviço de interconsulta psiquiátrica em hospital geral (HG)" - Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. O estudo integra a pesquisa: "Avaliação da implantação do núcleo de terapia ocupacional (NuTO) em saúde mental no programa de interconsulta psiquiátrica em hospital geral". Parecer de comitê de ética institucional: aprovado CEP 1167/10 em 20 de agosto de 2010.

1. Doutora em Ciências pela UNIFESP e terapeuta ocupacional do departamento de Psiquiatria da UNIFESP-EPM. Professora do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário São Camilo. Email: sotedesco@uol.com.br
2. Professor associado aposentado do departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Email: nogmartins.luiantonio@gmail.com
3. Coordenadora do Serviço de Saúde Mental do HU- Dept. de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Email: vcitero@uol.com.br

Endereço para correspondência: Solange Aparecida Tedesco. Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Psiquiatria. Secretaria do Departamento de Psiquiatria. Rua Borges Lagoa, 570 1º andar. Vila Clementino - São Paulo, SP, BR. CEP: 04038-020. Email: sotedesco@uol.com.br

INTRODUÇÃO

É parte do campo de conhecimento e intervenção da terapia ocupacional (TO) o estudo e avaliação do funcionamento ocupacional que compreende todas as atividades realizadas pelo indivíduo na trama da ocupação e construção do seu tempo, ambiente e cultura para um fazer cotidiano^{1,2,3}.

Diferentes modelos de referência para a aplicação dos procedimentos da TO buscam especificar o termo funcionamento ocupacional, conceito esse associado aos estudos do Modelo da Ocupação Humana^{4,5} e que se relaciona mais à natureza da ocupação e seu papel na vida dos sujeitos, tanto na saúde como nas situações de ruptura de projetos de vida, autocuidado e da ocupação na vida, incluindo-se ações necessárias para que essas atividades mantenham-se, também, na adversidade advinda da hospitalização e tratamento, na dificuldade ou no adoecimento. As ações do terapeuta ocupacional, no processo saúde-doença e sua complexidade, contemplam a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida relacional e de produção dos sujeitos-alvo (p.143)⁶.

O Modelo da Ocupação Humana^{4,5} conceitua o funcionamento ocupacional como um sistema de relações e trocas entre a pessoa com seu ambiente. Esse modelo evidencia a ocupação como inerente a condição humana e estabelece a relação da ação e do fazer dentro dos contextos temporal, físico e sociocultural (p.4)⁴. O termo “ocupacional” é utilizado para toda relação de uma pessoa com as suas áreas de ação, incluindo o trabalho, o jogo e as atividades da vida cotidiana. As relações entre a pessoa, o ambiente e a ação em diferentes contextos são avaliadas e fazem parte dos procedimentos especializados em TO. Componentes, como o autocuidado, produtividade, lazer e a sua inter-relação com os papéis, ambiente, valores, entre outros, especificam o conceito de funcionamento ocupacional como consistente para a prática do terapeuta ocupacional. O desempenho, em ocupações prazerosas e satisfatórias, possibilita ao sujeito uma identidade, uma estrutura e uma flexibilidade nos papéis sociais e funcionais (p.318)⁴. O estudo desse Modelo busca entender de que modo as ocupações são motivadas, quais padrões são estabelecidos ou adaptados e como as atividades são realizadas por meio de três elementos constituintes: volição, habituação e capacidade de desempenho⁵.

O Modelo da Ocupação Humana foi introduzido como uma tentativa específica para sintetizar os conceitos do comportamento ocupacional em um modelo de prática e de pesquisa. Autores como Barris et al.⁷ vêm desenvolvendo

instrumentos para avaliação clínica, definindo a identificação de prejuízos em estruturas do desempenho de atividades que sustentam a organização das ocupações e do cotidiano de cada indivíduo, como categorias do funcionamento ocupacional.

Os dados de literatura, sobre ações de TO em saúde mental em hospital geral para o paciente, mostra descrições de experiências condicionadas aos modelos dos serviços de interconsulta psiquiátrica, delimitando, assim, os critérios de encaminhamento para o atendimento especializado, a exemplo de Moraes et al.⁸, que descreveram a associação entre os motivos da solicitação de TO com o propósito de estimular o paciente durante o período da hospitalização, promovendo à realização de atividade, tendo o foco na preocupação com o aproveitamento e uso do tempo, principalmente em relação ao preenchimento do tempo ocioso, no auxílio à adaptação do paciente ao adoecimento, tratamento e à internação, além do subsídio no manejo dos aspectos psicossociais. Gomes et al.⁹ mostraram que os critérios de um interconsultor psiquiátrico, para o encaminhamento ao atendimento em TO em saúde mental, compreendiam a inadaptação do paciente à rotina hospitalar, a não adesão ao tratamento clínico proposto, à interrupção do cotidiano por adoecimento/hospitalização, e ao desejo manifesto de realizar a TO.

