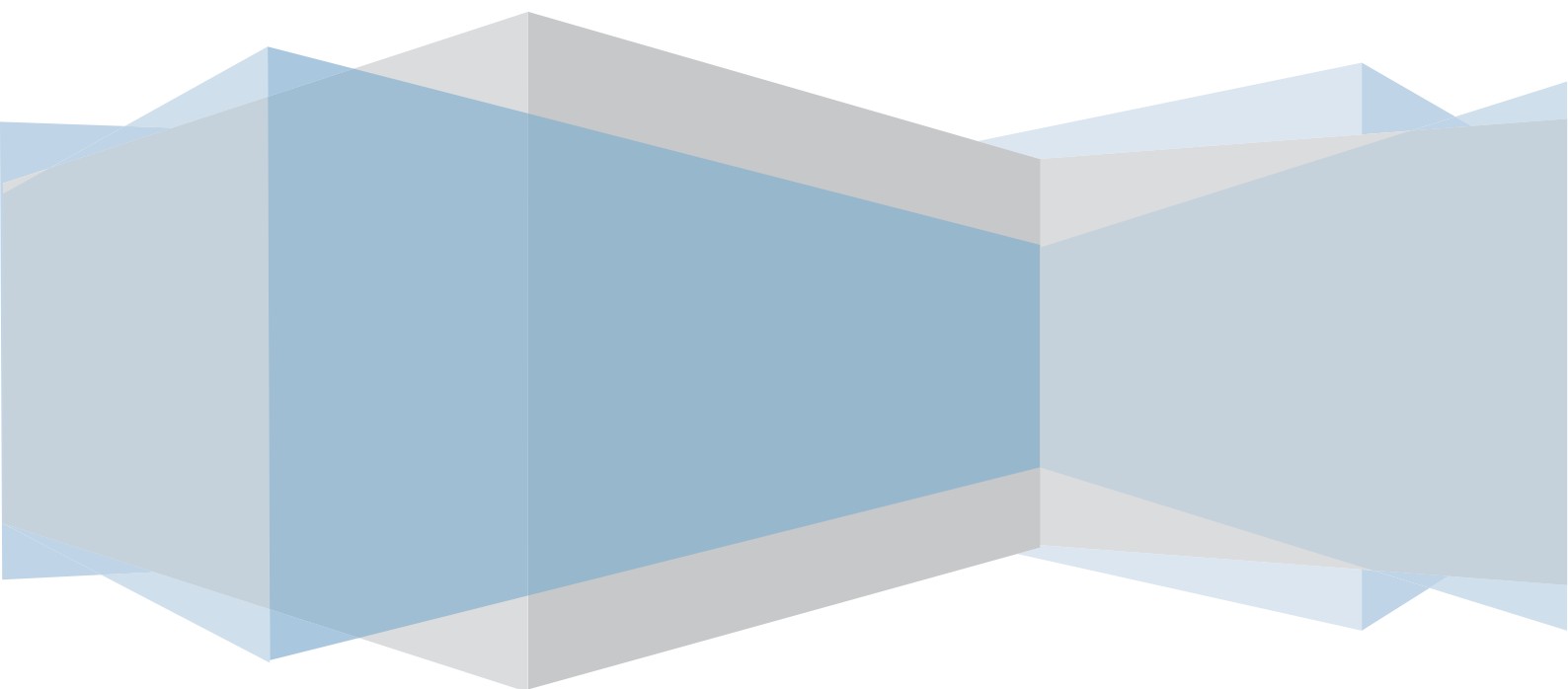


# Coordenar o Serviço de Terapia Ocupacional com Qualidade

Francisco Javier Vidal Barrantes

Março - 2012



*Fazer o bem, bem feito*  
(São João de Deus)

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. Introdução	5
2. Terapia Ocupacional	6
2.1 História da profissão	6
2.2 Definição de Terapia Ocupacional	11
2.3 Papel do terapeuta ocupacional	14
3. Certificação da Qualidade – EQUASS	20
4. Casa de Saúde São João de Deus	22
4.1 Caracterização da Instituição	22
4.2 Serviço de Terapia Ocupacional	25
História do Serviço de Terapia Ocupacional	25
Trabalho desenvolvido pelo Serviço de Terapia Ocupacional	28
5. Considerações finais	51
6. Bibliografia	60

## **ÍNDICE DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES**

<b>QUADROS</b>		<b>Página</b>
<b>Nº 1</b>	Definições de Terapia Ocupacional	<b>13</b>
<b>Nº 2</b>	Âmbitos de intervenção da Terapia Ocupacional	<b>16</b>
<b>Nº 3</b>	Caracterização da Casa de Saúde São João de Deus - Barcelos	<b>25</b>
<b>Nº 4</b>	Intervenções técnicas do terapeuta ocupacional nas diversas unidades de internamento da Instituição	<b>30</b>
<b>Nº 5</b>	Funções dos técnicos afetos ao Núcleo de Dinamização Inter-Unidades da Casa de Saúde	<b>34</b>
<b>Nº 6</b>	Valências ocupacionais/colaboradores e utentes.	<b>39</b>
<b>Nº 7</b>	Funções do terapeuta ocupacional como coordenador do serviço	<b>47</b>
<b>Nº 8</b>	Funções dos monitores ocupacionais	<b>47</b>
<b>ILUSTRAÇÕES</b>		<b>Página</b>
<b>Nº 1</b>	Período de desenvolvimento da TO	<b>6</b>
<b>Nº 2</b>	Princípios da escola de pensamento “Comportamento Ocupacional”	<b>9</b>
<b>Nº 3</b>	Características do paradigma emergente	<b>10</b>
<b>Nº 4</b>	Funções do Técnico de Referência na Casa de Saúde	<b>17</b>
<b>Nº 5</b>	Organigrama da Casa de Saúde	<b>28</b>
<b>Nº 6</b>	Objetivos gerais e específicos nas valências ocupacionais (ateliês produtivos, criativos e ergoterapêuticos)	<b>46</b>
<b>Nº 7</b>	Processo de encaminhamento de utentes para as valências ocupacionais	<b>48</b>
<b>Nº 8</b>	Missão, visão e valores da casa de Saúde	<b>50</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

Foi no ano 2005 que recebi o convite para desenvolver funções de Terapeuta Ocupacional na Casa de Saúde São João de Deus, após outros anos de exercício profissional na APPACDM – Braga e na Casa de Saúde do Bom Jesus. O desafio era grande: iniciar e coordenar, com rigor técnico e clínico, o Serviço de Terapia Ocupacional da Instituição. Nunca antes um terapeuta tinha exercido funções na Casa de Saúde. Até à data, só alguns utentes desenvolviam ocupações em alguns dos ateliês e/ou valências ocupacionais, mas não existia uma planificação, organização e implementação das intervenções. Inicialmente houve um desconhecimento generalizado de quais as funções de um terapeuta. Contudo, e ao longo destes anos, foram desmitificadas algumas ideias erradas relativas à profissão, existindo neste momento, um posicionamento técnico ajustado às características da Terapia Ocupacional e com reconhecimento por parte da equipa de colaboradores da Casa de Saúde.

Este documento intitulado “Coordenar o Serviço de Terapia Ocupacional com Qualidade” pretende ser uma explicação de quais as minhas funções como terapeuta na Casa de Saúde São João de Deus, quais os programas de intervenção que estão a ser desenvolvidos, as funções do terapeuta, assim como dos monitores ocupacionais e qual o percurso que foi percorrido para chegar a ter a certificação oficial de Qualidade através do referencial EQUASS. É também um trabalho que pode ajudar a orientar na implementação de um novo serviço de Terapia Ocupacional numa Instituição de Saúde Mental, com algumas considerações finais que possam incentivar o diálogo e a crítica construtiva.

O trabalho começa com uma caracterização teórica da profissão da Terapia Ocupacional, nomeadamente a história, definição e funções do terapeuta. A seguir, aborda-se sucintamente quais as características do referencial EQUASS, no âmbito da Certificação da Qualidade, para passar posteriormente a descrever a Casa de Saúde São João de Deus. Posteriormente são referidas as características do serviço de Terapia Ocupacional desta Instituição, assim como o trabalho que tem sido desenvolvido ao longo destes anos, aquando da contratação de um terapeuta. Para finalizar, são “lançadas” algumas considerações relativas ao tema central deste trabalho: coordenação e qualidade no âmbito da intervenção da Terapia Ocupacional.

## 2. Terapia Ocupacional

### I. História da profissão

É necessário fazer uma breve descrição da história da nossa profissão antes de iniciarmos a discussão em relação a quais as funções do coordenador do serviço de terapeuta ocupacional com certificação EQUASS.

A Terapia Ocupacional (TO) é uma profissão que tem estado sujeita a importantes mudanças conceptuais e de praxis ao longo dos seus quase cem anos de existência, como resultado da necessidade dos terapeutas de se adaptarem às necessidades e exigências em termos de intervenção. Para podermos perceber melhor estas mudanças, a história da profissão pode dividir-se em diferentes períodos<sup>1</sup> (Kielhofner, 2006):

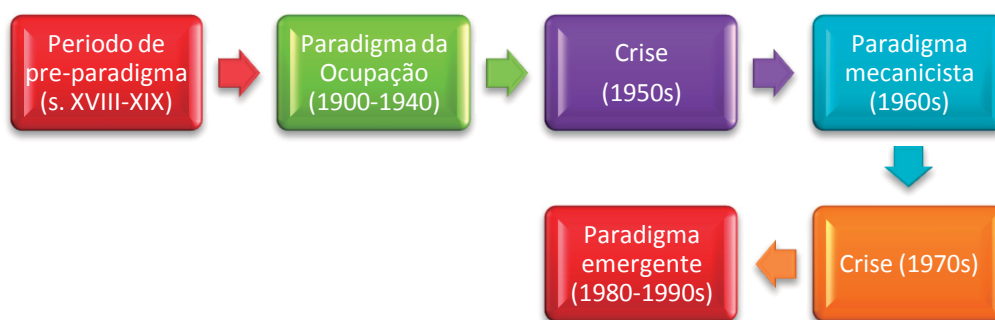


Ilustração nº 1: Períodos de desenvolvimento da Terapia Ocupacional

I. Período de Pré-paradigma.- Desenvolve-se no século XVIII e XIX, inicialmente na Europa e depois na América do Norte. Este primeiro período está relacionado com a existência de uma importante abordagem da época para o tratamento das pessoas com uma doença mental, o “*Tratamento Moral*”, iniciado pelo médico francês Philippe Pinel (1745-1826) no hospital de Bicetrê e por William Tuke (1732-1822) no York Retreat. É de destacar que as mais importantes raízes da Terapia Ocupacional encontram-se neste Tratamento Moral. Algumas das premissas mais importantes deste tratamento e que têm condicionado a profissão são as seguintes (Kielhofner, 2007): respeito pela individualidade humana, existência de uma avaliação compreensiva do doente através da observação no desempenho de atividades, existência

<sup>1</sup> Incorpora a forma como os membros de um campo (Terapia Ocupacional) veem e levam a cabo o seu trabalho. Forma-se à medida que os membros de uma disciplina se articulam e começam a construir conceitos fundamentais comuns (Kielhofner, 2006).

da crença entre a unidade corpo-alma e a ideia generalizada de que o doente podia adaptar-se e realizar-se no seu contexto através da participação em atividades significativas. Define-se uma nova intervenção através de ocupações significativas, trabalho manual, agrícola, musical, vocacional e do interesse do utente.

II. Paradigma da Ocupação.- Com a proliferação de grandes instituições asilares na Europa e nos Estados Unidos, no final do século XIX, houve dificuldades em seguir os princípios do Tratamento Moral. Contudo, alguns profissionais da época começaram a utilizar e implementar os princípios do mesmo, de forma que surge também a necessidade de os terapeutas ocupacionais estabelecerem a base da sua identidade profissional: utilização terapêutica da ocupação e o papel da mesma na vida e saúde das pessoas. Surge assim o paradigma da TO. Portanto, o aparecimento deste paradigma possibilitou à TO identificar-se a si mesma como uma área que valorizou a importância da ocupação na vida humana e a sua utilização como meio terapêutico. Segundo Kielhofner (2006), o paradigma da Ocupação que caracterizava a profissão assentava nos pressupostos seguintes:

- A ocupação tem um papel importante na vida humana e influencia o estado de saúde e o bem-estar de cada indivíduo;
- A ocupação consiste na alternância entre os estados de ser, pensar, agir e requer o equilíbrio dos três na vida diária;
- O corpo e a mente são um todo inseparável;
- A falta de atividade pode resultar em degradação do corpo e da mente;
- A ocupação pode ser utilizada para regenerar uma perda de função.

Contudo, nos anos 1940-1950, a TO precisa de justificar a sua praxis assistencial para estabelecer e reforçar a sua debilitada mas emergente identidade frente a outras profissões (Kielhofner, 2007). Assim sendo, os terapeutas, sob pressão da Medicina, que considerava pouco evidentes as evidências das intervenções da TO, tentaram procurar este reconhecimento através da incorporação de conceitos médicos, iniciando-se assim uma 3ª fase no desenvolvimento da profissão.

III. Período de crise.- É nesta fase que os terapeutas ocupacionais começam a questionar os seus paradigmas, adotando um raciocínio clínico próximo ao dos médicos, devido também à aliança estabelecida junto dos mesmos. Contudo, a Medicina está a passar por um período reducionista, que considera o mundo como um mecanismo no qual as leis de causa/efeito governam as inter-relações das suas partes. Inicia-se assim uma visão mecanicista e reducionista da saúde, onde o homem saudável é visto como uma máquina com um bom funcionamento e a pessoa doente como um mecanismo que precisa de ser reparado (Mota, 2004). Esta visão choca com o paradigma da ocupação, que considerava que o ser humano tinha capacidade de se autorreparar. Desta forma, para os terapeutas manterem a sua identidade, substituem termos da TO por outros da medicina. Assim, a função e a disfunção passam a ser vistas com base na neurologia, anatomia e dinamismo intrapsíquico; na doença mental a ocupação deixa de ser vista como uma forma de reorganizar a pessoa e passa a ser vista como uma forma de expressar sentimentos inconscientes. Surge então um novo paradigma.

IV. Paradigma mecanicista.- O ponto de vista central da TO focalizava-se nos mecanismos internos neurológicos, cinesiológicos e intrapsíquicos e no modo como estes influenciavam a função e a disfunção. Segundo Kielhofner (2006), este paradigma caracterizava-se por:

- A capacidade e o desempenho dependem da integridade dos sistemas nervosos, músculo-esquelético e sistemas intrapsíquicos;
- A lesão ou desenvolvimento anormal dos sistemas internos podem resultar em incapacidade;
- O desempenho funcional pode ser restaurado melhorando/compensando as limitações dos sistemas internos.

Existiram importantes avanços na profissão nesta época, como por exemplo: tornou-se mais claro o potencial da TO para modificar as condições patológicas, houve um maior entendimento da forma como as estruturas e os processos corporais podiam facilitar ou limitar o desempenho, estabeleceram-se tecnologias para a compensação das limitações e uma melhor compreensão de como a patologia emocional poderia interferir com o desempenho competente do indivíduo (Mota, 2004). Apesar disto, surgiram algumas



consequências indesejáveis e imprevisíveis para a TO, iniciando-se mais um período de crise.

