

# 3 ATIVIDADES DE OCUPAÇÃO TERAPÊUTICA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESTRUTURADAS EM REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

| Carlos Melo-Dias<sup>1</sup>; Amorim Rosa<sup>2</sup>; Alberto Pinto<sup>3</sup> |

## RESUMO

A ocupação na sua dimensão terapêutica associada ao tratamento de pessoas com doença mental foi-se implementando, ganhando credibilidade e difundindo desde o início do século XX. Contudo, só recentemente passou a ser entendida como um processo adaptativo contínuo que permite à pessoa desenvolver habilidades, competências e identidade, participando em processos ocupacionais diversos ao longo do seu percurso de vida e nos diferentes contextos ambientais onde se insere. O processo de reabilitação e de recuperação psicossocial tem como objetivo intrínseco, ensinar e treinar os indivíduos incapacitados pela doença mental para o desempenho das habilidades físicas, emocionais e intelectuais necessárias à sua vida autónoma, num nível superior de bem-estar, e com a menor ajuda possível de profissionais de saúde. Este ensaio teórico tem como finalidade propor o conceito de Atividade Ocupacional Terapêutica (AOT) em Enfermagem, estabelecendo uma dinâmica particular entre os seus três elementos nucleares: enfermeiro-cliente-atividade, bem como com os seus domínios de utilização. Sintetizam-se também algumas das formulações teóricas que sustentam a prática clínica de Enfermagem e alguns modelos de compreensão das intervenções no comportamento social. Em análise descritiva enumeram-se os objetivos, os determinantes e benefícios das AOT's em ambiente de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para por fim expor os fundamentos do processo de planeamento com ênfase no papel autónomo do enfermeiro no diagnóstico, prescrição, execução e avaliação das intervenções.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atividade ocupacional terapêutica; Enfermagem; Reabilitação psicossocial; Saúde mental

## RESUMEN

“Actividades de ocupación terapéutica – intervenciones de enfermería estructuradas en rehabilitación psicossocial”

Desde el inicio del siglo XX, la ocupación, en su dimensión terapéutica asociada al tratamiento de personas con enfermedad mental, ha ido implementándose, ganando credibilidad y difundiéndose. Sin embargo, solo en fechas muy recientes ha pasado a ser entendida como un proceso adaptativo continuo que permite a la persona desarrollar habilidades, competencias y una identidad, participando en diversos procesos ocupacionales a lo largo de su trayectoria de vida y en los diferentes contextos ambientales en los que se encuentra.

El proceso de rehabilitación y recuperación psicossocial tiene como objetivo intrínseco enseñar y formar a los individuos discapacitados por una enfermedad mental en torno al desempeño de las habilidades físicas, emocionales e intelectuales necesarias para llevar una vida autónoma, en un nivel superior de bienestar y con la menor ayuda de profesionales sanitarios posible.

Este ensayo teórico tiene como finalidad proponer el concepto de Actividad Ocupacional Terapéutica (AOT) en Enfermería, estableciendo una dinámica particular entre sus tres elementos nucleares: enfermero – cliente – actividad, así como con sus dominios de utilización. Asimismo, se resumen algunas de las formulaciones teóricas que sostienen la práctica clínica de enfermería y algunos modelos de comprensión de las intervenciones en el comportamiento social. En un análisis descriptivo se enumeran los objetivos, los determinantes y los beneficios de las AOT en entornos de enfermería de salud mental y psiquiátrica, para, por último, exponer los fundamentos del proceso de planificación centrado en el papel autónomo del enfermero en el diagnóstico, la prescripción, la ejecución y la evaluación de las intervenciones.

**DESCRIPTORES:** Actividades ocupación terapéuticas; Enfermería; Rehabilitación psicossocial; Salud mental

## ABSTRACT

“Therapeutic occupation activities – nursing structured interventions in psychosocial rehabilitation”

In its therapeutic dimension associated with the treatment of people with mental illness, occupation has been gradually implementing, gaining credibility and spreading since the beginning of the 20th century. However, it was only recently that it started being understood as a continuous adaptive process which allows individuals to develop skills, competencies and their own identity, by participating in various occupational processes throughout the life cycle and within different environmental contexts.

The process of psychosocial rehabilitation and recovery has the intrinsic goal of teaching and training mentally impaired individuals to perform the physical, emotional and intellectual skills needed for leading an autonomous life, with a higher level of well-being and the least possible help from health professionals.