A interconsulta psiquiátrica consiste em estabelecer uma interface clínica com especialidades médicas, auxiliando na assistência ao paciente no hospital geral. É composta por um conjunto de ações desenvolvido por uma equipe de saúde mental, junto a uma equipe de saúde, tendo como proposta qualidade e atenção integrada ao paciente internado no hospital geral, modificando a estrutura assistencial centrada na doença para aquela centrada no contexto^{10,11}. Os serviços de interconsulta psiquiátrica têm sido enriquecidos com o trabalho multiprofissional em saúde mental, refletindo a mudança do paradigma biomédico para concepções biopsicossociais, ou a medicina integrada e interacional somada ao desenvolvimento tecnológico da área¹².

O presente estudo avaliou o funcionamento ocupacional de pacientes de interconsulta psiquiátrica, encaminhados pelo interconsultor para o atendimento em saúde mental, bem como o impacto que as ações de TO geram sobre o funcionamento ocupacional, após a realização de um processo terapêutico. A hipótese de pesquisa foi a de que a relação estabelecida no processo terapêutico em TO em saúde mental no hospital geral pode identificar áreas de funcionamento ocupacional viáveis de melhorias, auxiliando na adaptação do paciente às situações de adversidade decorrentes do adoecimento e internação.

MÉTODO

Foi realizado um estudo longitudinal, que comparou o funcionamento ocupacional do paciente internado em hospital geral antes e após ter sido submetido a um processo terapêutico em saúde mental. O estudo foi realizado no período de dois anos (01/01/2002 a 31/12/2004), no Hospital Geral (HG) da Escola Paulista de Medicina (EPM) de 2002 a 2004, e aprovados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP-EMP), conforme Protocolo n.º 1167/10.

Os 45 pacientes da casuística estudada tiveram, ao menos, cinco atendimentos de TO por encaminhamento do interconsultor, durante a internação, e eram provenientes de um grupo de 139 pacientes. A descrição destes 139 pacientes e os motivos pelos quais foram encaminhados para a TO foi descrito no estudo de Tedesco¹³. Na ausência de parâmetros para o número mínimo de sessões de TO em saúde mental no hospital geral, que permitiriam avaliar o impacto da intervenção¹⁴, optou-se pelo conceito de complexidade do cuidado, como critério, descrito no *European Consultation Liaison Workgroup*¹⁵ sobre a utilização do cuidado nos serviços hospitalares, relativamente ao número de intervenções não esperadas da enfermagem e de consultas médicas e paramédicas realizadas^{13,15}. Desta forma, foram definidos, pelo menos, cinco atendimentos de TO para a reavaliação das mudanças no funcionamento ocupacional do paciente. O processo de coleta de dados foi o próprio método assistencial, isto é, uma vez solicitada a avaliação do terapeuta ocupacional, este procedia a avaliação do paciente e do contexto de internação e definia um processo terapêutico com ele para a melhoria no seu cotidiano e contextos. Este processo era estabelecido considerando que a frequência das intervenções seria feita na intensidade que a situação clínico-cirúrgico permitisse, em outras palavras, poderia ser diária, a cada dois dias, ou três dias, e em casos muito crônicos até semanal.

Os dados provinham do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do Hospital Universitário da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, durante o período de 01/01/2002 a 31/12/2004. O registro realizado nesse período de implantação permitiu a organização do serviço e construção de protocolos clínicos em TO, assim como um estudo longitudinal em andamento. Os interconsultores, sob solicitação do médico de áreas clínicas ou cirúrgicas, atendiam os pacientes internados no hospital geral, quando identificada alguma demanda psiquiátrica e/ou psicológica, que envolvesse o paciente, e sua relação estabelecida com a equipe de saúde, ou de seus familiares com a equipe¹⁶. Com a finalidade de ampliar suas ações, no ano de 2000, o serviço de interconsulta passou a utilizar a assistência em TO em saúde mental como

mais uma atividade do serviço. Essa inclusão baseou-se no pressuposto teórico^{16,17} de que a TO contribuiria com o atendimento ao paciente, oferecendo melhor estruturação para o funcionamento ocupacional e, consequentemente, melhor relação com o ambiente e contexto. O pedido para o atendimento de um terapeuta ocupacional ocorria a partir da avaliação feita pelo interconsultor, sendo que o terapeuta ocupacional atuava como um consultor na sua área, prestando atendimento especializado para o paciente. Este terapeuta ocupacional encontrava-se em capacitação junto à formação dos médicos residentes do Departamento de Psiquiatria tendo vínculo acadêmico no programa de especialização em saúde mental e recebeu supervisão do pesquisador responsável.