V. Período de crise.- A apreciação da natureza ocupacional do ser humano, a unidade corpo-mente, a auto-manutenção através da ocupação foi mudada. Deixou de se valorizar as ocupações significativas dos processos terapêuticos: na reabilitação física, o enfoque principal da atividade consistia em atingir uma maior força física, por exemplo; com o enfoque psicanalítico, a atividade já não era tão importante, visto que a TO tinha grandes semelhanças com a terapia verbal, por exemplo (Kielhofner, 2006). Assim, a ocupação deixa de ser vista como uma força terapêutica e passa a ser um veículo para o exercício e o insight. Desta forma, a TO afasta-se dos seus princípios iniciais: o significado da ocupação advém do facto de esta ser uma parte essencial na construção da vida. Começa a existir uma perda importante da identidade profissional, iniciando-se um movimento, nos anos setenta, que afirma que a TO carecia de identidade unificadora e defendida por aqueles terapeutas que ainda respeitavam os princípios paradoxais da profissão. Frente a esta situação, um grupo de profissionais liderados por uma prestigiada professora de TO, Mary Reilly, na década dos anos 60 e 70 desenvolveram um grupo de conceitos que tinham, como objetivo fundamental, retomar os princípios do primeiro paradigma da TO. Esta escola de pensamentos, intitulada “Comportamento Ocupacional”, incorporou uma série de princípios:

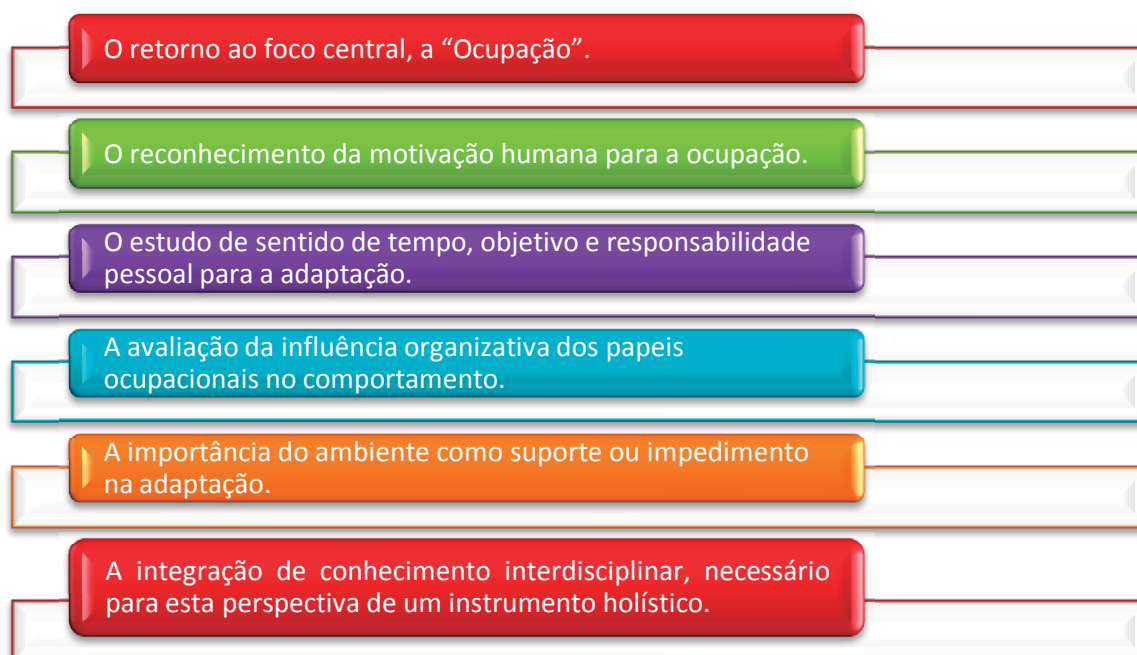


Ilustração nº 2: Princípios da escola de pensamento “Comportamento Ocupacional”

Estas ideias foram adotadas posteriormente pelos terapeutas, nascendo assim um novo período no desenvolvimento da profissão.

VI. Paradigma emergente.- Tem início nos anos de 1980 até à atualidade. Este novo paradigma tenta retomar os conceitos dos dois paradigmas anteriores. As características do mesmo são as seguintes:



Ilustração nº 3: Características do paradigma emergente

Este paradigma está baseado num contexto holístico, no sentido de considerar o ser humano como uma totalidade física, emocional, cognitiva, social e cultural e os valores que sustentam o mesmo são (Kielhofner, 2007): dignidade e valor do indivíduo; participação em ocupações; autodeterminação, liberdade e independência; capacidade latente; individualidade humana e subjetiva; cooperação mútua na terapia. Este paradigma, sem quaisquer dúvidas, está a servir para o desenvolvimento de novos modelos de prática profissional, visto os aspetos serem partilhados pelos profissionais da TO.

Após termos percorrido brevemente a história da TO, convém, neste ponto, descrever os conceitos que são inerentes à profissão para posteriormente realizarmos uma síntese sucinta das funções do terapeuta.

## II. Definição de Terapia Ocupacional

Em Portugal, como em muitos outros países, tem-se adotado o termo de “Terapia Ocupacional”, tradução literal do inglês *occupational therapy* para nos referirmos a esta disciplina, apesar de a mesma ter sido nomeada de diferentes formas ao longo do tempo. Assim sendo, este termo não é o único utilizado. Por exemplo, na Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda e na Suíça é denominada como “*Ergoterapia*”, frequentemente empregue também por algumas instituições em Portugal. Além destes matizes, de consideração necessária para uma adequada conceptualização, existem algumas diferenças noutros termos que são amplamente utilizados pela profissão, sendo estes *atividade, ocupação e terapia*. A clarificação destes termos ajudar-nos-á para uma melhor e adequada compreensão do significado etimológico de *Terapia Ocupacional*.

Assim, a *ergoterapia* surge na área da intervenção psiquiátrica, como a “terapia através do trabalho ou atividade com grande interesse pelos fatores relacionais, afetivos e de capacitação laboral”, tendo como grande objetivo a reinserção do doente mental na comunidade (Romero & Moruno, 2008). Se, em traços muito gerais, consideramos a TO como *o uso da atividade/ocupação como meio terapêutico*, a ergoterapia apresenta diferenças em relação à TO, visto esta ter um sentido mais amplo, comparativamente com o termo de ergoterapia. Na TO qualquer utente pode beneficiar da sua intervenção (trate-se de incapacidade física ou mental), ao passo que a ergoterapia refere-se à intervenção com pessoas com incapacidade do foro psíquico.

*Terapia*, segundo o dicionário da Língua Portuguesa, define-a como “a utilização de algum agente, entidade ou meio cuja finalidade é curar, restabelecer a saúde ou, em último caso, aliviar uma situação desfavorável que afeta o bem-estar do indivíduo”.

*Atividade* e a *ocupação* são dois termos que têm sido, por vezes, confundidos, apesar de os mesmos terem uma definição etimológica diferenciada. Doris Pierce (cit. in Romero & Moruno, 2008) entende a ocupação como um aspeto pessoal, construído através das experiências do indivíduo, que sucedem num momento ou tempo dentro de

um contexto único e, portanto, irrepetível. Assim, segundo esta autora, a atividade é mais geral, evidencia a ação matizada culturalmente. Uma experiência ocupacional pode incluir múltiplas atividades. Além disto, as atividades, como transmissoras da cultura, valores, tradições e rituais, influenciam na criação de padrões ocupacionais. Por sua vez, as ocupações influenciam e podem modificar as atividades, através da pressão demográfica, por exemplo, com o desenvolvimento de determinadas ocupações por um grupo social; portanto, somando as experiências ocupacionais individuais, pode-se chegar a uma nova ideia de atividade. Segundo a autora, a atividade é mais genérica do que a ocupação, com um significado cultural, e que pode ser objeto de estudo por diferentes disciplinas, incluídas a TO (antropologia, psicologia ou sociologia, entre outras). A ocupação, porém, é própria e distintiva da TO. Com isto não se está a afirmar que seja o único aspeto a ser estudado pela profissão. É claro que a atividade é objeto de estudo da TO mas será a ocupação a ter um maior protagonismo visto ser o meio ou instrumento para o exercício da nossa profissão (Romero & Moruno, 2008).

Neste ponto, é de referir que no documento “Enquadramento para a prática da Terapia Ocupacional. Domínio e Processo” – 2ª versão (Marques & Trigueiro, 2011), estabelece-se a diferença entre ocupação e atividade, indo ao encontro das diferenças referidas anteriormente. Assim sendo, as ocupações são, geralmente, vistas como atividades que têm um significado e objetivos únicos na vida de uma pessoa, sendo essenciais para a identidade e competência de uma pessoa, influenciando a forma como cada um ocupa o seu tempo e toma decisões. O termo atividade descreve uma classe geral de ações humanas que são realizadas com um fim. Uma pessoa pode participar em atividades para alcançar um objetivo, mas estas atividades não assumem um plano de importância central ou significado para a pessoa.

Realizada esta diferenciação, é importante definir então *Terapia Ocupacional*. Para isto, utilizar-se-ão definições que foram formuladas em diferentes períodos de desenvolvimento da profissão:

ANO	AUTOR	DEFINIÇÃO
1972	AOTA (Associação Americana de TO)	“Arte e ciência de dirigir a participação do indivíduo em atividades selecionadas para restaurar, reforçar e melhorar o desempenho, facilitar a aprendizagem dessas competências e funções essenciais para a adaptação e produtividade, diminuir ou corrigir a patologia e promover ou manter a saúde” (Mota, 2004).
1981	AOTA	“É o uso de atividades significativas com indivíduos que estão limitados por ferimento ou doença física, disfunção psicossocial, disfunções de desenvolvimento ou aprendizagem, pobreza ou diferenças culturais, ou o processo de envelhecimento de modo a maximizar a independência, prevenir a disfunção e manter a saúde. A prática engloba avaliação, tratamento e aconselhamento. Os serviços específicos de TO incluem: ensino de capacidades de vida diária; desenvolvimento de capacidades perceptuais e motoras e de função, integração sensorial, desenvolvimento de capacidades de jogo e pré-vocacionais e capacidades de lazer; desenhar e fabricar ou aplicar ortóteses selecionadas e aparelhos ou equipamentos protésicos; utilizar adaptações especificamente desenhadas e exercícios para promover o desempenho funcional; administrar e interpretar testes tal como testes musculares manual e amplitude de movimento; adaptar o ambiente para os incapacitados. Estes serviços são prestados individualmente, em grupo ou através do sistema social” (Mota. 2004).
1999	Governo português  Decreto-Lei 564/99, de 21	“Avaliação, tratamento de habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade, através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e

	de Dezembro	autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para a melhoria da qualidade de vida”
--	-------------	---

Quadro nº 1: Definições de Terapia Ocupacional

Todas estas definições apresentadas referem qual a praxis central da profissão: a ocupação como terapia, sendo a ocupação uma atividade intencional, significativa e funcional para o cliente, no desempenho das atividades da sua vida diária. A ocupação inclui também o contexto pessoal, espacial, temporal, cultural, espiritual, físico e virtual através dos quais o indivíduo cresce, se desenvolve, se conhece e constrói a sua identidade pessoal e social. A aplicação da TO é possível quando uma entidade nosológica ou acontecimento concreto afeta a saúde do indivíduo, entendendo saúde no seu sentido mais holístico (bem-estar físico, social e mental).

Apesar de referir que o objetivo fundamental da TO é a atenção aos clientes que apresentam quaisquer incapacidades ou risco de as ter, seja por um desequilíbrio entre as diferentes áreas ocupacionais ou por incapacidade dos mesmos em se realizarem de forma autónoma nestas áreas, por exemplo, é evidente que a função fulcral do terapeuta ocupacional estará em conseguir, junto deste cliente, um desempenho adaptado às competências do mesmo, com o maior nível de independência funcional e autonomia possíveis que lhe permitam uma adequada integração no seu meio (Romero & Moruno, 2008).

O trabalho diário do terapeuta ocupacional está envolvido em diferentes tarefas que, por vezes, não estão relacionadas com uma atenção direta com o seu cliente, apesar de as mesmas serem necessárias para conseguir atingir os objetivos descritos anteriormente. Será este um aspeto que irei desenvolver no ponto a seguir.

### **III. Papel do terapeuta ocupacional.**

A intervenção terapêutica do profissional da TO pode desenvolver-se em contextos intra ou extra-hospitalares. No meu caso concreto, esta intervenção está centralizada no contexto intra-hospitalar, estando o mesmo integrado num meio sociocultural que permite a integração dos utentes no contexto onde estamos inseridos. É evidente que esta intervenção também pode alargar-se à comunidade, dependendo das necessidades

existentes em cada um dos casos a trabalhar. Para o desempenho destas funções é necessário seguir uns modelos de qualidade estabelecidos pela própria Associação Portuguesa de TO (Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional, 2010), assim como pelos requerimentos e protocolos existentes na instituição, no âmbito da certificação da qualidade, como será explicado posteriormente. Está claro que é imprescindível desenvolver ações e tarefas específicas que respondam às necessidades observadas.

Na TO todo indivíduo que apresente um risco ou alguma incapacidade numa ou em várias áreas ocupacionais é alvo da intervenção terapêutica (Crepeu, Cohn & Schell, 2008). A disfunção ocupacional está condicionada por elementos internos do indivíduo, por elementos do seu ambiente mais próximo e pelo tipo de relação que é estabelecida entre ambos os aspetos (cliente-ambiente). Contudo, o terapeuta também oferece a sua ajuda profissional àqueles indivíduos que, por diferentes motivos, estão a desenvolver padrões desadaptativos no seu comportamento ocupacional (Romero & Moruno, 2008). São situações que aparecem frequentemente no serviço de TO da Casa de Saúde. A tipologia de unidade dentro da instituição (unidades de longo-curto internamento e de reabilitação) condiciona também a intervenção do terapeuta ocupacional, visto que as competências (características do que cada um faz, não do que cada um tem, relacionadas com elementos de ações observáveis que possuem propósito funcionais implícito) e padrões de desempenho (padrões de comportamentos relacionados com as atividades da vida diária que são habituais ou de rotina) dos utentes nestes contextos são diferentes, o que exige também uma intervenção diferenciada de acordo com as necessidades apresentadas, como também será referido posteriormente.

Pelas características da profissão, a TO intervém a três níveis/âmbitos, como resumido no quadro nº 2: prevenção, reabilitação e manutenção de competências (Polonio, Durante & Noya, 2001).

- Relativamente à prevenção da incapacidade. - O terapeuta trabalha diretamente sobre a causa que provoca o risco de disfunção ocupacional<sup>2</sup>, de forma a evitar, dentro do possível, a incapacidade. Exemplo: Permitir a participação de utentes diagnosticados de esquizofrenia paranoide, em contexto de grupo, no ateliê ocupacional criativo (um dos ateliês existentes na

---

<sup>2</sup> Os indivíduos são ocupacionalmente funcionais quando satisfazem as suas próprias necessidades de exploração e domínio e quando cumprem com as necessidades sociais de participação produtiva e de lazer. A disfunção ocupacional acontece quando ou onde algumas destas necessidades não são satisfeitas (Kielhofner, 2004)

Casa de Saúde) com o objetivo de impedir a anedonia ou falta de interesse ou prazer característica desta perturbação.