This theoretical essay aims to propose the concept of Therapeutic Occupational Activity (TOA) in Nursing, while establishing a specific dynamics between its three core elements, nurse-client-activity, as well as with its fields of use. Some theoretical formulations which sustain clinical nursing practice are also synthesized, as well as some models of understanding interventions in social behavior. Using descriptive analysis, the goals, determinants and benefits of TOAs in Mental and Psychiatric Health Nursing settings are listed to describe the foundations of the planning process with emphasis on the nurse's autonomous role in the diagnosis, prescription, performance and evaluation of interventions.

**KEYWORDS:** Therapeutic occupation activities; Nursing; Psychosocial rehabilitation; Mental health

Submetido em 06-03-2014

Aceite em 30-05-2014

1 Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, ICS - Porto; Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E); Professor Adjunto Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) – UCP Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Rua 5 de Outubro, Coimbra, cmelodias@esenfc.pt  
2 Doutorando em Ciências de Enfermagem no ICBAS; Investigador na UICISA-E; Professor Adjunto na ESENFC – UCP Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, amorim@esenfc.pt  
3 Doutorando; Investigador na UICISA-E; Professor Adjunto na ESENFC – UCP Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, mpinto@esenfc.pt

## INTRODUÇÃO

O cuidar em Enfermagem promove os projetos de saúde que cada pessoa define, na procura da satisfação global das suas necessidades, concretizando o seu funcionamento social.

Este princípio convoca intrinsecamente a reabilitação psicossocial na perspectiva das pessoas virem a atingir o seu máximo potencial de funcionamento e participação na sua comunidade.

A ocupação terapêutica parece ser algo comum e ancestral. Para os ambientes terapêuticos de Enfermagem, é algo intrínseco à prática clínica, que urge estabelecer como construto científico.

Com este ensaio propomos uma definição de Atividade Ocupacional Terapêutica (AOT) de uso universal e transversal em Enfermagem, prescrita por Enfermeiros, clinicamente focada, enquanto ação conjunta com o cliente para o seu máximo desempenho, autonomia e satisfação.

Foi uma construção com processo de maturação de alguns anos, edificada com os fundamentos conceptuais que usamos na nossa prática da Docência, e com o histórico da diversidade de experiências clínicas, aliado à atual experiência na supervisão de estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem.

Apresentamos neste artigo o que entendemos por AOT, enquadrando as suas características e domínios. É definido o enquadramento conceptual das intervenções autónomas e das escolas de pensamento elencadas nas competências de pensamento e ação do cliente, no sentido de racionalizar o contínuo de independência/dependência, e permitir a tomada de decisão clínica. Descreve-se também todo o processo de organização e planificação com ênfase nos benefícios, no impacto na saúde e no funcionamento social da pessoa e da comunidade.

### **Sobre o Conceito de AOT – Atividade Ocupacional Terapêutica**

O princípio major do processo de reabilitação psicossocial é oferecer às pessoas incapacitadas pela doença mental, a oportunidade de atingir o seu máximo potencial de funcionamento independente na comunidade, ensinando-lhes o desempenho de habilidades físicas, emocionais, e intelectuais necessárias à vida em autonomia, no nível mais alto possível de bem-estar, e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde (Melo-Dias, p.60, 2014).

Numa proposta de consenso, ensaia-se aqui a definição do conceito de AOT – enquanto atividade ou conjunto de atividades organizadas e sistemáticas que estruturam e dirigem o desempenho funcional do participante, enquadradas na relação interpessoal enfermeiro-cliente e na avaliação das necessidades humanas fundamentais (NHF), utilizando técnicas terapêuticas selecionadas e prescritas consoante o/s objetivo/s pretendido/s, com efeitos psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psico-nutricionais, psicossociais, socioterapêuticos, e espirituais, no sentido de promover, prevenir, habilitar, manter e/ou recuperar e desenvolver as habilidades da pessoa na obtenção do potencial máximo de desempenho, de autonomia e de satisfação nas suas NHF, nas atividades de vida, na ocupação para a realização, e na recreação.

A utilização da ocupação como atividade terapêutica estabelece uma dinâmica particular entre os seus três elementos nucleares: terapeuta-cliente-atividade. Em algumas situações, a atividade funciona como objeto intermediário entre o terapeuta e o cliente, noutras é o terapeuta que funciona como intermediário entre o cliente e a atividade.

A ocupação terapêutica, entendida como um processo adaptativo e contínuo no qual a pessoa desenvolve a sua identidade e competência, participando em atividades ocupacionais, ao longo do ciclo vital, e nos diferentes contextos ambientais onde se insere, permite a expressão individual, a construção identitária e o desenvolvimento de vínculos sociais e culturais, e possibilita-lhe sentir-se elemento ativo da sociedade, com reflexos no seu bem-estar, e na sua saúde global.

As atividades de ocupação terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica têm como características fundamentais:

O = Objetiva - orientada por objetivos e clinicamente validada por indicadores de avaliação.