Os atendimentos consistiam em um processo terapêutico individualizado que, implicavam na avaliação inicial, o desenvolvimento de um plano de ação intermediado, por meio de um campo relacional e atividades terapêuticas e uma reavaliação final. A promoção da qualidade dos cuidados biopsicossociais, prestados ao paciente internado no hospital geral, considerou, além das relações interpessoais dos profissionais de saúde do paciente e do familiar, a adaptação do doente à doença, à hospitalização e aos procedimentos terapêuticos.

Os dados foram coletados da ficha de registro do serviço de interconsulta, preenchido pelo interconsultor, tendo como principais dados de mensuração: características sociodemográficas do paciente (gênero, idade, escolaridade, estado civil, ocupação); dados clínicos (diagnóstico de internação, enfermagem de internação, presença de antecedentes psiquiátricos); dados do pedido (motivo de avaliação do interconsultor, motivo de encaminhamento para a TO e resultado da avaliação do interconsultor ⇒ condutas realizadas e diagnóstico psiquiátrico). Outra fonte, também preenchida pelo terapeuta, foi a ficha de registro e do programa de TO que compreendia: (1) Avaliação psicossocial (relação do impacto da doença e da internação sobre a funcionalidade, desempenho e rotina do paciente; sequelas prévias à internação em questão; abordagem de reabilitação física ou psicossocial prévia; presença de suporte social ou familiar durante a internação; impacto da doença e da internação para o paciente e o familiar; percepção do paciente em relação às suas dificuldades, limitações e necessidades durante a hospitalização); (2) Avaliação global da situação (necessidade de adaptação no tempo, no ambiente e no fazer; necessidade de suporte social, ambiental, emocional e funcional; prejuízo do autocuidado, da autonomia e da independência; dificuldade de comunicação interpessoal); e (3) Avaliação do funcionamento ocupacional, aplicando-se o SAOF na primeira e na última consulta do paciente.

O funcionamento ocupacional dos pacientes foi avaliado pelo *Self Assessment of Occupational Functioning - SAOF*¹⁸, escala desenvolvida com base teórica no Modelo de Ocupação Humana⁵ com a finalidade de avaliar a percepção do paciente quanto às áreas do funcionamento ocupacional, cujo desenvolvimento foi realizado com a perspectiva de estabelecer prioridades no processo terapêutico em relação aos pontos mais vulneráveis no funcionamento global do paciente (p.14)¹⁸. A *SAOF* possibilita tanto a informação qualitativa, dessas experiências, como um escore que reflete a opinião do paciente sobre suas próprias potencialidades ou limitações, em áreas como a causalidade pessoal (percepção do indivíduo sobre si mesmo), valores, interesses, papéis, hábitos, habilidades e meio ambiente (p. 51)¹³. A versão brasileira do *SAOF*¹⁹ manteve os mesmos critérios do instrumento original (k=0,69). Posteriormente, Tedesco et al.²⁰ adaptaram o instrumento realizando adaptações para adequação e facilitação semântica do instrumento no Brasil. Neste estudo obtiveram-se níveis satisfatórios de confiabilidade na utilização das áreas do *SAOF* individualmente (k=0,75) ou na aplicação das áreas como um todo (k=0,65), sugerindo o alcance do processo colaborativo entre paciente e terapeuta na discussão de prioridades no foco do processo terapêutico e na percepção das principais rupturas²⁰.