- Relativamente à reabilitação de competências. - Falamos daquelas situações que provocam disfunção ocupacional e onde é necessário retomar a níveis adaptativos de competência. Neste caso, a TO tem de trabalhar no sentido de treinar competências, restaurar a funcionalidade perdida, ensinar estratégias compensatórias para o utente poder viver de forma mais autónoma no seu ambiente e reajustar/readaptar a forma do utente interagir neste ambiente, entre outros. Exemplo: Desenvolver sessões de treino cognitivo para os participantes aprenderem estratégias cognitivas/compensatórios que lhes permitam fazer a sua refeição diária.
  
- Relativamente à manutenção de competências. - Referente àquelas situações onde não existe a possibilidade de melhorar o desempenho dos utentes mas evita, com esta intervenção, a deterioração das competências existentes. Para isto, deverá existir um ambiente que favoreça a exploração<sup>3</sup> e desempenho de atividades significativas, de forma a serem trabalhadas as competências a manter. Exemplo: Desenvolver torneios de futebol intra-unidades (atividade significativa para a maior parte dos utentes da Instituição) com objetivo de impedir a deteriorização das competências motoras, entre outras.

<b>ÂMBITOS DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL</b>		
Nos indivíduos	Segundo o nível de atenção	Segundo a tipologia
- Risco de disfunção ocupacional. - Disfunção ocupacional.	- Prevenção. - Reabilitação - Manutenção	- Clínica - Formativa - Consulling - Administrativa/Gestora/ Organizativa - Investigadora
Contexto intra-hospitalar e comunitário		

Quadro nº 2: Âmbitos de intervenção da Terapia Ocupacional

<sup>3</sup> Segundo Kielhofner (2004), a exploração é a primeira etapa de mudança (exploração, competência e logro), onde a pessoa tenta fazer coisas novas e, conseqüentemente, aprende em relação às suas próprias capacidades preferências e valores.



Após ter referido quais os âmbitos de intervenção da TO nos indivíduos e atendendo ao nível de atenção, como foi referido anteriormente, será necessário definir quais as funções do terapeuta segundo a *tipologia* de prestação do serviço a ser desenvolvida. Assim, encontrar-nos-emos com as seguintes intervenções segundo a tipologia:

- Intervenção clínica: Refere-se à intervenção que incide diretamente sobre o plano de tratamento do utente. É de referir que o trabalho desenvolvido pelo terapeuta na Casa de Saúde nunca é isolado, existe sempre uma equipa multidisciplinar que decide, junto do utente, quais os objetivos que serão trabalhados por cada uma das valências técnicas, integrando estes objetivos num único Plano de Intervenção Individual – PII (instrumentos que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades e expectativas do utente) que será coordenado pelo Técnico de Referência (TR) deste utente, segundo um procedimento a referir posteriormente. Segundo os protocolos existentes na Instituição, o TR desenvolve as seguintes funções dentro da Casa de Saúde:

Faz a articulação entre a Unidade evolução prolongada e o serviço de Reabilitação Psicossocial da Casa de Saúde

Elabora o Plano Anual de Intervenção em Reabilitação para a Unidade, de acordo com o respetivo coordenador.

Coordena todos os projetos/programas da Unidade no âmbito da Reabilitação Psicossocial.

Integra e acompanha todos projetos/programas externos à Unidade, onde participam os respetivos utentes, garantindo suporte aos promotores/monitores dos mesmos.

Lidera qualquer intervenção técnica por parte de outros membros da Equipa de Reabilitação, no que diz respeito à sua unidade, mas com o consentimento do coordenador do Serviço de Reabilitação Psicossocial.

Ilustração nº 4: Funções do Técnico de Referência na Casa de Saúde

- Formativa: A formação é obrigatória se desejamos oferecer uma intervenção baseada em aspetos técnicos adequados e adaptados aos tempos atuais. Até a própria terminologia da profissão, resumida no documento “Enquadramento da Terapia

Ocupacional: Domínio e Processo” (Marques & Trigueiro, 2011) tem sido objeto de reformulações ao longo destes últimos anos. Neste sentido, um terapeuta que não conheça os documentos-base da profissão atualizados, dificilmente poderá compreender e interpretar aspetos técnicos elaborados pelos mesmos profissionais com conhecimentos mais atuais. Quando falamos de intervenção formativa, não nos referimos unicamente a aspetos relativos à formação do profissional, mas também à necessidade de os terapeutas formarem os seus colaboradores mais diretos. Neste sentido, na Casa de Saúde existem momentos semanais junto dos monitores ocupacionais que permitem a exposição de conceitos, estratégias e ideias que ajudam a enriquecer o colaborador e a integrá-lo na praxis fundamental da profissão: a ocupação terapêutica. A aplicação prática dos formulários de avaliação utilizados pelo terapeuta e o próprio processo de certificação da qualidade têm sido fatores extremamente importantes para enriquecer os monitores de conceitos técnicos e de praxis atualizada. As evidências da intervenção da TO têm-se revelado importantes para os colaboradores acreditarem no verdadeiro valor da ocupação. Sem dúvida que este processo árduo de certificação da qualidade tem desempenhado um papel crucial na mudança da praxis existente no serviço de TO da Casa de Saúde.

De facto, e como tive a oportunidade de referir anteriormente, a formação incide diretamente sobre o terapeuta e sobre os próprios monitores ocupacionais da Casa de Saúde, mas também é necessário transmitir os valores e a identidade de profissão a outros colegas da Instituição. É certo que a profissão tem sido alvo de definições extremamente reducionistas por parte daqueles que pouco ou nada sabiam em relação à mesma. Compete ao terapeuta ocupacional “evidenciar” a sua praxis através do desenvolvimento de programas de intervenção em que se verifiquem os ganhos, em saúde e bem-estar, dos utentes alvos da intervenção. Certamente que também é difícil estabelecer linhas claras que separem até onde é que o terapeuta pode e deve chegar em relação a outras profissões sócio sanitárias que, por vezes, utilizam a atividade como meio para atingir os seus objetivos.

Continuando com o âmbito da intervenção da TO, no que se refere à tipologia desta intervenção, além da clínica, encontramos-nos com outras:

- **Consulling:** O objetivo do consulling ocupacional está em ajudar às pessoas a conhecerem-se melhor a si próprias e a saber o que é que o seu ambiente<sup>4</sup> espera das mesmas; consiste também em ajudá-las a tomar decisões em relação às metas que desejam atingir e a aprenderem a organizar e utilizar, da melhor forma, o tempo e os recursos disponíveis. Portanto, o consulling pretende que o indivíduo adquira estratégias que lhe permitam gerir e dirigir a sua própria vida, de forma mais efetiva e satisfatória. Ex.: Este é um trabalho frequentemente desenvolvido na unidade de curto internamento da Casa de Saúde, junto de utentes com problemáticas de consumo de substâncias tóxicas, que estão internados por períodos curtos e que precisam de uma orientação em relação à reestruturação, por exemplo, das rotinas saudáveis.

Além das funções clínicas, formativas e de consulling referidas anteriormente, o terapeuta também desenvolve as seguintes funções:

- **Investigadora:** Para considerarmos um serviço de TO com qualidade, a intervenção terapêutica tem de estar intimamente ligada à investigação clínica. Aliás, pelo facto de termos passado por um processo de certificação da qualidade, e perante a necessidade e obrigação de registar as nossas intervenções, existem dados clínicos obtidos a partir das nossas ações clínicas que podem ser cruzados, de forma a responder a hipóteses planeadas pelos próprios profissionais da Casa de Saúde. A investigação deve ser um exercício que permita um maior enriquecimento da qualidade da nossa intervenção junto dos utentes e que permita também criar um espírito crítico e aberto à reestruturação da nossa praxis para outras mais efetivas.

Por último, é importante também referir a função administrativa/gestora e organizativa que todos os terapeutas ocupacionais desenvolvem aquando do exercício das suas responsabilidades.

- **Administrativa/gestora/organizativa:** O papel do terapeuta ocupacional como gestor de um serviço consiste, de forma muito resumida, em manter a estrutura formal do serviço para atingir os objetivos do mesmo. O segredo de uma administração eficaz está em conhecer qual o comportamento e estilos organizacionais existentes na instituição e aplicá-los ao trabalho do dia-a-dia, sem esquecer os protocolos existentes no desenvolvimento das nossas funções (Minotto, 2003). Fala-se, neste ponto, dos

---

<sup>4</sup> Meio externo, físico e social, que rodeia o cliente e no qual decorrem a suas ocupações diárias (Marques & Trigueiro, 2011).

aspectos formais da gestão e organização dos serviços, quer dizer, todos aqueles assuntos que não estejam relacionados com a própria intervenção clínica, mas que são necessários para desenvolver o trabalho do dia-a-dia, como por exemplo: tratar das requisições de material, gerir os orçamentos existentes e a gestão do pessoal afeto ao serviço e realizar as avaliações de desempenho dos monitores, entre outras. Na Casa de Saúde é o terapeuta ocupacional o profissional que tem esta função de gestão do seu próprio serviço, tendo de prestar todos os esclarecimentos em relação à organização e gestão do serviço ao Diretor da Instituição.

Após ter realizado um pequeno resumo da história da TO, de ter definido a profissão e quais as funções de um terapeuta, é necessário desenvolver mais um ponto: a certificação da qualidade, necessária para perceber a importância que este processo tem tido no estabelecimento da identidade do serviço.

### **3. Certificação da Qualidade – EQUASS**

Na pesquisa realizada, podemos observar que existem diferentes definições associadas ao termo de “qualidade”, sendo que a maior parte destes termos estão relacionados com aspectos puramente empresariais ou comerciais. Contudo, todos eles têm as mesmas características, sendo estas (APETO, 2005):

- Satisfazer plenamente as necessidades do cliente;
- Cumprir as expectativas do cliente;
- Desenhar, produzir e entregar um produto com satisfação total;
- Produzir um artigo ou serviço de acordo com normas estabelecidas de máximo rendimento interno e externo e com eficiência;
- Dar resposta imediata às solicitações dos clientes.

Este termo de qualidade também pode extrapolar-se para o campo da saúde e mais concretamente o campo da saúde mental. Assim sendo, sob um ponto de vista mais técnico e específico, na saúde mental, pode definir-se da seguinte forma (Donabedian & Bashshur, 2003): *“Uma característica dos serviços de saúde que procuram aumentar continuamente a probabilidade de obter os resultados que se desejam, utilizando procedimentos baseados em provas. Para a sociedade em geral e para os usuários em particular, significa que os serviços devem alcançar resultados positivos. Para os*

*trabalhadores e gestores da saúde, significa que os serviços devem utilizar, da melhor forma, os conhecimentos e a evidência científica existente”.*

Segundo esta definição, melhorar a qualidade em saúde mental significa:

- Preservar a dignidade das pessoas com doença mental;
- Promover cuidados orientados a minimizar o impacto da doença mental e melhorar a qualidade de vida destas pessoas;
- Promover intervenções que capacitem as pessoas com perturbação mental a gerir a sua incapacidade por si mesmas.

Aplicando estes princípios à praxis da intervenção terapêutica no serviço de TO da Casa de Saúde, foram desenhadas as seguintes estratégias:

1. Os métodos de avaliação empregues deviam identificar os aspetos referentes à melhoria de qualidade de vida do utente, através do envolvimento do mesmo em ocupações estruturadas;
2. A qualidade dos programas de intervenção ocupacional devia considerar a efetividade<sup>5</sup>, a eficácia<sup>6</sup> e a eficiência<sup>7</sup> assim como os possíveis riscos associados ao mesmo;
3. Os programas deviam considerar todos os aspetos bio-psico-social-emocionais inerentes à visão holística do cliente.

Para concretizar na prática estes princípios, a Casa de Saúde candidatou-se à certificação da qualidade assistencial através do referencial EQUASS.

O EQUASS é um sistema de reconhecimento, garantia e certificação da qualidade dirigido às organizações que atuam no âmbito dos serviços sociais, tais como reabilitação, formação profissional, assistência e cuidados às pessoas em situações de fragilidade social e outros do domínio dos serviços pessoais de interesse geral (APQ, 2012). Trata-se de um sistema que foi aprovado e é monitorizado por um Comité Europeu da Qualidade, concebido e gerido pela EPR – European Platform for Rehabilitation, inspirado nos sistemas de qualidade total, nos modelos de excelência,

---

<sup>5</sup> Diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos. É desenvolver as ações certas para transformar a situação existente (Donabedian & Bashshur, 2003).

<sup>6</sup> É a capacidade de alcançar o efeito esperado ou desejado através da realização de uma ação (Donabedian & Bashshur, 2003).

<sup>7</sup> Refere-se ao uso racional dos meios para alcançar um objetivo pré-determinado; isto é, cumprir um objetivo com o mínimo de recursos disponíveis (Donabedian & Bashshur, 2003).

instituindo uma abordagem integrada, através da qual as organizações se comprometem com os referenciais de excelência do desempenho, num processo de certificação externo que tem como eixos fundamentais a autoavaliação e a aprendizagem organizacional.

O EQUASS integra 3 níveis de reconhecimento da qualidade nas organizações:

- Certificação da Qualidade nos serviços sociais (nível I);
- Certificação da Excelência nos serviços sociais (nível II);
- Prémio Europeu da Qualidade nos serviços sociais (nível III).

A Casa de Saúde candidatou-se e foi certificada no nível I, que corresponde ao reconhecimento do compromisso das organizações com os referenciais de boas práticas ao nível do desempenho nos serviços sociais, assegurando a qualidade da prestação de serviços, a qualidade da gestão, a operacionalidade do Sistema de Gestão da Qualidade e o reconhecimento europeu. Como requisitos para a Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais (Nível I do EQUASS), estão estabelecidos 38 critérios de avaliação, agrupados em 19 dimensões, os quais se desdobram e concretizam em 100 indicadores de desempenho. Através dos indicadores referidos é avaliado o desempenho das organizações, permitindo aferir se preenche os requisitos da qualidade estabelecidos e se pode ser certificada. O cumprimento integral dos critérios e indicadores de desempenho permite às organizações a obtenção da Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais, como foi o caso da Casa de Saúde. Esta certificação é válida por um período de 2 anos, pelo que carece de candidatura para obter a renovação antes do termo do prazo referido, nos mesmos moldes da candidatura inicial.

Após uma breve contextualização teórica dos temas fundamentais que serão desenvolvidos neste trabalho, realizar-se-á uma descrição da Casa de Saúde, do serviço de TO, assim como a funcionamento interno deste serviço terapêutico, integrado nas valências do serviço de Reabilitação Psicossocial da Instituição.

#### **4. Casa de Saúde São João de Deus**

##### **I. Caracterização da instituição**

A Casa de Saúde São João de Deus depende jurídica e financeiramente do Instituto São João de Deus, Instituto Particular de Solidariedade Social. Por sua vez, este é propriedade da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de São João de Deus.

A Ordem de São João de Deus está expandida em 47 países de entre os 5 continentes, com um total de 247 centros assistenciais em todo o mundo.

Este centro assistencial situa-se em Barcelos e foi fundado a 4 de Janeiro de 1928. A Instituição surgiu devido às necessidades assistenciais existentes no Norte do país. Nela são assistidas pessoas com problemas de saúde mental, do sexo masculino, oriundas da Região Norte, principalmente dos distritos de Braga e Viana do Castelo.