C = Congruente - apresenta sintonia e congruência com o quotidiano.

U = União - envolve e une o terapeuta e cliente, quer no plano, quer na ação.

P = Prescrição - O enfermeiro na utilização do seu raciocínio clínico, cientificamente fundamentado, prescreve o programa/sessão de AOT, respeitando a avaliação das NHF, em triangulação com o exame do estado mental do cliente.

A = Adaptada - é adaptada ao ambiente e é gradativa, permitindo sucesso na atividade. Os processos, o ambiente, os instrumentos, os materiais de trabalho, são adaptados e atingidos através da execução de passos/etapas gradativos sensíveis ao setting.

C = Consentimento - o/a participante devidamente esclarecido e informado consente a sua participação e envolvimento na atividade.

A = Acrescenta - é de alguma forma significativa para o cliente, acrescentando sempre algo à sua forma de sentir, perceber, executar, desempenhar, e memorizar.

O = Orientação - dirige-se sempre para a qualidade de vida, autonomia e satisfação do funcionamento pessoal e social do participante.

### **Domínios de Utilização da AOT**

Os domínios em que as AOT podem ser clinicamente relevantes e decisivos para a reabilitação psicossocial do cliente são:

- Pessoal e Doméstico – por exemplo, atividades básicas de gestão pessoal, gestão do espaço pessoal e doméstico, treino de habilidades, etc.

- Recreação e de Lazer – por exemplo, atividades de prazer, alegria e bem-estar, habitualmente feitas porque se quer, e não porque as temos de fazer.

- Expressão Pessoal – música, drama, psicomotricidade, jogos, artes plásticas.

- Formação/Aprendizagem - Psicoeducação, Educação para a Saúde.

- Relações Interpessoais - dinâmica de grupos, resolução de problemas, treino de motivação, treino de assertividade, reuniões.

Para uma correta ponderação dos objetivos a estabelecer e para uma pertinente escolha dos indicadores de avaliação, deveremos focar-nos nas pessoas nas suas dimensões: Sensoriomotora, Cognitiva, e Psicossocial. Sensorio-neuro-motora - pode ser descrita em sensorial (sinais recebidos pelos sentidos...), neuromuscular (como reflexos, amplitude de movimentos, tônus muscular, força, resistência e postura), e motora (coordenação de movimentos, controlo motor).

Cognitiva - refere-se à capacidade de utilizar as funções mentais mais complexas: estar alerta, categorização, sequenciamento, generalização, orientação, memória, capacidade de compreender e organizar a informação, de dar forma aos pensamentos e ideias, amplitude da atenção, resolução de problemas, a habilidade de aprender.

Psicossocial - refere-se à gestão das inter-relações e ao processamento das emoções: o autoconceito, os interesses e os valores; a habilidade de gerir o tempo, os seus papéis de vida e a participação nas interações sociais, adaptação aos estímulos do ambiente.

Apresenta-se também relevante para a planificação e sensibilidade das AOT a noção de contexto, podendo ter uma dimensão temporal e uma dimensão ambiental.

Na dimensão temporal podemos compreender a idade cronológica do cliente, o seu estágio desenvolvimental, a posição/papel na sua fase de vida (ex: carreira profissional, formação, educação), e ainda défices e comorbilidades. Na dimensão ambiental podemos compreender o aspeto estrutural (refere-se aos “objetos”), social (refere-se às pessoas significativas, aos grupos sociais, à influência das normas sociais e as expectativas de desempenho de papéis) e cultural (refere-se às crenças, hábitos, padrões de comportamento, expectativas passadas de geração em geração, fatores sociopolíticos, oportunidades de educação/aprendizagem, trabalho/empregabilidade, e suporte financeiro).

### **Quadro Conceptual**

#### **Intervenções Autónomas de Enfermagem**

O exercício clínico da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa/grupo. O estabelecimento da relação terapêutica, neste âmbito, distingue-se pela formação e experiência do enfermeiro que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor e desenvolver em parceria as suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2001). As intervenções de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Procura-se prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das NHF e a máxima independência no funcionamento pessoal e social, incluindo a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores em desequilíbrio – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001). O exercício de Enfermagem insere-se num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as intervenções interdisciplinares, iniciadas por outros técnicos, e as intervenções autónomas, iniciadas pela prescrição do enfermeiro (OE, 2001). No âmbito do exercício autónomo, o enfermeiro presta cuidados e realiza atividades de enfermagem com a finalidade de obter, em parceria com o cliente, a satisfação relativa das suas necessidades. As atividades de enfermagem devem ser entendidas como intervenções cujo âmbito requer uma relação e interação social, num formato potenciador dos cuidados e obrigatoriamente integradas na mesma planificação sistémica e sistemática, com o mesmo foco global de atenção, visando a satisfação das necessidades, mais especificamente nos aspetos que abordam a decisão, a ação e a interação com o cliente, procurando a máxima adaptação funcional através de processos de aprendizagem cognitiva, comportamental e afetiva.