A versão adaptada do *SAOF* é composta por 35 itens distribuídos em sete áreas. Cada item possui três gradações de resposta (1 ⇒ Sim; 2 ⇒ Não; 3 ⇒ Não sei); contém uma página de definições que consistem em auxiliar o terapeuta a esclarecer e a definir cada uma das sete categorias de funcionamento ocupacional, padronizando, assim, a interpretação da teoria (p.52,53)¹³:

1. **Causalidade Pessoal:** Forma como o indivíduo se enxerga e suas expectativas de falhar ou ter sucesso nas ações, incluindo a sua percepção de capacidade de autocontrole, decisões e frustração;
2. **Valores:** Atividades importantes para o indivíduo, padrões e metas estabelecidas;
3. **Interesses:** Atividades de que o indivíduo gosta e tem prazer em realizar;
4. **Papéis:** Funções desempenhadas na vida, incluindo o conhecimento e o desempenho de comportamentos e habilidades necessárias;
5. **Hábitos:** Atos rotineiros, organização e execução das tarefas no cotidiano;
6. **Habilidades:** Habilidades físicas e mentais que auxiliam na expressão, no contato social e na ação;
7. **Meio Ambiente:** variedade de local onde o indivíduo passa o tempo, incluindo as pessoas, os objetos e recursos sociais.

Para fins de análise, as categorias de “não” e “não sei” foram agrupadas, permitindo que duas categorias de respostas fossem tratadas, “sim” e “não / não sei”.

Quando encaminhado, o paciente era avaliado pelo terapeuta ocupacional utilizando os protocolos clínicos descritos, sendo que o *SAOF* era aplicado no primeiro atendimento e reaplicado no último atendimento, anteriormente à alta. Os atendimentos constituíam-se de um processo terapêutico individualizado que implicava na avaliação inicial, no desenvolvimento de um plano de ação intermediado por meio de atividades terapêuticas, e uma reavaliação final.

As medidas de tendência central das sete dimensões do *SAOF* foram descritas, bem como as médias foram comparadas entre as fases pré e pós-intervenção em TO pelo teste *t* de Student para amostras dependentes²¹. Para verificar mudanças nos padrões dos itens da escala *SAOF*, entre as duas fases, foi utilizado o teste de McNemar²¹. Um gráfico de rede, com todas as medidas do *SAOF* obtidas nas duas fases, foi delineado mostrando a área sob a curva colorida que representou o desempenho em cada uma das dimensões que compunham o *SAOF*, sendo que as sete dimensões corresponderam, respectivamente, a cada uma das pontas do polígono. Também apresentou a homogeneidade do desempenho de cada dimensão, pela forma dessa área. Por fim, foi realizada a análise de consistência dos itens que compuseram cada dimensão do *SAOF*.

RESULTADOS

Dos 139 encaminhamentos, 45 (32,4%) pacientes tiveram acompanhamento com sessões de TO superiores a cinco.

A Tabela 1 corresponde à comparação das características dos 45 pacientes em relação aos 94 que, também, foram encaminhados pelo interconsultor, mas não receberam mais de cinco atendimentos (55) ou foram a óbito (16) ou, ainda, tiveram alta hospitalar sem a reaplicação da avaliação (23). Os grupos apresentaram diversas diferenças ($p < 0,05$), sendo que os que se mantiveram em mais de cinco atendimentos eram predominantemente do gênero feminino, mais velhas, com maior escolaridade, maior proporção de pessoas economicamente ativas, internadas em unidade de diálise e encaminhadas para a TO por “longo período de hospitalização”. Além disso, foram menos encaminhados ($p < 0,05$) por “dificuldade na relação com equipe de cuidadores”, por apresentarem sintomas psiquiátricos e serem políquelosos ou solicitantes. Na avaliação da TO diagnosticou-se maior necessidade de adaptação no fazer, menor necessidade de adaptação no ambiente e de dificuldade de comunicação interpessoal.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas do paciente e dos aspectos relacionados ao pedido de interconsulta psiquiátrica em função de o paciente ter sido encaminhado para o atendimento em terapia ocupacional