Desde a sua origem até à atualidade, esta Casa de Saúde tem assistido a uma reestruturação constante em função das necessidades assistenciais determinadas pelas diferentes circunstâncias políticas/económicas/sociais vividas no campo da saúde em Portugal (Torres, 2000). Assim, por exemplo, no momento da sua fundação começaram por assistir, ao nível do internamento, pessoas com problemas de saúde mental; na década de 50, já dispunha de vários tipos de tratamentos, nomeadamente: sessões de insulino-terapia, sessões de insulino-terapia associadas ao eletrochoque, tratamentos electro convulsivantes, tratamentos pela malarioterapia, injeções, curativos, estomatologia, fisioterapia, pequenas e grandes cirurgias e ergoterapia; paralelamente, existia um posto de socorro para pessoas carenciadas e atualmente muitos dos serviços assistenciais referidos anteriormente já estão desativados, dando-se relevância à intervenção na Saúde Mental com abordagens diferenciadas, desde o tratamento em fase aguda, até à reabilitação psicossocial e integração comunitária de pessoas com problemas de saúde mental.

Trata-se de um centro hospitalar com lotação para 343 utentes e que estão internados em oito unidades de internamento com diferentes abordagens assistenciais, nomeadamente: uma de internamento em fase aguda, quatro unidades de evolução prolongada e cinco de reabilitação psicossocial. Caracterizando cada uma destas unidades:

✓ **S. João de Deus** – 91 camas, de curto internamento. Destina-se a acolher utentes com patologia psiquiátrica em fase aguda e utentes com síndrome de dependência alcoólica. O objetivo principal é a compensação clínica através do tratamento farmacológico e psicossocial para posterior regresso à comunidade;

✓ **S. José** - 73 camas. Acolhe utentes em regime de internamento de evolução prolongada, clinicamente estáveis mas que não possuem suporte familiar e/ou retaguarda social que lhes permita permanecer ou regressar à comunidade.

✓ **S. Ricardo Pampuri** - 35 camas. Dedicar-se à prestação de cuidados de saúde a pessoas com doença mental, com dependência física e deterioração cognitiva moderada ou elevada.

✓ **Sto. António** - 44 utentes com doença mental. Os cuidados prestados visam a manutenção da estabilidade clínica e das capacidades funcionais e cognitivas dos utentes;

✓ **S. Rafael** - 66 camas. Destina-se ao internamento de pessoas com deficiência e /ou doença mental moderada e profunda que necessitam de supervisão ou apoio na realização das suas atividades da vida diária;

✓ **Galo Verde e Piso Comunitário** – Equiparadas a Residências de Apoio Moderado, com capacidades para 20 e 12 residentes, respetivamente. Visa beneficiar pessoas com moderada incapacidade psicossocial, beneficiando elas de programas de reabilitação que promovam a reinserção comunitária. Estes residentes apresentam limitações objetivas cognitivas ou funcionais medianas, com necessidade de supervisão regular na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas AVD, na gestão do dinheiro e da medicação, com dificuldades relacionais significativas, mas não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

✓ **Vivenda Pierluigi Marchesi** – Unidade de Treino Residencial, equiparada a uma Residência de Treino de Autonomia, com capacidade para 8 residentes, com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial. Prepara os utentes para a reinserção comunitária e/ou familiar, quando possível. Estes residentes podem apresentar as características referidas na unidade anterior, e que se enquadram dentro da definição de “grau moderado de incapacidade psicossocial” ou apresentar limitações objetivas cognitivas ligeiras, com necessidade de supervisão periódica na



gestão da dinheiro e da medicação e da organização da vida social e relacional, não apresentando disfuncionalidade a nível da mobilidade na comunidade, da autonomia funcional, da autonomia na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas AVD e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

✓ **Apartamento Oceano e Renascer** - Localizados na periferia urbana da cidade de Barcelos e equiparada a Residências Autónomas. Possui uma lotação de 6 e 8 camas, respetivamente, e destina-se a utentes que já tenham efetuado o treino de competências da Unidade Pierluigi Marchesi e se encontrem em processo de inserção na comunidade.

Nome:	Casa de Saúde São João de Deus
Localização:	Avenida Paulo Felisberto – Barcelos
Diocese:	Braga
Propriedade:	Província Portuguesa da Ordem Hospitalreira de São João de Deus
Área:	10 Hectares (prédio rústico e urbano)
Aquisição (1ª parte):	2 de Setembro de 1927
Erecção canónica:	4 de Janeiro de 1928
Finalidade:	Hospital Psiquiátrico
Admissão dos primeiros doentes:	10 de Março de 1928
Lotação:	343 camas para internamentos
Administração:	Instituto São João de Deus

Quadro nº 3: Caracterização da Casa de Saúde São João de Deus - Barcelos

## II. Serviço de Terapia Ocupacional

### II.I História do Serviço de Terapia Ocupacional

Nos primeiros anos, designada por Ergoterapia, a ocupação dos internados funcionou como poderoso meio terapêutico, frequentemente a par da terapia medicamentosa e, por vezes, como forma substitutiva em casos patológicos mais estabilizados. A perspetiva ocupacional dos utentes estava sempre na mente das várias equipas terapêuticas que, ao longo dos anos, exerceram atividades na Casa de Saúde, quer na área clínica, quer na área administrativa.

Bastante indiferenciada nos primeiros tempos, tinha a tónica em serviços mais elementares de acordo com os meios e os aspetos culturais da época. Mas o então conceito de ergoterapia teve aplicações muito concretas nos mais diversificados setores da instituição: limpeza e arrumação das enfermarias, lavandaria/rouparia, oficinas, cozinha, secretaria, capelania, jardim, agropecuária. Além disto, em serviços de encadernação, pintura, escultura, trabalhos manuais, etc. Na década de 50, reservou-se um espaço nos edifícios das oficinas, onde alguns utentes se ocuparam no conserto de colchões, serviços de encadernação e outros trabalhos manuais (Torres, 2000). Neste espaço também foram montados teares que permitiram executar trabalhos de tecelagem e tapeçaria necessários para a utilização interna da instituição. Em Março de 1957 o pavilhão da Enfermaria também contava com uma sala de ergoterapia nas suas próprias dependências. Assim, em 1963 foi ampliada a secção destinada à ergoterapia no piso superior das oficinas. Neste ano, estabeleceu-se uma remuneração/gratificação aos utentes que executavam este tipo de ocupações estruturadas, funcionando como um estímulo positivo pelo trabalho desempenhado. Anos mais tarde, e segundo os documentos pesquisados, no encerramento da Visita Canónica à Casa de Saúde, feita de 19 a 23 de Maio de 1970, o Delegado do Superior Geral, o Irmão Afonso Maria Gauthier, deixou expresso no seu relatório (Torres, 2000, p. 271):

*“...É agradável ver que, dum modo geral, nas secções dos utentes e serviços gerais, reina ordem e limpeza. Para além dos esforços que se fazem e que se devem continuar a fazer para melhorar as instalações e o vestuário dos doentes, é necessário incrementar em todas as secções a Ergoterapia, já iniciada nalguns sectores. A ergoterapia ocupa, atualmente, lugar preponderante no tratamento aos doentes mentais. Devemos, portanto, procurar organizá-la também para os doentes que não estão em condições de sair das secções...”*

Desta forma, no ano 1974 foi decidido que fossem criadas salas equipadas com condições adequadas para acrescentar, em termos de intervenção na instituição, a Terapia Ocupacional, diferente da ergoterapia, com pessoal técnico necessário e especializado. Porém, nas décadas dos anos 70/80, com o benefício da pensão social extensivo também aos internados de evolução prolongada, a gratificação deixou de ser

um estímulo o que desmotivou muitos utentes de continuarem a executar ocupações estruturadas na Casa de Saúde. Contudo, alguns utentes continuaram a sua ocupação nas oficinas da instituição, não sendo possível a incorporação de um terapeuta ocupacional nem a criação das salas equipadas, como referido anteriormente, mas sim da contratação de um monitor que desempenhava atividades de cariz artesanal, junto de utentes vindos das diferentes unidades de internamento.

Assim, na década de 80/90, os utentes que evidenciavam motivação para participarem em atividades estruturadas, podiam desempenhar trabalhos junto dos funcionários nas oficinas da Casa de Saúde ou na sala equipada (designada como “Ateliê Geral das Atividades Ocupacionais”, hoje em dia designado como “Ateliê Ocupacional Criativo”).

No ano 2002 foram contratados mais dos monitores para iniciarem atividades de cariz artesanal em dois novos ateliês: “Ateliê do Vime da Cerâmica”, ativos também hoje em dia. Só no ano 2005 inicia funções na Instituição um terapeuta ocupacional, iniciando-se um novo paradigma de intervenção na mesma.

Neste momento, o serviço de TO, integrada dentro do Serviço de Reabilitação Psicossocial (ilustração nº 5), é mais uma valência de intervenção técnica da Casa de Saúde constituída por cinco profissionais:

- Um terapeuta ocupacional (coordenador) e
- Quatro monitores ocupacionais nas diferentes valências do serviço, nomeadamente: ateliê das atividades ocupacionais criativas; ateliê do vime; ateliê da cerâmica e ateliê das atividades físicas/musicais.

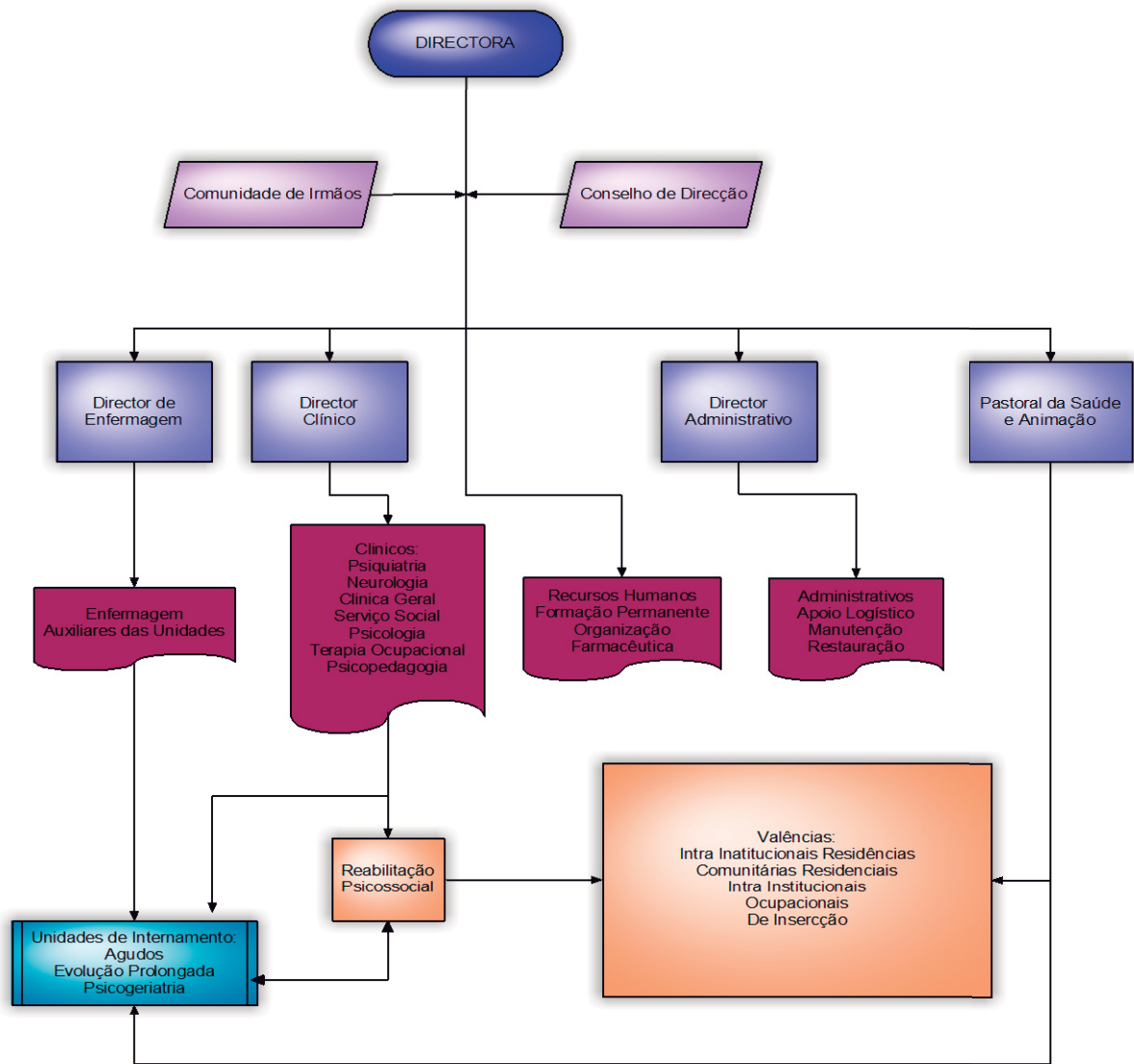


Ilustração nº 5: Organigrama da Casa de Saúde

## II.II Trabalho desenvolvido pelo Serviço de T. O.

Como referido em pontos anteriores, o terapeuta ocupacional desenvolve as seguintes funções:

- Clínica, através da implementação de programas terapêuticos nas unidades de internamento e nos diversos serviços e/ou ateliês ocupacionais, assim como no desenvolvimento das funções de técnico de referência numa das unidades de longo internamento. As funções do técnico de referência serão explicadas posteriormente;

- Formativa, através do desenvolvimento de formações externas e internas para monitores ocupacionais, auxiliares e estagiários das diversas disciplinas sócio sanitárias;
- Administrativas, gestoras e de coordenação do próprio serviço.


Até à data, estão a ser desenvolvidas diferentes intervenções técnicas, no âmbito da Terapia Ocupacional, nas unidades de internamento, nomeadamente:

Programa	UNIDADE	Nº utentes
Treino nas atividades básicas da vida diária	São José	16 Utentes de unidade de evolução prolongada
	São Ricardo	16 Utentes de unidade de evolução prolongada
Programa de Readiness	São José	4 Utentes de unidade de evolução prolongada
Hipoterapia	São José	14+7 Utentes de unidade de evolução prolongada
	Sto. António	
Hidroterapia	São José	7 + 7 Utentes de unidade de evolução prolongada
	Galo Verde	
Relaxamento	São José	9+9 (utentes de unidade de evolução prolongada) + 12 (utentes de unidade de curto internamento)
	Sto. António	
	São João de Deus	
Programação, organização e desenvolvimento de atividades	São José Sto. António São Rafael Galo Verde	Conforme interesse por parte dos utentes da Casa de Saúde

lúdicas/recreativas	Pierluigi	
Programa de Atualidade	São João de Deus	12 Utentes da unidade de curto internamento
Atividades de movimento	São João de Deus	12 Utentes de unidade de curto internamento

Quadro nº 4: Intervenções técnicas do terapeuta ocupacional nas diversas unidades de internamento da Instituição

Todos os utentes que são alvos de intervenção por parte da Terapia Ocupacional têm elaborado um Plano Individual de Intervenção (PII), com objetivos estabelecidos junto do utente e das outras valências técnicas existentes na Casa de Saúde e reavaliado cada 6 meses. Existe neste documento uma secção referente à perceção da qualidade de vida por parte do cliente, o que permite desenvolver objetivos mais específicos adequados às expectativas da pessoa alvo de intervenção. Desta forma, para podermos trabalhar em prol destes objetivos, o utente pode participar nestes programas de intervenção desenvolvidos pelo Serviço de TO:

 **Programa de Treino nas Atividades Básicas da Vida Diária:** Programa que tem como objetivo fundamental facilitar a manutenção e a aquisição / reaquisição de níveis ótimos de autonomia e independência funcional, de forma a propiciar uma participação social adequada e adaptada aos contextos e/ou situações da vida diária. As principais áreas de intervenção:


Higiene pessoal: Banho, barbeado, cuidado das unhas, higiene dental e apresentação pessoal.