É neste enquadramento conceptual e clínico que inserimos as AOT enquanto intervenção autónoma, cuja responsabilidade pela prescrição e implementação técnica da intervenção, pertence ao enfermeiro, implicando a capacidade de tomada de decisão que orienta o exercício profissional autónomo.

### **Competências de Receção, de Compreensão, e de Envio**

Considerando as competências em geral, reconhecemos três tipos:

- Competências de Receção - capacidade de perceber de forma eficiente pistas ou sinais relevantes;
- Competências de Processamento - capacidade de avaliar a informação recebida, de identificar os objetivos a médio e longo prazo, e de planear uma resposta comportamental que antecipe as possíveis consequências;
- Competências de Envio - comportamentos verbais, não-verbais e comportamentos paralinguísticos que entram na interação social (Coelho e Palha, 2006).

As competências de receção e de processamento (ou perceção social) implicam-se na habilidade do sujeito em interpretar as pistas dos estímulos sociais relacionando-as com a experiência passada, de forma a ser capaz de as usar num vasto leque de diferentes situações sociais.

Por exemplo, às pessoas com perturbações psicóticas (PP) faltam frequentemente as habilidades percetivas devido a perturbações na seleção das pistas (Mueser & Sayers, 1992 citados por Coelho e Palha, 2006). As pessoas com perturbações do humor (PH) têm o pessimismo e perfeccionismo, que conduzem ao excesso de realismo, à desesperança e ao desamparo (Segrin, 2000). Esta tendência para uma avaliação pessoal e social negativa, concorre e conduz a um défice na performance das habilidades sociais.

Nas competências de envio, muitos clientes exibem um pobre comportamento interpessoal precisamente porque o seu foco de atenção é primariamente interno e apenas intermitentemente e seletivamente direcionado para o outro.

Mesmo fora de um contexto terapêutico, estes indivíduos raramente percebem os outros pontos de vista e mostram pouco interesse nos outros.

Esta dificuldade de atender à maioria das pistas relevantes parece ainda mais agravada com a falta de habilidades em pedir esclarecimentos, em generalizar alternativas, e na falta de iniciativa para lidar com os problemas do quotidiano.

Acresce ainda, por ex. nas PP que as pessoas são sensíveis à crítica, evitando ou escapando às situações em que podem ser criticados ou nas quais possa haver conflito, apresentando elevados níveis de depressão e baixa autoestima (Yusupoff et al. 1996, citados por Coelho et al. 2002; Coelho e Palha, 2006).

Nas PH, por ex. as pessoas expressam mais sentimentos depressivos, mal-estar pessoal, autoavaliação negativa, agressividade verbal e menos conteúdo com vista à solução de problemas.

No comportamento não-verbal, as pessoas com PP, por ex. apresentam expressões faciais inapropriadas, gestos e posturas inadequados, e tendência para evitar o contacto ocular, sentindo-se desconfortáveis em situações sociais em que este é importante. Nas PH, por ex. as pessoas apresentam menor expressividade facial e corporal, assim como menor contacto ocular com o interlocutor.

No comportamento paralinguístico, nas PP, por ex. em determinados indivíduos, a voz é monótona, tem menos entoação vocal, e o fluxo verbal é lento, o que além de desagradável na conversação, torna difícil a interpretação (Bellack et al. 1997, citados por Coelho e Palha, 2006). Nas PH as pessoas falam lentamente, mostram pausas mais longas, e levam mais tempo a responder às interpelações dos outros, e com um tom monótono (Segrin, 2000).

### **Modelos Teóricos**

No 'Modelo Cognitivo Comportamental' tendo como principal objetivo encorajar a mudança comportamental, o Enfermeiro ao longo da AOT regista tudo aquilo que o cliente é capaz de fazer e todos os reforços que sejam significativos para esse cliente, oferecendo-lhe esse reforço em cada passo alcançado com vista ao comportamento desejado.

Na mesma perspetiva, quando a resposta não é a adequada o enfermeiro pode ir fornecendo pistas que permitirão ao cliente alcançar esse passo e generalizar para atingir os seguintes.

No 'Modelo de Aprendizagem Social' as consequências do comportamento influenciam a sua repetição, a observação de modelos exteriores (e.g. pessoas, filmes, livros, ...) acelera mais as aprendizagens do que se esse comportamento tivesse de ser executado pelo "aprendiz" por si só.