	Pedidos encaminhados para TO (n=139)		Avaliação e reavaliação (SAOF)				p-valor
			Sim (n=45)		Não (n=94)		
	n	%	n	%	n	%	
Gênero feminino	90	65,2	35	77,8	55	59,1	0,031
Anos de estudo ≥ 8 anos	55	39,6	25	56,8	30	32,3	0,006
Atividade no mercado de trabalho	20	14,7	11	24,4	9	9,9	0,024
Dados clínicos							
Enfermaria							
- Diálise	21	15,2	17	37,8	4	4,3	<0,001
- Hematologia	16	11,6	7	15,6	9	9,7	0,0312
- Cirurgia plástica	4	2,9	0	0,0	4	4,3	0,303
- Ginecologia	5	3,6	0	0,0	5	5,4	0,173
Antecedente psiquiátrico pessoal	37	26,6	16	35,6	21	22,3	0,099
Motivo de encaminhamento da interconsulta							
- Longo período de hospitalização	76	60,3	37	82,2	39	48,1	<0,001
- Dificuldade no manejo clínico	75	59,5	22	48,9	53	65,4	0,070
- Dificuldade na relação com equipe de cuidadores	61	48,4	14	31,1	47	58,0	0,004
- Sintomas psiquiátricos	83	65,9	24	53,3	59	72,8	0,0027
- Paciente poli queixoso e solicitante	87	69,0	26	57,8	61	75,3	0,041
- Dificuldade do paciente em lidar com doença e/ou internação	117	92,9	41	91,1	76	93,8	0,720
- Adaptação e orientação nas atividades de vida diária e cuidado	99	78,6	41	91,1	58	71,6	0,011

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas do paciente e dos aspectos relacionados ao pedido de interconsulta psiquiátrica em função de o paciente ter sido encaminhado para o atendimento em terapia ocupacional

	Pedidos encaminhados para TO (n=139)		Avaliação e reavaliação (SAOF)				<i>p-valor</i>
			Sim (n=45)		Não (n=94)		
	n	%	n	%	n	%	
<i>Avaliação da Terapia Ocupacional</i>							
Necessidade de adaptação no tempo	91	73,4	37	82,2	54	68,4	0,093
Necessidade de adaptação no ambiente	92	74,2	27	60,0	65	82,3	0,006
Necessidade de adaptação no fazer	103	83,1	43	95,6	60	75,9	0,005
Necessidade de suporte social	57	46	21	46,7	36	45,6	0,906
Necessidade de suporte ambiental	92	74,2	30	66,7	62	78,5	0,148
Necessidade de suporte emocional	113	91,1	40	88,9	73	92,4	0,526
Necessidade de suporte funcional	95	76,6	35	77,8	60	75,9	0,817
Prejuízo do autocuidado	68	54,8	22	48,9	46	58,2	0,315
Prejuízo da autonomia	72	58,1	26	57,8	46	58,2	0,961
Prejuízo da independência	60	48,4	23	51,1	37	46,8	0,647
Dificuldade de comunicação inter-pessoal	80	64,5	24	53,3	56	70,9	0,049
		Média ± DP (min-max)		Média ± DP (min-max)		Média ± DP (min-max)	<i>P</i>
Idade do paciente (anos)		39±18,4 (3;86)		43,7±13,8 (10;66)		36,7±19,9 (3;86)	0,018
Número de atendimentos realizados pelo terapeuta ocupacional		8,0±6,6 (1;28)		13,5±5,8 (6;27)		5,1±4,9 (1;28)	<0,001
Tempo de terapia ocupacional (dias)		Média n=4		Média n=12		Média n=4	

Estes 45 pacientes eram, em sua maioria (Tabela 1), do gênero feminino (77,8%), com média de idade de 43,7 ± 13,8 anos, 56,8% possuíam oito ou mais anos de estudo, 24,4% mantinham-se economicamente ativas no mercado de trabalho e 53,3% eram casadas. Apresentavam antecedentes psiquiátricos 35,6% dos pacientes e, em relação à enfermagem, 37,8% eram da diálise e 15,6% da hematologia. Os pacientes foram encaminhados para a TO, principalmente, por apresentar “dificuldade em lidar com a doença e internação”, “necessidade de adaptação e orientação nas atividades de vida diária e de cuidado” e “longo período de hospitalização”. Mais de 80%

dos pacientes avaliados manifestaram “necessidade de adaptação no fazer”, “necessidade de adaptação no tempo” e “necessidade de suporte emocional”. Com referência a estes registros, os pacientes haviam realizado uma média de 13,5 ± 5,8 atendimentos de TO, o que ocorreu em um período mediano de 59 dias.

Na avaliação psicossocial verificou-se que 91,1% dos pacientes indicaram alguma limitação na sua vida durante a internação, 88,7% e 87,9% dos pacientes referiram ter, respectivamente, doenças e internações com grande impacto em suas vidas. Além disso, 67% referiram suporte social durante a internação.