Cuidado do vestuário: Tratamento da roupa (seleção do vestuário, apresentação pessoa, arrumação da roupa nos armários) e limpeza do calçado.

As sessões consistem na monitorização, supervisão e treino na execução das atividades da vida diária referidas anteriormente, com a presença de um auxiliar de ação médica. Sempre que se justificar, são planificadas, agendadas e desenvolvidas sessões educativas e/ou de ensino em sala junto destes utentes. A presença de um auxiliar nestas

sessões permite ao terapeuta poder ensinar informalmente técnicas e estratégias ao auxiliar, de forma a este promover uma execução destas atividades, o mais independente possível, junto dos utentes integrados neste programa. Desta forma, evita-se a necessidade da presença constante do terapeuta junto dos participantes. Existe um registo diário da atividade treinada, quais os participantes presentes na sessão, assim como as observações consideradas pertinentes para o desenvolvimento das próximas sessões. Este registo é utilizado como um dos meios de comunicação formal entre auxiliar, enfermeiro e terapeuta, sempre que não seja possível a comunicação direta entre estes profissionais.

No início do programa, todos os utentes que integram esta intervenção, são alvo de uma avaliação com recurso à “Ficha de Avaliação de Competências (FAC)” que engloba também aspetos relacionados com a execução das diferentes AVD. Os resultados obtidos são confrontados com a autoavaliação realizada pelo próprio utente, em reunião de avaliação junto do terapeuta. Desta forma, é possível estabelecer em conjunto, terapeuta-utente, os objetivos a atingir neste programa por parte do participante. Passado um ano do início deste programa, será realizada uma nova avaliação, utilizando novamente a FAC, de forma a comparar os dados obtidos no início.

 **Programa de Readiness<sup>8</sup>:** No âmbito da intervenção psicossocial, verifica-se que os utentes da unidade de São José apresentavam níveis volitivos baixos, dificultando assim a sua adesão a programas terapêuticos. Assim sendo, considera-se necessário trabalhar este aspeto, de forma a estes utentes conseguirem adquirir uma prontidão motivacional que lhes permita beneficiar dos diferentes programas que são propostos na Casa de Saúde.

Pretende-se, com a implementação deste programa, aumentar a esperança, confiança e motivação para participar no Processo de Reabilitação, assim como desenvolver a prontidão motivacional necessária, de forma a os participantes poderem explorar/participar em ocupações estruturadas dentro e fora da Casa de Saúde e, se possível, serem transferidos para as unidades de Reabilitação Psicossocial, com o objetivo de continuar a desenvolver competências de vida. A abordagem utilizada é em contexto de atendimentos individualizados, seguindo o programa desenvolvido pelo

---


<sup>8</sup> A readiness para a reabilitação é um indicador do interesse da pessoa na reabilitação e da sua autoconfiança e não um indicador da capacidade para concluir um programa de reabilitação (Nogueira, 2010).

Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Boston e intitulado “Abrindo Caminhos na tua Vida”.

Relativamente à avaliação deste programa, através do desenvolvimento das diversas sessões, é possível traçar um perfil da prontidão motivacional do utente, utilizado um instrumento caracterizado pelos seguintes aspetos:

- Caracterização qualitativa das competências que possibilita a tradução em indicadores quantitativos e, desta forma, o nível global de Readiness;
- Sessões individuais de tipo discussão – orientada;
- Lógica de avaliação – ação;
- Estratégias como autorreflexão e discussão, autorregisto e autoavaliação;
- Exploração qualitativa de cada indicador com recurso a fichas de trabalho seguido de avaliação quantitativa.


Finalizado o programa, é apresentado à equipa técnica de Reabilitação um relatório com os resultados obtidos, desenvolvendo-se, posteriormente, com base nestes resultados, o PII do utente.

 **Hipoterapia:** Este programa está destinado a utentes com incapacidades motoras e déficits nas competências de comunicação/interação. Nesta intervenção, o cavalo é utilizado como objeto intermediário na interação junto do hipoterapeuta, terapeuta e utente, favorecendo o envolvimento futuro, por parte do utente, em programas de intervenção ocupacional estruturadas após o estabelecimento duma relação mais próxima com o terapeuta, numa relação que permita a expressão emocional. As sessões são desenvolvidas num centro hípico fora da cidade de Barcelos, constituídas por grupos de 7 utentes/sessão. Após a sessão, existem momentos que permitem desenvolver feedback entre participantes e terapeuta, sendo aproveitado para a modelagem de determinados comportamentos disfuncionais.

Devido às características desta intervenção, não existem escalas específicas de avaliação que sejam utilizadas para o programa de Hipoterapia. Contudo, o centro hípico realiza anualmente uma importante avaliação das competências motoras de cada um dos participantes. Esta avaliação é complementada com as observações realizadas




pelo terapeuta ocupacional. Existe ainda um registo semanal qualitativo realizado pelo terapeuta, que serve para orientar as sessões posteriores, em função das necessidades observadas e também para elaborar o relatório de cada utente, no final do ano.

 **Hidroterapia:** Após realizada uma avaliação dos interesses ocupacionais identificados pelos utentes das diferentes unidades de internamento, foi possível verificar que muitos dos utentes identificavam a necessidade de participar em programas de adaptação ao meio aquático. Assim sendo, foi desenvolvido, juntamente com o pelouro de Desporto da Câmara Municipal de Barcelos um programa de hidroterapia com os seguintes objetivos:

- Reabilitar as competências necessárias para um desempenho ocupacional autónomo;
- Facilitar o processo de normalização / integração dos utentes no meio comunitário;
- Melhorar o relacionamento interpessoal entre os próprios elementos do grupo;
- Facilitar a identificação / participação em atividades lúdicas identificadas pelos utentes;
- Treinar para uma aparência pessoal adequada.
- Facilitar o planeamento motor;
- Facilitar a consciência corporal;
- Favorecer o relaxamento muscular.

Depois de cada sessão é feita uma avaliação junto do professor de Educação Física, profissional que dirige as sessões, e junto dos utentes, de forma a rever os objetivos de intervenção para a próxima sessão. O terapeuta ocupacional ou monitor registarão, após cada sessão, todos os dados que considerem importantes, utilizando para tal as folhas de “registo da sessão”.

 **Programação, organização e desenvolvimento de atividades lúdicas e recreativas:** O terapeuta ocupacional forma parte do Núcleo de Dinamização da Casa de Saúde, estrutura técnica, dentro do serviço de Reabilitação Psicossocial, e constituída pelo terapeuta ocupacional, o monitor das atividades desportivas e a técnica de psicopedagogia da Instituição que reúnem semanalmente para programar, organizar e

desenvolver as atividades dentro deste programa. Cada um destes elementos tem definido uma série de funções dentro deste Núcleo e que se descrevem a seguir:

ELEMENTO	FUNÇÕES
Terapeuta Ocupacional e Psicopedagoga	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gestão do Núcleo de Dinamização Inter-Unidades;</li><li>▪ Participação nas reuniões de equipa;</li><li>▪ Elaboração das comunicações internas, sob indicação da Direção;</li><li>▪ Comunicação da planificação e organização das atividades aos Coordenadores das diferentes unidades</li><li>▪ Elaboração das cartas dos pedidos de patrocínio, sob indicação da Direção;</li><li>▪ Comunicação e articulação com as diversas entidades comunitárias para o desenvolvimento das atividades, sob indicação da Direção;</li><li>▪ Preenchimento das requisições;</li><li>▪ Identificação dos utentes que manifestem interesse em participar das atividades planificadas.</li></ul>
Monitor Ocupacional responsável das atividades físico/desportivas e musicais	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Participação nas reuniões;</li><li>▪ Desenvolvimento/monitorização das atividades físicas/desportivas e musicais nos diferentes grupos organizados;</li><li>▪ Organização e planificação, junto do terapeuta ocupacional e da psicopedagoga das diversas atividades incluídas no Núcleo de Dinamização Inter-Unidades;</li><li>▪ Identificação de utentes que manifestem interesse em participar das atividades;</li><li>▪ Participação nas atividades.</li></ul>

Quadro nº 5: Funções dos técnicos afetos ao Núcleo de Dinamização Inter-Unidades da Casa de Saúde



Este programa destina-se a todos os utentes das unidades de internamento da Casa de Saúde que manifestem interesse em participar das atividades organizadas.

Pretende-se também a participação ativa dos funcionários da Instituição em algumas das atividades inseridas neste projeto e, se possível, a colaboração dos familiares dos residentes, possibilitando a manutenção e restabelecimento das redes sociais de apoio dos participantes.

Os objetivos específicos do programa são os seguintes:

- ❖ *Promover o relacionamento interpessoal* junto dos utentes e, sempre que possível, com os colaboradores da Instituição;
- ❖ *Promover e motivar para a participação em outras atividades incluídas nas diferentes áreas ocupacionais;*
- ❖ *Adquirir responsabilidades com a atividade e com o grupo:* É preciso consciencializar da importância de assumir responsabilidades em atividades e da necessidade dos participantes assumirem uma postura mais pró-ativa, sem esquecer quais as competências/capacidades apresentadas pelos mesmos;
- ❖ *Melhorar as competências motoras e de processo;*
- ❖ *Promover a participação comunitária:* Muitas destas atividades pretendem contribuir para uma maior normalização e integração dos utentes dentro da comunidade, permitindo que estes utentes usufruam de serviços e espaços comunitários;
- ❖ *Promover a aproximação familiar:* Pretende-se também que os familiares, sempre que possível, sejam convidados a participar em alguma destas atividades, de forma a manter e reforçar as redes sociais de apoio aos residentes.

As atividades incluídas neste projeto, até à data, são as seguintes:

- ✓ Grupo Coral: Grupo de música sacra, constituída por funcionários da Instituição, vizinhos da Casa de Saúde e utentes. Dinamizam a Eucaristia diária, muito frequentada por pessoas da localidade;

✓ Grupo Reviver: Grupo de música folclórica típica de Barcelos, constituída por utentes e funcionários da Casa de Saúde. Este grupo realiza várias atuações ao longo do ano, em diversos pontos de âmbito nacional;

✓ Liga para a Inclusão Social: Equipa de futsal da Casa de Saúde, constituída por utentes e funcionários da instituição que participam numa liga a decorrer no norte de Portugal junto de mais outras 20 instituições de solidariedade social, através de jogos de futsal a serem disputados mensalmente. Esta liga permitiu também o estabelecimento de protocolos com o Pelouro de Desporto da Câmara Municipal de Barcelos, para a concessão do polidesportivo da cidade de forma a que a equipa possa treinar semanalmente neste espaço camarário. O protocolo tem como objetivo fundamental a integração comunitária dos nossos utentes, através da prática desportiva no Pavilhão Municipal de Desporto;

✓ Programa de Agosto em Lazer: Programa desenvolvido no mês de Agosto e que inclui um leque bastante alargado de atividades lúdicas e recreativas, e que são desenvolvidas fundamentalmente em contexto intra-hospitalar, mas com participação de entidades externas à Casa de Saúde. Durante este mês são apresentadas diariamente duas ou três atividades lúdicas diferenciadas e com participação de todos os monitores do serviço de TO.


✓ Programa de Praias: Desenvolvido durante os meses de Junho, Julho e Setembro com participação de todos aqueles utentes, das diversas unidades de internamento, que manifestem interesse em participar. Os utentes propõem qual o melhor local para a prática balnear. Estas saídas à praia são acompanhadas por um almoço e/ou lanche fora da Casa de Saúde em locais da predileção dos participantes;

✓ Tardes de Cinema: Mensalmente, são projetados filmes no auditório da Instituição, com participação voluntária de todos aqueles utentes que manifestem interesse nesta atividade. O Núcleo de Dinamização Inter-Unidades elabora uma calendarização anual, de forma a todas as unidades se responsabilizarem pela dinamização desta atividade. Assim, a escolha do filme, projeção e preparação da sala é da responsabilidade dos utentes e funcionários daquela unidade responsável pela atividade mensal;


✓ Programa de Férias: Anualmente são programadas dois passeios de aproximadamente 5 dias, dentro ou fora do território nacional e com participação de 7/8 utentes mais 2/3 colaboradores (enfermeiro, auxiliar de ação médica e elemento do núcleo de dinamização ou outro colaborador). O Núcleo de Dinamização Inter-Unidades é o responsável de organizar e planificar estas férias, depois de identificados os locais de interesse dos utentes que queiram participar;

✓ Atividades organizadas por Instituições externas à Casa de Saúde: Por vezes, diversas instituições convidam à Casa de Saúde a participarem em eventos, sejam eles de cariz desportivo, lúdico ou cultural e que vão ao encontro dos interesses ocupacionais dos utentes. O Núcleo de Dinamização, sob autorização da Direção, é o responsável pela gestão na participação destes eventos.

Existe sempre um registo com a descrição da atividade, número de utentes e observações a considerar, após o desenvolvimento de cada uma destas atividades incluídas no programa. Anualmente, o Núcleo de Dinamização Inter-Unidades tem de elaborar uma avaliação do programa decorrido já durante esse ano e uma proposta dum novo programa a desenvolver no ano a seguir.

 **Programa de atualidade:** Pelas características apresentadas na unidade de curto internamento e com o objetivo de os utentes não se desvincularem do seu contexto habitual, foi necessário programar esta intervenção, de forma a serem analisadas e discutidas as notícias semanais. Para participarem nesta intervenção, os colaboradores da unidade, nomeadamente os médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogas e assistentes sociais, após realizarem o acolhimento do utente na unidade, são encaminhados para a Terapia Ocupacional, seguindo uma série de critérios estabelecidos em reunião de equipa (não ter sintomatologia e/ou descompensação psicótica que impossibilite o normal desenvolvimento da sessão e não existir deteriorização cognitiva significativa). Estas sessões são acompanhadas pelo auxiliar da unidade e, por vezes, pelo enfermeiro. São discutidos aspetos relacionados com a cultura, sociedade, desporto e outros assuntos do interesse dos participantes em pequenos grupos. Sempre que se justificar, é elaborado um “jornal de parede” com as notícias selecionadas e discutidas na sessão. No

final da sessão é preenchido um documento de avaliação da sessão (nº de utentes que participaram, atividade realizada, objetivos atingidos e observações).

 **Atividades de movimento:** Aproveitando os recursos existentes na unidade de curto internamento (jardins e ringue) e avaliados os interesses ocupacionais dos utentes internados, muito relacionados com atividades de cariz lúdico/desportivo, o serviço de TO programou várias sessões semanais que têm como objetivo fundamental evitar deteriorização das competências motoras decorrentes do internamento, aproveitando-se também estas sessões para trabalhar aspetos relacionados com as atividades da vida diária (higiene, apresentação pessoal e manutenção dos espaços), assim como competências de processo e de comunicação/interação inerentes ao desenvolvimento dos exercícios propostos. Assim, nesta unidade existem duas horas semanais de atividades de movimento, com participação do terapeuta ocupacional (presente na primeira sessão), do monitor de desporto da instituição (presente na segunda sessão) e do enfermeiro e auxiliar da unidade (presentes nas duas sessões). O terapeuta ocupacional é o responsável pela organização e planificação das duas sessões.