São aquisições de comportamentos que resultam da interação (interna e externa) por observação e imitação de um modelo.

São quatro os determinantes deste modelo: ‘Processo de Atenção’ (por modelos mais disponíveis e mais significativos); ‘Processo de Retenção’ (o modelo com características significativas será o mais recordado quando não estiver presente); ‘Processo de Reprodução’ (traduz as conceções do comportamento armazenado na memória em ações correspondentes); ‘Processo de Reforço’ (um comportamento recompensado tem mais probabilidades de ser imitado pelos observadores (Bandura, 1977; Woolfolk, 2000)).

### Colheita de Dados, Raciocínio, e Técnicas Específicas a Utilizar nas Sessões

#### Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais

O modelo de Virgínia Henderson congrega a Saúde, as Necessidades Humanas Fundamentais (NHF), e o Cliente como agente da sua própria saúde e independência na satisfação das necessidades e ainda o papel do enfermeiro em todos estes processos, nomeadamente na sua função única de ajudar a pessoa na realização e satisfação das necessidades e atividades que realizaria se tivesse força, vontade, e conhecimento necessários podendo construir novamente um estado de autonomia e independência no seu projeto de vida. O conceito “Necessidade” define-se como necessidade vital que a pessoa deve satisfazer a fim de conservar o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual, e de assegurar o seu desenvolvimento (Phaneuf, 2001), mas também de défice, falta de algo que pode ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros (Powers, 2006; Fortin, 2006; Amar & Gueguen, 2007 citados por Rosa e Basto, 2009). Para Henderson a saúde é uma abordagem global, em que o ser humano é considerado como um ser completo, com um conjunto diverso de NHF, corretamente integrado no seu meio (Berger & Malloux-Prier, 1995), numa visão biopsicossocial e espiritual dos cuidados. A satisfação das necessidades apresenta variação relativa num continuum independência/dependência, segundo o grau (qualidade/quantidade) de ajuda que a pessoa requer ou precisa (quadro 1).

Estes seis níveis podem constituir uma base teórica crucial para definir/avaliar os indicadores de avaliação do desempenho dos clientes nas AOT.

A necessidade de ocupar-se com vista a realizar-se refere-se à vontade de realizar coisas para si, de assumir os diferentes papéis que lhe incumbem em função da sua idade e género, de cumprir as tarefas associadas aos diferentes estados do seu desenvolvimento (papel de estudante, de trabalhador, de esposo/a, de pai/mãe, e ainda o papel de doente que é marcado pelo nível de adesão e colaboração às indicações terapêuticas (Phaneuf, 2001).

É fundamental contar com o papel da motivação na gradação do conceito deste continuum.

Em termos pragmáticos a motivação é o conjunto de forças percebidas que levam a pessoa a agir, influenciada pelas suas experiências e outros fatores externos (Ryan & Deci, 2000; Deci & Ryan, 2000), ou seja, o esforço ou energia que a pessoa está disposta a despende para realizar uma tarefa.

Considerando que o comportamento do ser humano é impelido por motivações intrínsecas e extrínsecas (Sprinthall & Sprinthall, 1993), podemos considerar diferentes níveis de motivação na procura da independência: ausência total; extrínseca (suscitada pela equipa prestadora de cuidados); e intrínseca (determinada internamente pela sua convicção e não pela vulnerabilidade).

Assim, a independência só pode ser real e durável se a motivação e convicção para agir for intrínseca.

Quadro 1 - Contínuo de Independência/Dependência

Independência	Dependência				
Nível 0	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Satisfaz por si próprio as suas necessidades de maneira relativa que permite assegurar a homeostasia. Segue um tratamento adequadamente ou utiliza uma ajuda técnica sem ajuda.	Têm necessidade de alguém para lhe ensinar como deve fazer para conservar ou reconquistar a independência e assegurar a homeostasia, para se assegurar que o faz bem.	Têm necessidade de alguém para seguir o tratamento adequadamente ou para utilizar uma ajuda técnica, pois apenas consegue participar parcialmente.	Conta com alguém para realizar as ações necessárias à satisfação das suas necessidades, ou para o seu tratamento, pois apenas consegue participar pouco.	Conta com alguém para realizar as ações necessárias à satisfação das necessidades, ou para o seu tratamento, pois tem uma participação mínima.	Depende totalmente de alguém para a satisfação das necessidades, ou para aplicar o seu tratamento, pois não consegue participar.

Fonte: Phaneuf, Margot (2001) Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Quarteto, Coimbra.

