

CAPÍTULO 13

Saúde Mental em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos

Capítulo 13 + Saúde Mental em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos 375

Subcapítulo 13.2

Terapia Ocupacional em Saúde Mental no Contexto do Hospital Geral: Raciocínio Clínico

Luciene Vaccaro de Moraes Abumusse

Raciocínio clínico do terapeuta ocupacional no contexto do hospital geral

O raciocínio clínico é utilizado na literatura científica para indicar os processos mentais envolvidos nos procedimentos oferecidos aos usuários dos sistemas de saúde²². Pode ser entendido como a habilidade do profissional raciocinar para uma decisão clínica, uma maneira de olhar e perceber, por vezes subjetivamente, os fenômenos clínicos relacionados ao seu campo de conhecimento²³.

Um estudo realizado no final da década de 1980*, objetivando conhecer o raciocínio clínico dos terapeutas ocupacionais, mostrou que estes profissionais pensam narrativamente quando estão preocupados com a disfunção como uma experiência de doença, ou seja, como uma condição que afeta a vida da pessoa. Os terapeutas ocupacionais criavam histórias clínicas, pois se interessavam em conhecer como seus pacientes faziam as atividades diárias com aquela doença e tentavam criar experiências terapêuticas significativas, buscando que o paciente desenvolvesse uma melhor confiança e comprometimento em lidar com os desafios da doença, e não simplesmente alcançassem objetivos²³.

No processo terapêutico, os terapeutas ocupacionais procuravam “tecer uma trama” nos vários encontros, construindo uma história terapêutica cheia de significados dentro da história de vida do paciente e elaboravam imagens futuras possíveis e desejadas, imaginando como deveriam conduzir para que aquele futuro fosse alcançado pelo paciente, o que Mattingly²³ descreveu como “uma história prospectiva do tratamento”.

* Pesquisa encomendada e financiada pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) e pela fundação Americana de Terapia ocupacional (AOTF).

Em um estudo que objetivou compreender o desenvolvimento profissional e o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais iniciantes, foram analisadas transcrições de 18 encontros presenciais de uma comunidade de prática profissional com oito terapeutas ocupacionais de um Hospital Universitário. Além dos encontros, foram analisados diários reflexivos dos participantes que eram seguidos por *feedbacks*. Neste estudo, todas as terapeutas ocupacionais tinham formação ou eram supervisionadas e orientadas no Método Terapia Ocupacional Dinâmica*. O estudo encontrou um raciocínio voltado para a compreensão da situação do sujeito e, quando falavam em diagnóstico em terapia ocupacional, apresentavam um pensamento ampliado que envolvia resgatar o passado e buscar organizar as informações recebidas, fazendo relações com os aspectos do cotidiano e buscando, desta forma, sustentar seus procedimentos. Os procedimentos, por sua vez, eram pautados na relação dinâmica estabelecida entre o sujeito-alvo, o terapeuta e as atividades, e mostravam ações intencionais dos terapeutas na condução do processo terapêutico, envolvendo aspectos educacionais (ações voltadas para o ensino das técnicas de realização das atividades) e relacionais que buscavam impulsionar o sujeito a sair de sua inatividade²⁴.

Estes estudos nos oferecem um arcabouço para pensarmos a importância da observação dos fenômenos clínicos e a condução dos casos no contexto do hospital geral. Independente do uso de instrumentos de avaliação estruturados ou de entrevistas abertas ou ainda de ambos, a tarefa de conhecer o paciente na sua singularidade e situação precisa ser alcançada. Neste processo, entram questões como:

Quem é esta pessoa? Como vivia antes de estar no hospital? Como eram sua rotina e seus hábitos? Com quem se relacionava? Com o que trabalhava? O que gosta de fazer? O que tem feito no hospital? Como está sua condição física, psíquica, social e familiar? Qual é o impacto da doença no seu cotidiano? O que mudou com a doença e a hospitalização?

Questões como estas, e outras que vão sendo necessárias para conhecer o paciente, oferecem sustentação para um campo de ações tanto com o paciente quanto com seus familiares e, por vezes, neste processo, encontramos também sustentação para ações com a equipe assistencial.