Para além destas intervenções técnicas existentes nas diferentes unidades de internamento da instituição, o serviço de TO desenvolve outras funções nas diversas valências ocupacionais existentes, sendo o responsável pela organização, planificação e supervisão do trabalho desenvolvido pelos utentes nestes espaços terapêuticos. Neste sentido, o terapeuta trabalha em conjunto com vários colaboradores, responsáveis pela monitorização das atividades desenvolvidas nestas valências.

Será realizada uma breve contextualização destas valências ocupacionais, para explicar posteriormente quais as responsabilidades do terapeuta e do monitor perante o trabalho desenvolvido nestes espaços:

VALÊNCIA OCUPACIONAL		Nº COLABORADORES AFETES À MONITORIZAÇÃO	Nº UTENTES
ATELIÊS PRODUTIVOS	Ateliê do Vime	1 Monitor ocupacional	10
	Ateliê da Cerâmica	1 Monitora ocupacional	9
Ateliê das Atividades Ocupacionais Criativas		1 Monitor ocupacional	27
SERVIÇOS “ERGO-TERAPÊUTICOS”	Jardinagem	1 Jardineiro	6
	Manutenção	1 Funcionário	3
	Limpezas e outras tarefas nas unidades	São José: 3 auxiliares	15
		São Ricardo: 3 auxiliares	8
		Sto. António: 3 auxiliares	6
São Rafael: 3 auxiliares		15	
Estafeta	S. João de Deus: 3 auxiliares	6	
	1 Terapeuta ocupacional	3	

Quadro nº 6: Valências ocupacionais/colaboradores e utentes.



Os **Ateliês das Atividades Produtivas** são duas das valências Intra-Institucionais Ocupacionais da Casa de Saúde São João de Deus integrados no serviço de TO, formando parte da estrutura do serviço de Reabilitação Psicossocial.

Constituído por dois espaços terapêuticos separados fisicamente:

- Ateliê da Cerâmica; e
- Ateliê do Vime.

Os utentes desenvolvem trabalhos que serão gratificados, em função da avaliação semanal realizada pelos monitores e pelo terapeuta ocupacional. Estes artigos produzidos, destinados à venda, são armazenados num espaço próprio separados dos Ateliês Produtivos.

Os dois ateliês, separados fisicamente, situam-se na praça central da Casa de Saúde.

- **Ateliê do Vime:** Constituído por um pequeno espaço para *arrumação de materiais* com prateleiras e telefone) e por *uma sala de trabalho* com prateleiras, mesa, cadeiras, estante, rádio, relógio, dois lavatórios, um espelho, máquina de disco para cortar a madeira, berbequim, tesouras, martelos, navalha, rachadeira do vime, material para polir a madeira, máquina de passar o vime, madeiras de pino e vime grosso;
- **Ateliê da Cerâmica:** Constituído por uma *sala* com 3 mesas de trabalho, cadeiras, dois estantes, 2 lavatórios, espelho, lavatório, espátulas, teques, ripas de madeira, rolos, bidões de barbotina, forno, gesso, formas para trabalhar com o gesso e com o barro, azulejos, sacos de vidrados, vazias e barro em pasta e/ou líquido.

As atividades realizadas nos dois Ateliês:

- ◆ *Ateliê do Vime:* São elaborados todos os tipos de peças em vime sob encomenda. A elaboração de uma peça em vime segue as seguintes fases, sendo que em cada uma delas participam os utentes, conforme as suas capacidades e interesses, avaliadas previamente pelo terapeuta ocupacional junto do monitor.
  - Demolhar o vime;
  - Rachar o vime;
  - Passar à máquina o vime de forma a criar a liaça necessária para posteriormente tecer a peça;
  - Idealizar o cesto ou outra peça;
  - Preparar o fundo da peça (desenhar e cortar a madeira);
  - Estacar o fundo;
  - Tecer o cesto até atingir a altura desejada;
  - Rematar;



- Envernizar;
- Secar.
- ◆ Ateliê da Cerâmica: São elaborados todos os tipos de produtos em cerâmica sob encomenda. A modo de exemplo, se descreverão as diferentes fases da elaboração de uma peça em barro. Os utentes participam nestas fases conforme a suas capacidades e interesses, avaliados previamente pelo terapeuta ocupacional em conjunto com o monitor.
  - Peças com formação por enchimento:
    - Criar modelo da peça a ser elaborada;
    - Fazer a forma em gesso;
    - Secar (supervisionar);
    - Montar a forma e encher com barbotina;
    - Secar até ter a espessura desejada (supervisionar);
    - Vazar o excesso de barbotina;
    - Supervisionar até ter a consistência desejada;
    - Tirar a peça da forma;
    - Deixar secar a peça (supervisionar);
    - Fazer os acabamentos e a decoração da peça.
  - Peças com formação por via plástica:
    - (Modelação):
      - Modelar o barro;
      - Supervisionar até secar;
      - Acabamentos e decoração da peça elaborada.
    - (Placa):
      - Fazer a placa em barro;

- Acabamentos e decoração da peça elaborada.

O **Ateliê das Atividades Ocupacionais Criativas** é outra das valências Intra-Institucionais Ocupacionais da Casa de Saúde São João de Deus integrado no serviço de Terapia Ocupacional, formando também parte da estrutura do serviço de Reabilitação Psicossocial.

Esta estrutura ocupacional está dividida em três secções, sendo que em cada uma delas são desenvolvidas as seguintes atividades:

- ◆ Secção 1: Atividades em madeira, reciclagem de papel e outras com recurso a outros materiais, segundo as necessidades das diferentes Unidades;
- ◆ Secção 2: Atividades em papel e plástico;
- ◆ Secção 3: Atividades em pintura e encadernação.

Os utentes que fazem parte da equipa de trabalho do ateliê das Atividades Ocupacionais Criativas recebem gratificação em forma de lanche diário e saídas programadas com periodicidade.

O Ateliê está situado no primeiro andar das antigas oficinas da Instituição e constituído por três valências ou espaços diferenciados, sendo que o equipamento atual em cada um deles é o seguinte:

- ◆ **Secção 1:** Constituído por *duas casas de banho e pela sala de trabalhos* com mesas, cadeiras, armários com ferramentas, bancada para trabalho de madeira, lavatório, relógio e bengaleiro.
- ◆ **Secção 2:** Constituído por *uma sala de trabalhos* com 3 mesas, cadeiras, estantes, dois armários e um frigorífico e por *dois gabinetes para o monitor e o terapeuta ocupacional* com armários, mesa, cadeiras, estantes e computador.
- ◆ **Secção 3:** Constituído por *uma sala de trabalhos* com 2 mesas, cadeiras, estantes, armário, material para trabalhar a tecelagem e máquina de encadernação e *varanda*.

O projeto das **atividades Ergoterapêuticas** está integrado nas valências Intra-Institucionais Ocupacionais do serviço de Reabilitação Psicossocial. Neste momento, os utentes podem participar em diversas atividades neste âmbito, nomeadamente na

lavandaria/rouparia, atividades domésticas nas unidades de internamento, jardinagem e estafeta. A diferença com outras valências intra-institucionais ocupacionais está em que não há colaboradores com a categoria profissional de monitores ocupacionais a supervisionarem o desempenho e participação dos utentes, sendo que os responsáveis de cada um destes serviços terão a responsabilidade de realizar esta tarefa de monitorização/supervisão, junto do terapeuta ocupacional, de forma a estabelecermos os objetivos de intervenção, com a presença do utente, e proceder à sua reformulação, no caso de ser necessário. Os utentes receberão uma gratificação semanal pela participação nestas ocupações, conforme o resultado da avaliação efetuada.

Este Serviço é constituído pelos seguintes espaços:

◆ **Lavandaria e Rouparia:** Constituídos por dois espaços físicos diferenciados e separados, situados no piso inferior da unidade do Galo Verde, onde são desenvolvidas atividades de tratamento da roupa dos utentes da Casa de Saúde. As atividades desenvolvidas nestes espaços são:

- Verificação da triagem da roupa realizada nas unidades;
- Lavagem da roupa (utilização das diferentes máquinas da lavar);
- Secagem da roupa (utilização das diferentes máquinas de secar);
- Engomagem;
- Arrumação da roupa nas estantes;
- Repartição da roupa: atividade que é realizada pelos funcionários das diferentes unidades.

◆ **Atividades domésticas nas Unidades:** Em todas as unidades de internamento da Casa de Saúde são desenvolvidas atividades estruturadas com utentes da instituição, quer da própria unidade de internamento, quer de outras, trabalhando em conjunto com os auxiliares em atividades como: fazer camas, varrer, passar o pano, limpar o pó, arrumar a roupa. Algumas dessas atividades desenvolvidas nestes espaços são:

- Fazer as camas;
- Passar o chão;
- Limpar o pó;
- Arrumar a roupa vinda da rouparia/lavandaria;
- Ajudar no asseio dos utentes dependentes;

- Colaborar em tarefas na copa da unidade;
- Arrumar as mesas e os talheres para as diferentes refeições;
- Outras tarefas que possam surgir conforme as necessidades específicas em cada unidade e tendo em consideração as competências de cada um dos utentes.

◆ **Jardinagem e manutenção:** A participação ocupacional na área da jardinagem e da manutenção tem vindo a crescer consideravelmente, sendo esta uma das atividades mais significativas e identificadas pelos utentes. As atividades desenvolvidas na jardinagem e na manutenção são as seguintes:

#### JARDINAGEM

- Preparação manual do terreno: desmatagem; dececapagem; despedrega; cavas, sachas e outras técnicas específicas;
- Operações culturais/sementeira: semear no local definido e/ou em caixas, transplantar e replicar;
- Rega: por escorrência e ou alagamento; por aspersão e construção de drenos simples;
- Plantação de árvores e arbustos: abrir covas; drenar covas; plantar árvores; plantar arbustos; construir caldeiras a árvores e arbustos;
- Poda de raízes, árvores, arbustos e roseiras;
- Tutoragem;
- Mondas manuais e químicas;
- Empa;
- Fabricação de compostos orgânicos;
- Aparar e corte de sebes e outros arbustos;
- Preparação mecânica do terreno: lavourar; gradejar e fresar;
- Relvados: semear; efetuar rolagens ou compactações; aparar relva com aparador mecânico; aparar relva com tesoura ou outras ferramentas; regenerar áreas de relvados por sementeira e escolher densidades de sementeira;
- Organização geral do jardim;

- Tratamento das pragas e doenças.

## MANUTENÇÃO

- Pintura;
- Trabalhos na área da serralharia;
- Trabalhos na área da construção civil;
- Trabalhos na área de funileiro;
- Trabalhos na área da eletricidade.

◆ **Estafeta:** Atividade desenvolvida por utentes das unidades de reabilitação, desenvolvendo as suas funções dentro e/ou fora da Casa de Saúde. Estes utentes são os encarregados de realizar os recados que sejam solicitados pelas diferentes unidades de internamento e pelos diferentes serviços da Instituição (Secretaria, Serviço Social, Serviço de Psicologia e outros), desenvolvendo as suas funções dentro e fora da Casa de Saúde.

Assim sendo, o projeto desenvolvido nestas valências ocupacionais (ateliês produtivos, criativos e ergoterapêuticos) destina-se a todos aqueles utentes internados na instituição que frequentam estes serviços, assim como aqueles que podem ser encaminhados para estes contextos terapêuticos, com prévia avaliação realizada pelo serviço de TO e pela equipa técnica de Reabilitação da Casa de Saúde. Neste momento, pelos recursos humanos existentes, assim como pelas características das atividades desenvolvidas em cada uma destas valências, não é possível encaminhar utentes da unidade de São João de Deus sem a prévia autorização médica.

Os monitores afetos aos ateliês produtivos e criativos também são responsáveis pela organização de algumas das atividades de lazer desenvolvidas em datas específicas para os utentes destas ou de outras unidades, nomeadamente no programa de Dinamização Inter-Unidades, como referido anteriormente.

Consciente de que as características físicas dos ateliês do vime, cerâmica e criativo não suportam adequadamente a procura de utentes para a exploração das atividades organizadas nestes espaços, a instituição prevê realizar remodelações no edifício das

antigas oficinas da Casa de Saúde, de forma a agruparem todos os ateliês ocupacionais num espaço acondicionado para o desenvolvimento das atividades.

Neste ponto, é importante referir quais os objetivos gerais e específicos a serem trabalhados nas valências terapêuticas caracterizadas anteriormente:



Ilustração nº 6: Objetivos gerais e específicos nas valências ocupacionais (ateliês produtivos, criativos e ergoterapêuticos)

As atividades nas diversas valências ocupacionais decorrem de segunda a sexta-feira com o seguinte horário:

- ◆ Manhãs: 9h30 – 12h30, com intervalo das 11h – 11h30;
- ◆ Tardes: 14h – 16h30, com intervalo das 15h50 – 16h10.

Os horários dos utentes das unidades de reabilitação têm uma pequena alteração (tolerância de entrada de 30 minutos), relacionada com o cumprimento das tarefas diárias de manutenção da unidade, sendo as mesmas da responsabilidade dos utentes.

É de referir que, por vezes, é necessário realizar modificações na programação semanal dos ateliês produtivos e criativo, na eventualidade da participação dos utentes em determinadas exposições, eventos ou encontros existentes dentro e fora da Instituição.

De forma esquemática, o terapeuta ocupacional, assim como os monitores e responsáveis das diversas valências ocupacionais, têm uma série de responsabilidades inerentes ao funcionamento do serviço de TO e mais concretamente perante as atividades que são desenvolvidas nestas valências, como se refere nos quadros a seguir:

<b>MOMENTOS – COORDENAÇÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Supervisão do funcionamento das valências ocupacionais	SN*
Supervisão do trabalho desenvolvido pelo monitor/responsável da valência	SN*
Supervisão do trabalho desenvolvido pelos utentes	SN*
Reuniões comunitárias monitor/responsável da valência – utentes – coordenador	Mensal
Feedback Ateliê e Unidades de Internamento	SN*
Preenchimento das requisições	SN*
Supervisão e entrega do dinheiro da venda dos artigos	SN*
Gestão do projeto ocupacional	SN*
Preenchimento das requisições	SN*
Reuniões com todos os elementos do serviço TO	SN*
Reuniões com os monitores/responsáveis das valências ocupacionais	1 Vez/semana

Quadro nº 7: Funções do terapeuta ocupacional como coordenador do serviço

<b>MOMENTOS – MONITOR OCUPACIONAL – RESPONSÁVEL DA VALÊNCIA OCUPACIONAL</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Planificação das atividades ocupacionais a serem desenvolvidas pelos utentes	Diária
Seleção e distribuição das atividades a serem desenvolvidas pelos utentes	Diária
Monitorização do trabalho desenvolvido pelos utentes	Diária
Preenchimento, sempre que necessário, da folha de presença	Diária
Feedback entre Ateliê e Unidades de Internamento	SN*
Preenchimento das requisições	SN*
Participação nas reuniões do Serviço Terapia Ocupacional	Semanal
Reuniões com todos os elementos do Serviço de TO	SN*
Organização e participação nas amostras e vendas de trabalhos	SN*

Quadro nº 8: Funções dos monitores ocupacionais

Legenda: SN\*: Sempre que necessário

O processo de encaminhamento de um utente para as diversas valências ocupacionais foi regulamentado aquando da certificação da qualidade, visto a necessidade de existirem protocolos que explicassem claramente a forma destes utentes poderem participar e usufruir das atividades desenvolvidas nestas valências. Assim, passamos a referir qual o processo:



Ilustração nº 7: Processo de encaminhamento de utentes para as valências ocupacionais



Em todo este processo de certificação da Qualidade, o coordenador do serviço de TO participou ativamente na definição dos diferentes procedimentos, na revisão crítica dos documentos elaborados e na transmissão dos conteúdos aprovados aos monitores do serviço, assim como aos utentes que integram as respostas ocupacionais da Casa de Saúde.