Tabela 2 – Razão de chance de um paciente ser encaminhado pelo interconsultor psiquiátrico para o atendimento em terapia ocupacional em saúde mental

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	t	p
<i>Causalidade pessoal</i>						
Pré-intervenção	0,30	0,23	0,00	0,83	14,76	<0,001
Pós-intervenção	0,61	0,18	0,33	1,00		
<i>Valores</i>						
Pré-intervenção	0,21	0,24	0,00	0,67	10,80	<0,001
Pós-intervenção	0,62	0,20	0,33	1,00		
<i>Interesses</i>						
Pré-intervenção	0,10	0,20	0,00	0,67	16,96	<0,001
Pós-intervenção	0,66	0,21	0,33	1,00		
<i>Papeis</i>						
Pré-intervenção	0,43	0,24	0,00	0,71	8,22	<0,001
Pós-intervenção	0,66	0,14	0,29	1,00		
<i>Hábitos</i>						
Pré-intervenção	0,16	0,20	0,00	0,67	10,89	<0,001
Pós-intervenção	0,58	0,26	0,00	1,00		
<i>Habilidades</i>						
Pré-intervenção	0,21	0,14	0,00	0,58	21,87	<0,001
Pós-intervenção	0,62	0,10	0,42	0,83		

A comparação entre as médias de desempenho das dimensões do SAOF antes e após a intervenção (Tabela 2) revelou aumento do desempenho em todas as dimensões do funcionamento ocupacional, posteriormente à intervenção ($p < 0,05$). Pôde-se notar, também, no polígono associado à avaliação pós-intervenção (Figura 1), maior homogeneidade de desempenho em todas as dimensões. Verificou-se na avaliação pré-intervenção que os pacientes apontavam, em média, pouca percepção de seus “Interesses” e maior percepção na dimensão de “Papeis”, com melhoria proeminente da percepção de “Interesses” na fase pós-intervenção.

No que se refere à dimensão meio ambiente, composto por apenas um item, observou-se aumento de respostas positivas de 17,8% para 55,6% entre as duas avaliações.

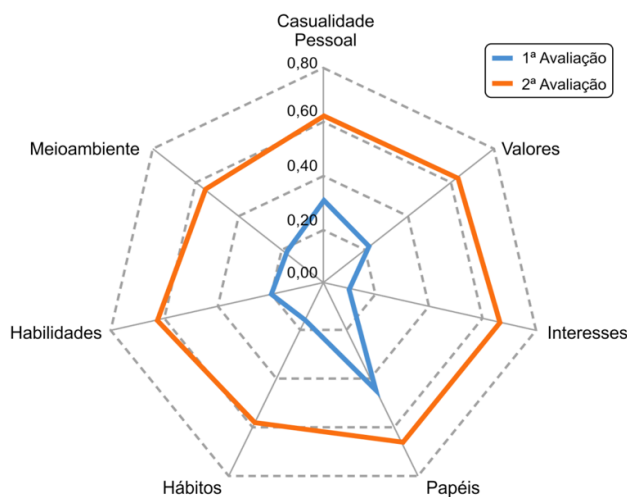


Figura 1 – Média dos indicadores por dimensões do SAOF por avaliações

DISCUSSÃO

Os pacientes encaminhados pelos interconsultores psiquiátricos e atendidos em TO em saúde mental, obtendo avaliação e reavaliação no funcionamento ocupacional, apresentaram melhoras em todas as dimensões avaliadas.

Na avaliação das áreas do funcionamento ocupacional, a relação das questões de cada área, apresentou melhora significativa da primeira para a segunda aplicação, observando-se aquisição e mudança de estratégias pessoais no fazer atividades com o terapeuta.

Na área dos hábitos (rotina e cotidiano) observou-se a percepção, entre a primeira e segunda avaliação, do uso satisfatório do tempo mesmo na situação de hospitalização. Na área dos papéis, a diferença mais significativa referiu-se ao envolvimento na experiência atual e as experiências no papel desempenhado como familiar. As áreas dos hábitos e a dos papéis correspondem aos padrões pessoais e sociais interiorizados e organização de rotinas.

Todas as avaliações da área das habilidades apresentaram aquisições nas reavaliações e referiam-se ao subsistema do desempenho integrado do sujeito, o organizador da capacidade de executar, narrar, relacionar-se e interagir.

Tendo como estudo as ações de TO em saúde mental para o paciente clínico no campo hospitalar, subsidiada pelas discussões de Galheigo e Antunes²², entende-se a integralidade do cuidado como a construção real e multidimensional de redes de suporte, sustentação e manutenção social e relacional do sujeito como vetor da promoção e cuidado a saúde, estabelecendo práticas mais amplas que as exigidas no foco saúde-doença. Analisando o total de encaminhamentos da interconsulta psiquiátrica para a TO observa-se a avaliação do interconsultor quanto às dificuldades do paciente em lidar com a doença e internação, bem como necessidade de adaptação e orientação referentes às atividades de vida diária e ao cuidado.