## **Raciocínio e Decisão Clínica na Seleção da Atividade Ocupacional Terapêutica**

Raciocínio clínico na prática de enfermagem será um processo de pensamento do Enfermeiro, fundamentado nos conhecimentos (teóricos e práticos) e experiência (profissional e pessoal), envolvendo toda a complexidade, reflexividade, criatividade, intuição e cognição (do enfermeiro, do cliente em foco, e do contexto), de modo a sistematicamente selecionar, comparar, testar, inferir e decidir sobre as evidências clínicas do percurso clínico do cliente, gerando decisões e conclusões que permitam atingir resultados esperados (Melo-Dias e Lopes, 2010).

O raciocínio suporta-se ainda das seguintes razões clínicas: Minimiza o erro aumentando a precisão e acuidade; Modela os cuidados; Pode ter efeitos significativos na rapidez de obtenção de resultados, e na brevidade da alta clínica (Magalhães e Lopes, 2013).

O processo de raciocínio clínico aplicado às AOT em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) corresponde à decisão e escolhas de tratamento, em que o terapeuta perante as possibilidades e opções disponíveis constrói um modelo/tipo de atividade dirigido ao(s) cliente(s) e às suas necessidades, respeitando os princípios científico, ético, e estético.

As indicações terapêuticas para prescrever AOT em ESMP expõem o participante a uma variedade de respostas potencialmente eficazes para lidar com a situação problemática, são: 1-Manutenção do máximo bem-estar; 2-Promoção das funções biopsicossociais; 3-Promoção da adaptação/integração social; 4-Implementação da recuperação/reabilitação; 5-Avaliação das situações clínicas: défices, incapacidades; 6-Prevenção da “degradação” cognitivo-comportamental; 7-Prevenção da hospitalização prolongada, e do fenómeno “porta-giratória”.

### **Objetivos, Determinantes, e Benefícios da AOT**

#### **Objetivos**

Apresenta-se intencionalmente, uma coleção de objetivos, disponíveis para serem utilizados no planeamento de programas ou sessões de AOT. Note-se que os objetivos poderão ser organizados e dirigidos à sessão propriamente dita (serão assim objetivos gerais ou finalidades) e/ou organizados e dirigidos ao desempenho dos participantes (sendo assim objetivos específicos ou resultados esperados):

- Implementar estratégias de gestão das incapacidades;
- Manter o contacto com a realidade dos settings;
- Gerir as respostas do doente aos focos em défice;
- Melhorar a qualidade de vida;

- Concentrar o participante em algo útil (distraindo-o da sintomatologia e da doença);
- Melhorar a coordenação, a postura e o tónus muscular;
- Diminuir a ansiedade;
- Estimular o relacionamento interpessoal;
- Obter cooperação e interesse do cliente para o seu tratamento;
- Facilitar a integração no meio familiar e profissional;
- Preparar para a vida na comunidade e no trabalho;
- Prevenir o risco de deterioração e de internamento prolongado;
- Promover hábitos de vida saudáveis;
- Promover o desenvolvimento do autorrespeito e autorresponsabilização;
- Promover o uso construtivo do tempo de lazer;
- Desenvolver habilidades de autocuidado;
- Proporcionar reeducação;
- Manter o máximo nível de funcionamento pessoal e social;
- Reduzir comportamentos problemáticos.

### **Determinantes das AOT em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Existem variáveis que determinam a escolha e decisão do tipo de AOT a prescrever:

- Relacionadas com o setting:

- a) Estigma social;
- b) Normas e filosofia de cuidados da instituição;
- c) Dificuldades de financiamento dos programas;
- d) Motivação dos terapeutas.

- Relacionadas com a pessoa:

- a) Biofísica: Perda ou limitação de capacidades motoras, dor, e atraso/perturbação no desenvolvimento global;
- b) Psicológica: incapacidade de realizar o teste de realidade; ausência de insight crítico; incapacidade para estar atento e concentrado; ausência ou diminuição da capacidade de perceber/evitar os riscos/perigos;
- c) Psicossociológica: Limitação das habilidades comunicacionais; limitação/pobreza no relacionamento interpessoal; incapacidade de participar em grupos; alterações estruturais ou funcionais do ambiente de vida; estigma e falta de conhecimentos sobre recursos disponíveis;
- d) Ocupacional: Incapacidade de se autocuidar; dificuldades na aprendizagem; limitações nas habilidades funcionais de jogar/trabalhar.

## **Benefícios das AOT em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Os benefícios correlacionados com os objetivos específicos dos clientes são:

- Promoção da organização comportamental, a nível individual e grupal;
- Oferece sentido de utilidade social, o ‘novo primeiro passo’ para o retorno ao trabalho/família, ou descoberta de novos interesses ou aquisição da destreza necessária;
- Edificação da autoestima e autoimagem, despertando interesses;
- Ressocialização, responsabilidade e cooperação pelas atividades grupais;
- Redução dos comportamentos inapropriados/desadequados/problemáticos;
- Prevenção da deterioração física e cognitiva geral;
- Construção de uma imagem gratificante do Enfermeiro na execução e realização de AOT’s em ESMP.