Para além de terem sido elaborados procedimentos para o encaminhamento dos utentes até às diversas respostas ocupacionais, como referido anteriormente, foram elaborados outros procedimentos inerentes à intervenção técnica, onde estavam incluídas funções específicas a serem desenvolvidas pelo coordenador do serviço de TO. Estes procedimentos são os seguintes:

1. Procedimento para a transferência de utentes para as diversas unidades de internamento: o coordenador do serviço de TO tem a responsabilidade de informar os seus monitores e de dar continuidade, se ocorrer, ao plano de intervenção ocupacional do utente, aquando da transferência do utente.
2. Procedimento de saída da unidade de internamento: o coordenador do serviço de TO tem a responsabilidade de fechar o plano individual de intervenção, nomeadamente nos objetivos relacionados com a TO. Portanto, participa na avaliação final e na elaboração do relatório de alta.

O serviço de TO, no âmbito da certificação da Qualidade, e em conjunto com o responsável local da certificação desta Instituição, elaboraram uma série de procedimentos também referentes à TO que tem ajudado a gerir e organizar, de uma forma mais efetiva o serviço. Estes procedimentos são os seguintes:

- ✚ Comunicação das unidades com as valências ocupacionais relativamente às faltas dos utentes à atividade ocupacional: regula a forma como têm de ser informadas e justificadas as faltas dos utentes nas diversas valências ocupacionais, sempre que estes não frequentem o serviço. Utiliza-se uma ficha específica para o efeito.
- ✚ Elaboração de uma folha de presenças para cada uma das valências ocupacionais, com o objetivo de o monitor ter sempre conhecimento de quais as diferentes atividades e/ou intervenções, diferentes das desenvolvidas nesta valência, onde o

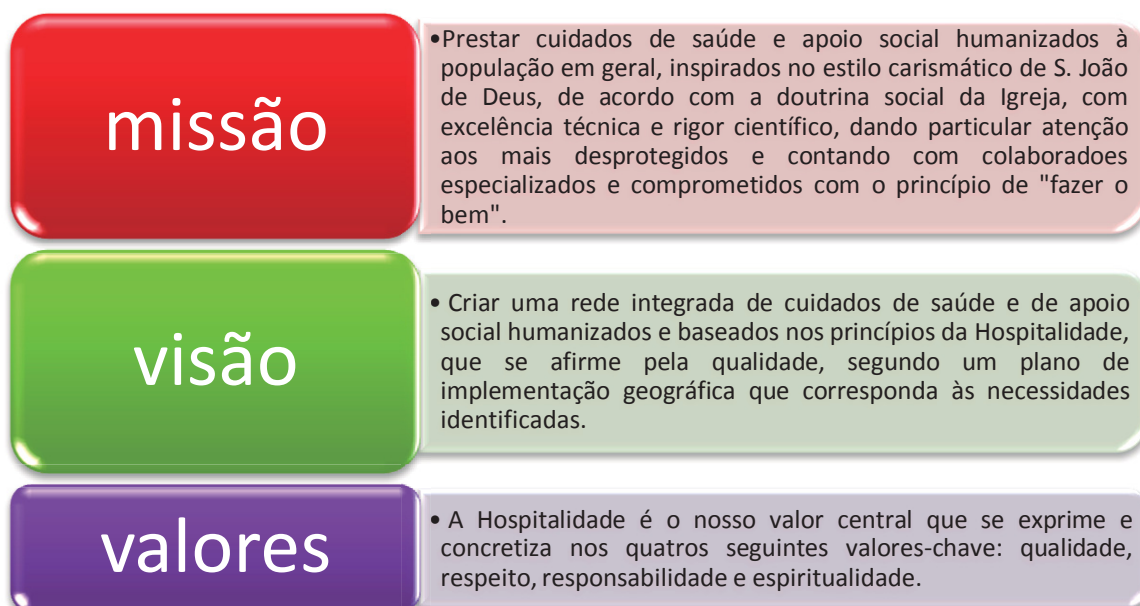
utente esteja inserido. Desta forma, existe uma maior planificação e organização das intervenções técnicas existentes para cada utente, servindo também para organizar o seu dia-a-dia.

- ✚ Elaboração do “Livro de TO”, atualizado mensalmente: corresponde a um registo formal, realizado pelo coordenador do serviço de TO, que especifica qual a atividade desenvolvida pelos utentes em cada uma das valências ocupacionais, o horário e as funções desenvolvidas pelo mesmo. Este documento é entregue às diferentes direções da Casa de Saúde.

O coordenador do serviço de TO também trabalhou, juntamente com os monitores/responsáveis das diferentes valências ocupacionais, na divulgação e conhecimento de documentos formais que foram igualmente elaborados por parte da instituição e consideramos de grande importância, como foram o “Código de Ética” e o “Guia de Princípios Éticos e Boas Práticas dos Centros Assistenciais – Direitos e Deveres”, estando estes documentos facilmente acessíveis a todos os utentes, colaboradores, familiares e outros que desejem consultá-los. Em cada uma destas valências foram colocadas caixas de “Sugestões e Reclamações” onde os utentes têm o direito de expressar a sua opinião em relação ao funcionamento interno destes espaços.

Desta forma, o processo de certificação culminou com a definição formal da missão, visão e valores da Casa de Saúde (<http://www.isjd.pt/cssjd.barcelos/>), sendo estas:

Ilustração nº 8: Missão, visão e valores da casa de Saúde



## **5. Considerações finais**

A maior parte dos países industrializados vivem, hoje em dia, imersos numa economia globalizada, existindo um mercado internacionalizado e sem fronteiras, que leva as empresas a procurarem uma maior competitividade dos produtos e/ou serviços oferecidos. Estas empresas, se pretendem sobreviver de forma sustentável, precisam de dispor de um sistema de gestão, assim como de uma visão holística nos seus processos de produção e gestão, de forma a conseguirem oferecer produtos e/ou serviços de qualidade que marquem a diferença em relação a outras empresas do mesmo setor. Assim, nestas duas últimas décadas (Williams, 2006) todo o processo relacionado com a procura da qualidade dos serviços está a ser objeto de estudo por parte de investigadores e gerentes, devido ao impacto que a mesma tem no desempenho e desenvolvimento dos negócios, à redução de custos e à própria rentabilidade das empresas.

Numa primeira leitura, estas afirmações, poderíamos pensar, estariam relacionadas unicamente com setores primários da economia, por exemplo. Contudo, o setor da saúde e, neste caso, a prestação de serviços de saúde por parte das entidades hospitalares, também estão enquadrados neste processo de modernização das suas praxis, exigindo uma alta qualidade nos seus atos clínicos, sob pena de reduzir as suas intervenções técnicas por falta de procura de serviços e, conseqüentemente, uma importante perda de ingressos que possa pôr em causa a continuidade da entidade. É importante recordar que a produtividade cresce com a qualidade dos serviços prestados, imprimindo maior competitividade ao estabelecimento e garantido a sua sobrevivência no mercado (Carvalho, Marly & Paladini, 2005). Com o objetivo, entre outros, de evitar um desenvolvimento trágico na gestão empresarial, nestes últimos anos tem existido a necessidade, por parte dos hospitais e das empresas fornecedoras de serviços de saúde, de “acreditar” as suas praxis ou intervenções. Neste ponto, convém referir que a acreditação, por si só, não assegura a qualidade dos serviços prestados, apesar de garantir que as mesmas entidades cumpram uns estândaes mínimos relacionados com a estrutura, processos internos e resultados da intervenção técnica.

Como foi referido em capítulos anteriores, o término de qualidade pode ser definido de diferentes formas. Assim, e com o objetivo de clarificar ainda mais o seu significado e contextualiza-lo nesta reflexão crítica, é necessário fazer algumas considerações importantes relativas ao termo. Segundo Otálora and Orejuela (2007), em primeiro lugar, a qualidade não pode ser sinónimo de luxo ou complexidade; esta deve ser a mesma em

todos os níveis de atenção. Em segundo lugar, a qualidade não constitui um termo absoluto, é um processo de melhoramento constante e contínuo e por último, é uma qualidade objetivável e mensurável e não depende de um grupo de pessoas, mas engloba, isso sim, toda uma organização prestadora de serviços. Neste ponto, convém dizer que o desafio é poder avaliar este processo, no seu todo, e em cada um dos estabelecimentos onde esteja a decorrer o processo de certificação, para que a “qualidade” possa ser objetivada e comparada, permitindo estabelecer estândares e processos corretivos para produzir melhoras contínuas. Esta é uma das características do processo de certificação no referencial EQUASS. O mesmo introduz uma cultura de avaliação institucional, desenvolvendo processos avaliativos e normativos consensuais, assim como pautas e estândares mínimos para as ações e procedimentos em saúde.

Não podemos esquecer que este processo de certificação da qualidade precisa de uma estrutura e organização que esteja voltada para o mercado, sendo este um dos motivos que impele a própria organização a entrar neste processo de certificação, desenvolvendo intervenções de forma sistematizada e científica, tomando decisões e executando ações baseadas em medição e análise de desempenho. Precisa igualmente, segundo Williams (2006), de um sistema de padrões/atos bem definidos, para garantir a previsibilidade dos resultados esperados pelos clientes e para que permitam a procura de melhorias (competitividade) de forma consistente, sem esquecer que este processo necessita também de um controlo de qualidade da própria qualidade, de forma a mantê-la.

Verificamos, no entanto, que o termo de qualidade continua a ser extenso e pode-se aplicar a diferentes contextos empresariais e de serviços. Para contextualizar melhor, a definição da qualidade tem vindo a mudar ao longo do tempo, conforme a necessidade e a procura. No início, o produto era considerado o aspeto central na qualidade, posteriormente fazia referência ao controlo dos processos e finalmente, surgiu o termo de “Qualidade Total” que busca maximizar os resultados das organizações por meio da satisfação simultânea de todas as partes interessadas, ou seja, os clientes, empregados, acionistas, meio ambiente, comunidade, sociedade e fornecedores (Otálora & Orejuela, 2007). Desta forma, a qualidade total implica a qualidade em todos os processos, no próprio produto e na satisfação do cliente ou usuário. Engloba também todas as funções e atividades da organização e envolve e compromete a participação de todas as pessoas da organização. Assim sendo, a qualidade deve estar na filosofia de toda e qualquer

organização e tem de seguir uns princípios básicos para permitir o bom funcionamento da mesma, assegurando um bom desempenho da estrutura organizacional.

Se pretendemos conhecer quais os princípios básicos da gestão da qualidade para qualquer estabelecimento de prestação de serviços de saúde, o mesmo tem de seguir estes critérios que se descrevem a seguir (Carvalho, Marly & Paladini, 2005):

- Adotar uma nova filosofia de funcionamento institucional, em todas as hierarquias e serviços;
- Assumir o compromisso e propósito da melhoria contínua dos serviços prestados;
- Desenvolver ações formativas dirigidas à promoção das competências dos colaboradores, de forma às praxis dos mesmos irem ao encontro dos princípios acordados aquando do processo de certificação da qualidade;
- Instituir a liderança, eliminando os medos e estabelecendo pontes de comunicação entre as diferentes hierarquias;
- Eliminar as barreiras existentes entre departamentos e/ou serviços. Este processo de certificação exige a colaboração e o trabalho coordenado por parte de todos e cada um dos elementos que constituem a entidade;
- Agir no sentido de concretizar a transformação desejada;
- Relacionar as prioridades institucionais imediatas com a missão e com o plano estratégico da entidade;
- Incluir o estudo, por parte dos dirigentes, das teorias, princípios e métodos quantitativos e qualitativos das medidas da qualidade em matéria de saúde;
- Estimular o trabalho em equipa, a responsabilidade e os recursos necessários para a delegação de funções.

Abrir um serviço de Terapia Ocupacional numa instituição que, pelas suas características e história, tem uma ideia própria em relação à profissão, é um grande desafio. Por vezes, podemos encontrar dificuldades iniciais na implementação do trabalho, devido, em parte, a um desconhecimento por parte de alguns dos colaboradores da instituição, dos verdadeiros objetivos da ocupação terapêutica. Conquistar este espaço, dentro da organização, pode ser o primeiro dos grandes reptos a assumir, trabalho que tem os seus frutos quando o terapeuta e os monitores ocupacionais evidenciam técnica e cientificamente as praxis desenvolvidas pelo serviço. *A planificação adequada do trabalho desenvolvido junto dos monitores, a utilização das*

*escalas de avaliação próprias da nossa disciplina, assim como a integração destas avaliações junto das avaliações realizadas por outras valências técnicas existentes, sem esquecer o protagonismo que deve ter o próprio utente na definição do seu plano de intervenção, são extremamente necessárias para mudar o conceito, por vezes errado, que existe por parte de outros colaboradores externos ao serviço, em relação à praxis e aos verdadeiros objetivos da Terapia Ocupacional. Neste sentido é necessário existir uma importante divulgação da profissão junto destes colaboradores. Assim, uma das estratégias a ser utilizada é aproveitar as reuniões multidisciplinares existentes nas diversas unidades de internamento, juntamente com os coordenadores das mesmas, para explicar qual o papel da Terapia Ocupacional no processo de intervenção psicossocial do utente através da justificação do nosso trabalho com os objetivos planificados e os resultados obtidos. *Só quando é evidenciada a prática terapêutica, é que existe uma verdadeira credibilidade do trabalho realizado.* A aprendizagem organizacional, conceito que integra o processo de “qualidade total” e que procura alcançar um novo patamar de conhecimento para a organização por meio da perceção, reflexão, avaliação e partilha de experiências (Otálora & Orejuela, 2007), como referido, deve ser integrada pelos profissionais que constituem a equipa e, neste caso, também pelos colaboradores do serviço de Terapia Ocupacional. Seguir o princípio da aprendizagem organizacional contribuirá para integrar as diferentes disciplinas nas equipas multidisciplinares.*