As concepções de um processo terapêutico, voltado para a relação do sujeito e seu ambiente, participação social, saúde e bem-estar indicam a necessidade de aprofundar a avaliação sobre as narrativas e experiências do fazer e repertório ocupacional do sujeito-alvo da intervenção. Nesta perspectiva, não existe uma disfuncionalidade ocupacional, mas uma percepção do sujeito sobre as rupturas vividas no seu processo de fazer e de participação.

Observou-se que as áreas que apresentaram mudança superior entre as aplicações, para melhora no funcionamento ocupacional, referiam-se à imagem de si próprio, melhora na expectativa de sucesso ou de fracasso e consequente relação com o ambiente, melhora na disposição pessoal para encontrar o prazer em certos objetos, eventos ou pessoas e

melhora nas ações e componentes de ações inter-relacionadas e organizadas flexivelmente, decorrendo na realização de um propósito ou de uma meta sob condições ambientais favoráveis; incluíam não somente o movimento e a percepção exigida para agir sobre o ambiente, mas, também, a tomada de decisão e solução de problemas.

Na avaliação do funcionamento ocupacional, a utilização do *SAOF* permitiu a ampliação das dimensões que compõem diferentes sistemas do desempenho do indivíduo. No caso da dimensão dos Papéis, no conceito de papel ocupacional encontram-se os comportamentos relacionados à organização do uso do tempo, e a inscrição do indivíduo na estrutura social²², sendo assim, os papéis desempenhados apenas fora do ambiente hospitalar como, por exemplo, o de estudante e trabalhador mantiveram sua estabilidade nas duas aplicações; porém, os índices obtidos nos papéis relacionados aos contextos e modificados pela experiência como o desempenho no papel de familiar e de amigo que apresentaram variações nas duas aplicações.

Observou-se que as dimensões em que foram observadas maior alteração, entre as aplicações para a melhora no funcionamento ocupacional, referiam-se à imagem de si próprio, melhora na expectativa de sucesso e consequente relação com o ambiente, melhora na disposição pessoal para encontrar o prazer em certos objetos, eventos ou pessoas, bem como nas ações e componentes inter-relacionados e organizados que conduziam à realização de um propósito ou de uma meta sob condições ambientais favoráveis. Incluíram-se não somente o movimento e a percepção exigida para agir sobre o ambiente, mas, também, a tomada de decisão e solução de problemas^{22,23,24}.

Os fatores contextuais (ambientais e pessoais) a serem considerados nos processos de terapia ocupacional, além dos aspectos relacionais envolvidos no processo de fazer atividades no *setting* terapêutico, diferenciam-se das situações de avaliação ou aquisição de funcionalidade e incapacidade entendidas nos processos de saúde-doença, mesmo que esse cenário seja o hospital geral²⁰.

Não foi possível afirmar se os processos de ruptura, vividos pelo paciente, iniciaram-se na hospitalização ou ao relacionaram-se ao quadro clínico, psiquiátrico ou mesmo à percepção da condição emocional do paciente. A aplicação do *SAOF* permitiu, apenas, estabelecer uma correlação entre o funcionamento ocupacional e o processo de TO em saúde mental num contexto hospitalar.

O *SAOF* é um instrumento de fácil aplicação para o terapeuta ocupacional e, mesmo com a aplicação de uma ou de todas as dimensões, mostra as áreas de funcionamento ocupacional que podem sofrer alterações sob a intervenção. A questão de que a mudança do

funcionamento decorre da intervenção especializada em TO, da melhora clínica ou psiquiátrica, é, ainda, um aspecto inexplorado. No entanto, pôde-se notar que as dimensões do SAOF apresentaram o construto “funcionamento ocupacional” como possível indicador de efetividade a ser estudado. O SAOF pode inclusive

ser avaliado como uma medida aproximada (proxy) das estratégias de enfrentamento (coping). Estudos prospectivos vêm sendo realizados pelo grupo de pesquisa deste estudo para analisar a correlação do SAOF com um instrumento de avaliação de estratégias de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