## **Processo de Planeamento das AOT**

As respostas humanas aos processos de desenvolvimento, de doença e às necessidades específicas de cada cliente, bem como o tempo e tipo de internamento, as características culturais e demográficas, as expectativas e projetos de vida, as perturbações causadas pelos novos papéis, a dor e sofrimento (físico, mental e social), as dificuldades de adaptação e o comprometimento das capacidades psíquicas, influenciam o desenho das intervenções de enfermagem nas AOT (McGurk, et al. 2013; Melo-Dias, 2014; Rainforth, & Laurenson, 2014). As AOT deverão proporcionar o máximo de utilidade das suas intervenções ao máximo de clientes possível, mantendo o vínculo com a personalização, especificidade e habilidades disponíveis e a desenvolver, garantindo o seu fundamento na evidência científica (Mueser, Deavers, Penn, & Cassisi, 2013).

As formas e procedimentos de colheita de dados, de intervenção e de avaliação deverão ser estabelecidos de acordo com os problemas/focos de enfermagem e respostas humanas apresentadas, acrescendo a condição de doença e a fase clínica, numa perspetiva global do tempo de duração do tratamento.

O planeamento de uma AOT é sempre centrado na pessoa, alvo da sua intervenção, sendo perspetivado pelo Enfermeiro a interação das três variáveis: a pessoa, a ocupação, e o ambiente.

O programa de AOT respeita sempre a avaliação prévia das NHF e as preferências dos clientes e estilo de vida, mantendo a adequação clínica, num cliente adequadamente informado.

As estratégias, ações e atividades específicas são descritas em pormenor de forma a proporcionar uma melhor integração do cliente na sua escolha e elaboração, bem como proporcionar que sejam avaliadas por pares de forma a aferir a sua utilidade, eficiência e eficácia.

O desenho base de qualquer AOT em ESMP quer numa só sessão ou várias, será:

- Tema ou Título. Indicação da Data, Hora, Local, e Duração prevista.
- População alvo (indicação dos critérios de escolha dos participantes).
- Objetivo Geral ou Finalidade
- Objetivos Específicos ou Resultados Esperados.
- Estratégias e Metodologia (descrição completa e cronológica de todas etapas a realizar).
- Recursos necessários (diversos: humanos, materiais, financeiros, estruturais, intelectuais).
- Avaliação (indicação dos critérios ou indicadores mensuráveis).
- [Aspectos éticos a considerar (se for necessário)].

## **Avaliação do Desempenho dos Participantes**

Esta avaliação é feita através dos indicadores de avaliação definidos no planeamento, sintónicos com os objetivos específicos ou resultados esperados (de uma ou todas as dimensões sensoriomotora, cognitiva, e psicossocial), e que se concretizem sensíveis à intervenção do Enfermeiro, explicitando quantitativamente e qualitativamente resultados clínicos.

## **Papel do Enfermeiro**

O papel terapêutico do enfermeiro em AOT’s contém os demais requisitos básicos de intervenção na área científica da saúde, assegurando-se da eficiência e eficácia com pessoas com doenças mentais, nomeadamente excelentes competências interpessoais, familiaridade com os princípios das teorias de desenvolvimento e das terapias cognitivo-comportamentais, entusiasmo pelo trabalho, resiliência para gerir procedimentos minuciosos, bem como adaptá-los às exigências situacionais, e ainda a capacidade de recolher dados comportamentais para processos de feedback e feedforward.

Consideram-se princípios gerais da ação socioterapêutica do Enfermeiro nas AOT’s:

1. Tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica.
2. Conhecimento dos procedimentos/intervenções da atividade;
3. Conhecimento das habilidades e das necessidades humanas fundamentais dos clientes, não perspetivando desenvolvimentos acima dos níveis pré- formação (e/ou pré-mórbidos).

4. Instrui o mais sensível possível, numa rotina semelhante ao quotidiano do cliente.
  5. Reforço e supervisão prevenindo o esquecimento do doente.
  6. Encorajamento, sem pressionar o cliente.
  7. Utilização de ajudas técnicas na ausência de capacidades motoras e/ou sensoriais.
  8. Flexibilidade na adaptação dos procedimentos às sugestões dos clientes.
  9. Sintonia de todos os que trabalham com o cliente, conhecendo o que está a ser trabalhado.
- (Hoeman, 1996; Coelho, 1999; Cordo, 2003; OE, 2011)

## CONCLUSÃO

Apresentamos a proposta de definição de Atividade Ocupacional Terapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que enfatiza a pessoa no centro da decisão, desde logo, através do consentimento informado da sua participação, sendo sempre o cliente quem “motiva” as dinâmicas que o terapeuta vai desenvolvendo durante a execução. Prospetiva-se, por isso, entre a tríade enfermeiro-cliente-atividade, uma relação terapêutica entre os dois primeiros elementos e um ajustamento do terceiro.