Como vimos anteriormente, num estabelecimento com diferentes profissionais que integram a equipa multidisciplinar e como exemplo de um caso hipotético, pode ainda existir alguma dificuldade, por parte de alguns destes elementos, em identificar o verdadeiro significado do trabalho desenvolvido pela Terapia Ocupacional. Às vezes, esta situação está relacionada com o estigma associado à doença mental e às consequências derivadas do mesmo. Um dos grandes objetivos da profissão é promover autonomia e independência funcional no cliente, algo incompreendido por aqueles que mantêm preconceitos sobre as pessoas com doença mental. Assim, e nesta linha de pensamento, para alguns profissionais da saúde mental, o médico continua a ser ainda o grande líder que gere os modelos de intervenção de toda uma equipa. Sendo o estigma um aspeto que impede a normalização dos clientes alvos da intervenção psicossocial, desenvolvi um estudo de investigação (Barrantes, 2010) para verificar o porquê desta situação, sendo que os resultados foram muito reveladores de uma realidade que, por vezes, escapa ao nosso controlo como técnicos da saúde, e que tem de ser trabalhada num contexto mais abrangente. Nesta investigação, numa amostra constituída por 95

profissionais de saúde mental de algumas casas de saúde, assim como instituições hospitalares públicas e privadas de Portugal, constituída por 25 médicos psiquiatras (26.3%), 30 enfermeiros (31.6%) e 40 auxiliares de ação médica (42,1%) e que responderam voluntariamente a dois questionários, “Questionário Sociodemográfico” e “Questionário de Atribuição AQ-27<sup>9</sup>”, resultou que dentre os nove domínios do Questionário de Atribuição AQ-27, os de Responsabilidade e Irritação apresentaram os valores estatísticos mais baixos. Os de Ajuda, Coação e Pena apresentaram os valores estatísticos mais elevados. O género dos profissionais, assim como o tempo de serviço dos mesmos na instituição, não determinaram diferenças estatisticamente significativas nos diferentes domínios. Além disto, os profissionais que lidavam com utentes crónicos apresentaram valores superiores de Irritação, Medo e Evitamento comparativamente com aqueles que trabalham diretamente com pessoas com uma doença mental em estado agudo e crónico e as diferenças nas habilitações académicas entre os profissionais, a utilização do diagnóstico psiquiátrico, assim como o modelo de intervenção de atenção sanitário atual, entre outros, ajudaram a explicar estes resultados. Portanto, não se encontraram grandes diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de trabalho na instituição entre as diferentes categorias de colaboradores. Assim sendo, as explicações em relação ao estigma associado à doença mental, segundo este estudo, devem ser dadas, entre outras coisas, através das *habilitações* de que são portadores os três grupos profissionais existentes. De facto, Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos & Livaditis (2008) referem que o nível de habilitações será uma das causas que pode condicionar a formulação de atitudes mais positivas perante as pessoas com uma doença mental. Havendo menos conhecimento em relação à doença mental, existem mais dificuldades em filtrar adequadamente as informações erróneas que são transmitidas através dos *meios de comunicação* que em muito condicionam a praxis diária dos profissionais que lidam habitualmente com estes utentes, ajudando à assunção de preconceitos relacionados com pessoas com diagnóstico psiquiátrico. Apesar das habilitações, demonstrou-se que muitos destes profissionais acreditavam que *os utentes não poderiam recuperar, que as unidades de longo internamento não reuniam as condições necessárias para possibilitar o bem-estar destes utentes, que as pessoas com diagnóstico psiquiátrico tinham comportamentos, por vezes, impossíveis de controlar e o relacionamento entre utente e colaborador era muito distante*. Estes resultados

---

<sup>9</sup> Instrumento da autoria de Corrigan (2004) e utilizado para medir os elementos do preconceito relativo às pessoas com doença mental. É constituído por 27 itens divididos em nove domínios (três itens por domínio): responsabilidade, pena, irritação, perigosidade, medo, ajuda, coação, segregação e evitamento.

explicaram o facto de existirem valores estatisticamente elevados nos domínios de Evitação, Medo e Irritação do Questionário de Atribuição AQ-27. Resumindo, não é de estranhar que, por vezes, poucos acreditem numa intervenção ocupacional terapêutica com o objetivo de fomentar o bem-estar, empowerment e a autodeterminação das pessoas que são alvo de intervenção pelo serviço de Terapia Ocupacional. As ideias preconceituosas existentes devem desaparecer: não se consegue trabalhar para atingir certos objetivos, se não se acredita no sucesso dos mesmos. Assim, considera-se essencial programar e desenvolver formações para todos os colaboradores das instituições em questão, com o objetivo de diminuir estes estereótipos e ajustar as conceções à realidade e às evidências existentes. Só assim é possível ir, aos poucos, mudando a mentalidade das pessoas que lidam diariamente com estes utentes e consciencializar os colaboradores da necessidade de uma intervenção multidisciplinar com objetivos claros e muito concretos, quer dizer, os objetivos que são traçados junto dos próprios utentes.

Aliás, para falarmos de um serviço de Terapia Ocupacional com “qualidade” requer-se que, além dos aspetos referidos em parágrafos anteriores, exista (Minotto, 2003):

- Um pensamento sistémico: os colaboradores do serviço devem conseguir estabelecer relações de interdependência entre os diferentes componentes da sua organização, bem como entre o serviço e o ambiente externo;
- Uma cultura de inovação: promover um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias que possam gerar diferença relativamente a outros serviços. É a implementação desta cultura da criatividade que caracteriza, muitas vezes, as nossas intervenções técnicas;
- Liderança e constância de propósitos: intervir de forma aberta, democrática, inspiradora e motivadora junto das pessoas, com o objetivo de desenvolver uma cultura de excelência;
- Visão de futuro: compreender o presente para projetar um futuro realista, com programas de intervenção adequados às necessidades dos clientes e à filosofia da instituição;
- Valorização das pessoas: estabelecer relações com as pessoas, de forma a criar condições para que elas se realizem profissional e humanamente, maximizando o seu desempenho;



- Desenvolvimento de parcerias: organizar atividades em conjunto com outras organizações, com recurso à utilização das competências essenciais de cada uma, objetivando benefícios para ambas as partes. Este princípio permite alargar as intervenções ocupacionais para fora da própria instituição, facto que contribui para a desmitificação e erradicação do estigma associado à doença mental;
- Responsabilidade social: estabelecer relações éticas e transparentes com todos os públicos com os quais se relaciona, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais, como parte integrante da estratégia do serviço.

Um serviço de Terapia Ocupacional de qualidade tem, entre outras coisas, de proceder a uma *gestão por processos*, quer dizer, as intervenções devem estar perfeitamente definidas por procedimentos claros e consensuais que permitam responder a todas as questões técnicas surgidas; *trabalhar para uma melhoria continua*, objetivo fundamental da filosofia da “Qualidade Total”, onde seja possível realizar avaliações constantes e reformulações de procedimentos e estratégias adequadas às necessidades, procurando sempre o melhor desempenho do nosso cliente e o maior grau de satisfação pessoal, por parte dos colaboradores do serviço. É necessário, igualmente, existirem *técnicas definidas de controlo da qualidade*, portanto, ferramentas próprias de avaliação que nos possibilitam medir as nossas intervenções, sem esquecer que é preciso definir objetivos perfeitamente mensuráveis e indicadores que nos permitam medir os ganhos obtidos (APETO, 2005).

Tem-se falado, entre outras coisas, da necessidade de transmitir conhecimentos técnicos aos colaboradores das instituições que têm como alvo da intervenção as pessoas com doença mental. Contudo, também é de referir a necessidade de os planos de estudo do curso superior de Terapia Ocupacional acrescentarem unidades curriculares relacionadas com a gestão e o marketing. De todos os cursos existentes neste momento em Portugal, só alguns têm cadeiras que abordam especificamente as técnicas de gestão e de marketing necessárias para o desenvolvimento de um serviço de Terapia Ocupacional. Hoje em dia, existe uma grande procura de profissionais desta área, por isso, não é de estranhar que existam, cada vez mais, terapeutas que assumam responsabilidades de gestão nos seus locais de trabalho, além de intervir direta ou indiretamente com os seus clientes. Até à data, o curso tem sido abordado de forma muito prática, tem dado as ferramentas necessárias para estudar e aplicar as técnicas

terapêuticas junto dos clientes alvos, mas, por vezes, é necessário também existir uma maior reflexão em relação a aspetos relacionados com a dinâmica de grupos numa vertente empresarial e de gestão. Existem muitos terapeutas que têm de abrir os serviços de Terapia Ocupacional nos seus locais de trabalho, assumindo papéis de gestores, líderes e representantes perante os seus superiores hierárquicos. Contudo, e numa perspetiva macro, se repararmos nas últimas leis relacionadas com a organização da saúde mental em Portugal, poderemos ver que o próprio estado português não delega funções de responsabilidade direta, de qualquer uma das unidades assistenciais referidas nestas leis, a um terapeuta ocupacional, como se pode constatar na portaria 149/2011 de 08 de Abril. Nesta portaria, *nenhuma das unidades residenciais (residências de treino de autonomia, residências autónomas de saúde mental, residências de apoio moderado e máximo), unidades socio-ocupacionais ou de apoio domiciliário são lideradas e coordenadas por terapeutas ocupacionais*, situação que não se compreende adequadamente quando, de facto, por exemplo, nas unidades sócio ocupacionais, a ocupação é o meio terapêutico privilegiado utilizado para atingir os objetivos estabelecidos junto dos clientes. Na minha opinião, justifica-se este facto pelo desconhecimento existente em relação à profissão da Terapia Ocupacional, visto sermos, até à data, poucos profissionais terapeutas formados e em ativo comparativamente com outras profissões sócio-sanitárias. O associacionismo tem de ser uma realidade de todos e não de poucos: só com a ajuda de muitos se consegue mais. A Terapia Ocupacional precisa de mais elementos ativos que contribuam para a divulgação da profissão, dos benefícios e evidências da intervenção terapêutica ocupacional.

Outro dos grandes aspetos que orienta o exercício das funções como terapeuta ocupacional, e que, sem dúvida, contribui para o enriquecimento pessoal, no sentido de compreender melhor o funcionamento, não só ocupacional das pessoas, mas também a integração holística do “ser”, é a utilização de modelos profissionais da Terapia Ocupacional, como por exemplo o “Modelo de Ocupação Humana” e o “Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional”. Estes modelos enfatizam a necessidade de termos de desenvolver uma visão alargada em relação ao funcionamento ocupacional de cada um dos utentes, não se centrando exclusivamente em aspetos puramente biomédicos, mas também em aspetos sociais e espirituais, dotando de “poder” o próprio indivíduo na escolha das suas ocupações, e por conseguinte, do seu estilo de vida, entre

outras coisas. Na prática diária existe uma necessidade de realizar uma integração de diferentes dados para desenvolver uma adequada conceptualização e compreensão da problemática de cada utente, não se centrando esta focalização exclusivamente no cliente, mas também no seu contexto. Desta forma, consegue-se compreender até que ponto as escolhas ocupacionais do cliente estão condicionadas por esta relação. As pessoas são únicas, têm direito de fazer escolhas na sua vida, têm potencial para a mudança, têm habilidades variadas para participar em ocupações ... são afirmações que podem ajudar diariamente a acreditar no trabalho que desenvolvemos, como terapeutas ocupacionais, junto dos nossos clientes, pois a evidência científica confirma a importância de nos centrarmos em intervenções onde o cliente é o centro, é quem escolhe e é quem decide, embora seja com monitorização, supervisão ou aconselhamento por parte de um terapeuta que, previamente, compreendeu até que ponto o seu funcionamento ocupacional estaria condicionado por causa das diversas relações, por vezes, disfuncionais, existentes entre cliente e contexto. Esta é uma das grandes peculiaridades da profissão: saber que existe uma justificação pela desadaptação que, muitas vezes, não está no utente, mas sim nos diversos contextos, sem esquecer que existe sempre a possibilidade de realizar as adaptações necessárias, no caso de o cliente ter restringido a sua funcionalidade. Promover a participação, habilitar para a ocupação, são pontos de grande importância para a intervenção ocupacional. Sem participação nem habilitação, embora por vezes tenha de ser adaptada, não se pode promover a integração, e muito menos, o bem-estar. Como disse Kielhofner (2004) *“...ao acreditar nas outras coisas que caracterizam o ser humano – as nossas ambições espirituais, a nossa capacidade para amar – nós também partilhamos uma natureza ocupacional inata...”*. É precisamente essa natureza ocupacional inata que nos diferencia uns dos outros, porque diferente é a ocupação desenvolvida por cada um de nós, embora pensemos que o ato de “fazer” uma mesma coisa é igual para todos. O “fazer” traz consigo um “ser”, e cada “ser” tem a sua particularidade. Está aqui um dos grandes aspetos da Terapia Ocupacional: conseguir descobrir o que caracteriza cada “ser”, para não uniformizar o “fazer”.

*Fazer o bem, bem feito!*

## 6. Bibliografia

- Andreia, M. (2004). *O estado da Terapia Ocupacional em Portugal*. Dissertação de final de Licenciatura em Terapia Ocupacional não publicada. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2008). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 658-665.
- Asociación española de terapeutas ocupacionales (2005). *Sistemas de gestión de calidad. APETO. Temario general de oposiciones de Terapia Ocupacional* (pp. 209-221). Madrid: APETO.
- Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional (2010). *Código Ético e Deontológico do Terapeuta Ocupacional*.
- APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade. *EQUASS Assurance 2012 – Princípios e Critérios de Qualidade*. [Em linha]. Disponível em <http://www.apq.pt/conteudo.aspx?id=293&idcm=286&idc=286>. [Consultado em 10/02/2012].
- Barrantes, F. (2010). *O estigma na esquizofrenia: atitudes dos profissionais da saúde mental*. Dissertação de Mestrado em Reabilitação Psicossocial, especialização em Perturbação Mental Grave, não publicada. Faculdade de Educação e Psicologia. Universidade Católica de Porto.
- Carvalho, M., Marly, M., & Paladini, E. (2005). *Gestão da qualidade: teoria e casos*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Corrigan, P. (2004a). Beat the stigma and discrimination! Four lessons for mental health advocates. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dmh.ca.gov/PEIStatewideProjects/docs/CorriganBeattheStigmaandDiscrimination.pdf>. [Consultado em: 05/02/2012].

- Crepeau, E., Cohn, E & Schell, B. (2005). *Terapia Ocupacional*. 10<sup>a</sup> Edição. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Decreto-lei nº 564/1999 de 21 de Dezembro. I Série. Nº 295. Diário da República: 1999.
- Donabedina, A. & Bashshur, R. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. London: Oxford University Press.
- Infopédia. Enciclopédia e Dicionários Porto Editora [Em linha]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>. [Consultado em 30/01/2012].
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. 3<sup>a</sup> Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2007). Una perspectiva en la historia, status actual y futuro de la Terapia Ocupacional. *Terapia Ocupacional. Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. Revista Terapia Ocupacional Galicia*. 1(1), 106-137.
- Marques, A. & Trigueiro, MJ. (2011). *Enquadramento da prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*. Porto: Edição Livpsic.
- Minotto, R. (2003). *A estratégia em organizações hospitalares*. 2<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Miyahira, J. (2001). Calidad de los servicios de salud, ¿es posible? *Revista médica Herediana*, 12(3), 75-77.
- Nogueira, T. (2010). *Avaliação da readiness: construção e contributo de validação de metodologia*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

- Otálora, M. & Orejuela, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 237-258.
- Polonio, B., Durante P. & Noya, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Portaria nº 149/2011 de 08 de Abril. I Série, nº 70. Diário da República: 2011.
- Romero, D. & Moruno, P. (2008). *Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Torres, J. (2000). *História da Casa de Saúde São João de Deus*. Lisboa: Editorial Hospitaleira.
- Williams, G. (2006). Calidad de los servicios de salud [Em linha]. Disponível em: [http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28\\_calidad.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf) [Consultado em 30/01/2012].