1. Nelson DL. Occupation: form and performance. *Am J Occup Ther.* 1988;42(10):633-41. doi: 10.5014/ajot.42.10.633
2. Maximino VS, Tedesco S. Rotina, hábitos, cotidiano: no banal e no sutil, a trama da vida. In: Matsukura TS, Salle MM, organizadores. *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental.* São Carlos: EDUFSCAR; 2016. p.123-46.
3. American Occupational Therapy Association (AOTA). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo – 3a ed. traduzida. *Rev Ter Ocup Univ Sao Paulo.* 2015;26:1-49. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49.
4. Kielhofner G. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. 3a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.
5. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. 3a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
6. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 408, de 18 de ago de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde Mental e dá outras providências [resolução na internet]. *Diário Oficial da União,* 24 nov 2011 [citado 14 dez. 2012]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/Iels220/U_RS-COFFITO-408_180811.pdf.
7. Barris R, Kielhofner G, Martin RMB, Gelinas I, Klement M, Schultz B. Occupational function and dysfunction in three groups of adolescents. *Occup Ther J Res.* 1986;6(5):301-17. doi: 10.1177/153944928600600504.
8. Morais LV, Santos JE, Cabrera CC, Ribeiro RPP. A vida cotidiana na obesidade morbida: um espaço para assistência de terapia ocupacional. *Diagn Tratamento.* 2002;7(4):18-21.
9. Gomes MG, Morais LV, Osório FL, Cabrera CC, Bertuso-Pelá EC, De Carlo MM, et al. Assessment of referrals to an OT consultation-liaison service: a retrospective and comparative study. *Scand J Occup Ther.* 2012;19(1):84-91. doi: 10.3109/11038128.2010.534504
10. Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Acad Psychiatry.* 2004;28:4-11. doi: 10.1176/appi.ap.28.1.4.
11. Levenson JL. Psychosomatic medicine: future tasks and priorities for the new psychiatric subspecialty. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(4):301-2. doi: 10.1590/S1516-44462007000400002.
12. Cítero VA, Araújo Andreoli PB, Nogueira-Martins LA, Andreoli SB. New potential clinical indicators of consultation-liaison psychiatry’s effectiveness in Brazilian general hospitals. *Psychosomatics.* 2008;49(1):29-38. doi: 10.1176/appi.psy.49.1.29
13. Tedesco S. Ações de terapia ocupacional (TO) em saúde mental no contexto de um serviço de interconsulta psiquiátrica em hospital geral (HG) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2013.
14. Lee SW, Kielhofner G, Morley M, Heasman D, Garnham M, Willis S, et al. Impact of using the Model of Human Occupation: a survey of occupational therapy mental health practitioners’ perceptions. *Scand J Occup Ther.* 2012;19(5):450-6. doi: 10.3109/11038128.2011.645553.
15. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, de Jonge P, Huyse FJ. Complexity of care and mental illness in medical inpatients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2001;23(6):319-25. doi: 10.1016/S0163-8343(01)00162-1
16. Cordeiro JR, Camelier A, Oakley F, Jardim JR. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the role checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Occup Ther.* 2007;61(1):33-40. doi: 10.5014/ajot.61.1.33.
17. Roley SS, DeLany JV, Barrows CJ, Brownrigg S, Honaker D, Sava DI, et al. Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. *Am J Occup Ther.* 2008;62(6):625-83. doi: 10.5014/ajot.62.6.625.
18. Baron K, Curtin C. Self-Assessment of Occupational Functioning (SAOF). Chicago (IL): University of Illinois; 1990.
19. Tedesco SA. Estudo da validade e confiabilidade de um instrumento de Terapia Ocupacional: Auto-Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF) [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 2000. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/16993>

20. Tedesco SA, Cítero VA, Martins LAN, Iacoponi E. Tradução e validação para português brasileiro da Escala de Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional. Rev Mundo Saúde. 2010;34(2):230-7. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/230a237.pdf.
21. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 5a ed. Porto Alegre: ArtMed; 2014.
22. Galheigo SM, Antunes JA. A caracterização da produção bibliográfica nas práticas hospitalares em terapia ocupacional no Brasil: uma revisão da literatura de 1990 a 2007. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2008;19(2):91-9. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v19i2p91-99.
23. Kielhofner G, Forsyth K, Suman M, Kramer J, Nakamura-Thomas H, et al. Self-Reports: Eliciting Client's Perspectives. In: Kielhofner G. A model of human occupation: Theory and application. 4th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.237-61.
24. Schindler VP. A client-centred, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnoses. Occup Ther Int. 2010;17(3):105-12. doi: 10.1002/oti.291

Recebido em: 10.08.17

Aceito em: 01.12.17