As AOT decorrem no ambiente clínico de enfermagem, com base da caracterização NHF dando resposta a problemas/focos de atenção de enfermagem, sendo por isso prescritas, implementadas e avaliadas pelos enfermeiros, em função do raciocínio clínico e diagnósticos de enfermagem.

Nas AOT a relação Enfermeiro-Cliente é a energia que vai “alimentar” as diferentes dimensões, sejam de natureza sensoriomotora, cognitiva ou psicossocial, daqui se confirma a necessidade da presença efetiva do enfermeiro em todas as fases planeadas da atividade, não tendo viabilidade clínica na delegação da sua execução. As AOT têm o seu suporte científico, entre outros, nos modelos Cognitivo-Comportamental, de Aprendizagem Social e na Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson.

O método reconhece-se como reprodutível e com ele é possível construir conhecimento, e podemos ainda questionar se se podem generalizar estes resultados para a população.

De facto, as variáveis que interferem na forma como se pensa, se sente e se age convocam que haverá atividades e indicadores estruturados que poderão ser generalizáveis, embora não de forma metódica de todos os resultados a todos.

Encorajamos a utilização desta ferramenta terapêutica, porque, para o Enfermeiro, um resultado significativo é prevenir a morbilidade e promover os processos de re-adaptação, procurando-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida (OE, 2001).

Esperam os autores desenvolver nos enfermeiros leitores deste artigo, um movimento que vá, necessariamente, além da aceitação passiva da razoabilidade desta proposta de intervenção sistematizada de enfermagem e pensem, como diria Paulo Freire, de forma implicante e dialética, ou de forma mais pragmática – colocar em prática e depois pensar como fazer melhor (Freire, 2001).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84,191-225.
- Berger, L., & Malloux-Prier, A. (1995). Pessoas idosas, uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades. Loures: Lusodidacta.
- Coelho, C. S. M. (1999). Treino de habilidades sociais aplicado a clientes com esquizofrenia. Tese de Mestrado, Universidade do Minho.
- Coelho, C. S. M., e Palha, A. J. P. (2006). Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com Esquizofrenia. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cordo, M. (2003). Reabilitação de pessoas com doença mental. Lisboa: Climepsi Editores
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Fortin, J. (2006). Human needs and nursing theory. In H. Kim, & I. Kollak, *Nursing theories – conceptual & philosophical foundations* (pp. 10-26). New York: Springer Publishing Company.
- Freire, P. (2001). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (20ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Hoeman, S. (1996). *Rehabilitation nursing: Process and application* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.



Magalhães, M. D., e Lopes, M. J. (2013). Raciocínio e tomada de decisão em enfermagem. Comunicação apresentada no âmbito das oficinas temáticas promovidas pelo centro de investigação em ciências e tecnologias da saúde e pela escola de enfermagem da universidade de Évora. Consultado a 2 junho, 2014. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/10325> [Tese de Doutoramento em desenvolvimento na Universidade de Lisboa].

McGurk, S. R., Mueser, K. T., Covell, N. H., Cicerone, K. D., Drake, R. E., Silverstein, S. M.,... & Essock, S. M. (2013) Mental health system funding of cognitive enhancement interventions for schizophrenia: Summary and update of the New York Office of Mental Health expert panel and stakeholder meeting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 133-145.

Melo-Dias, C. (2014) Investigar habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. In C. Sequeira, J. C. Carvalh, e L. Sá (Eds.), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental* (pp. 58-69). Porto: ASPESM.

Melo-Dias, C., e Lopes, M. (2010). Raciocínio Clínico em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 21, 33-47.

Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(9), 465-497.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidados-Enfermagem.pdf>

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.

Powers, P. (2006). The concept of need in nursing theory. In H. Kim, & I. Kollak, *Nursing theories: conceptual & philosophical foundations* (pp. 72-88). New York: Springer Publishing Company.

Rainforth, M., & Laurenson, M. (2014). A literature review of case formulation to inform mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 206-213.

Rosa, J. C., e Basto, M. L. (2009). Necessidade e necessidades. Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 13-23.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

Sprinthall, R. C., & Sprinthall, N. A. (1993). *Psicologia educacional: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw Hill.

Woolfolk, A. (2000). *Psicologia da Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.