A descrição de algumas situações clínicas pode contribuir, como o caso a seguir, que envolveu o paciente, a família e a equipe assistencial:

"Foi necessário um tempo de alguns encontros com o Sr. João para construir possibilidades de comunicação e atividades significativas. Acometido pela síndrome do encarceramento (*locked-in syndrome*) e hospitalizado há meses em um Hospital Geral Universitário, após ser transferido para a enfermaria, mostrava-se ansioso e, sempre que abordado, chorava.

* Método proposto pela terapeuta ocupacional Maria José Benetton, ver Benetton (2004), e oferecido como formação clínica pelo Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (CETO).

Aos poucos, fomos juntando e associando informações com a equipe, a irmã, a assistente social e a filha, porém com esta, só conseguimos contato por telefone.

Sr. João era separado, ex-etilista (sic) e o contato com a única filha era muito raro. Soubemos que gostava de futebol, especialmente do Corinthians. Quanto ao trabalho, tinha história de trabalhos temporários como pedreiro e pintor.

Avaliamos que os únicos movimentos possíveis para o Sr. João era piscar os olhos e lateralizar o pescoço quando queria dizer "não". Com isso, fomos estabelecendo uma comunicação possível entre nós e ele, e entre ele e a equipe assistencial, baseada em "sim" e "não". As regras da comunicação decididas com ele foram afixadas na parede próxima ao seu leito, pois avaliamos que os movimentos do pescoço eram aleatórios, deixando a equipe e ele confusos.

Combinamos que faríamos atividades de leitura de jornal, focando em notícias de esporte, revistas esportivas e as principais notícias do dia. Durante as leituras, ele parecia mudar a expressão quando liamos sobre futebol e entendemos que era sua preferência.

A irmã trouxe uma TV, mas quem ligaria? Como faríamos para lembrar alguém da equipe do horário do jogo? Confeccionamos um quadro de recados para a comunicação entre a equipe e ele, e estabelecemos que a terapeuta ocupacional fosse a responsável por inserir os dias e horários dos jogos escolhidos durante o atendimento, a enfermagem ou a irmã ligariam a TV.

Neste quadro, a irmã começou a colocar também orações e uma foto dele com a filha em um Natal. Algumas pessoas da equipe também colocavam bilhetes, como, por exemplo, o da psicóloga: "passei por aqui, o Sr. estava dormindo, não quis acordá-lo".

Compreender a situação inicial, o cotidiano, as necessidades mais importantes e realizar atividades significativas para o sujeito é resultado do modo como se está nesta relação, da capacidade do terapeuta ocupacional de entrar na história de vida do paciente e negociar qual será o papel da terapia. Entramos na vida do paciente e de seus familiares, criando uma história menor dentro da história de vida deles, e frequentemente este encontro ocorre em um momento crítico da vida deste paciente e de toda a família.

"Vitor tinha 7 anos, passava por um procedimento de transplante de medula óssea e sentia fortes dores pelo corpo e mal-estar geral. Pediu para que a mãe chamasse a terapeuta ocupacional para fazer a mesma massagem nos pés, pernas e braços que o havia ajudado a dormir no dia anterior. A mãe saiu do quarto, deixando o filho com a terapeuta, e ele, durante a massagem, adormece novamente. Algum tempo depois, a mãe retorna, conta que foi passear pelo jardim do hospital, pois sabe que a "batalha" ainda será grande e longa. Poucos dias depois, Vitor faleceu".

Como destaca Benetton²⁵, os procedimentos em terapia ocupacional podem ser infinitos, tendo em vista que trabalhamos com o ser humano. No entanto, tais procedimentos precisam ser guiados pelo diagnóstico da situação em que se encontra o paciente e pelo conjunto de raciocínios que incluem as decisões clínicas apoiadas na relação dinâmica estabelecida entre o sujeito necessitado, o terapeuta e as atividades.

No estudo conduzido por Gomes¹³, 23% dos pacientes encaminhados para a terapia ocupacional em um Serviço de Interconsulta de Saúde Mental apresentavam dificuldades relacionadas com a adaptação à rotina hospitalar.

É parte do funcionamento e da dinâmica institucional dos hospitais gerais ter claramente definidas as regras de rotina dos pacientes. O que se faz no tempo e no espaço é definido pelos horários dos remédios, das aferições de pressão e temperatura, da visita médica, dos exames, para citar alguns entre os horários pré-estabelecidos. Assim, as tarefas de rotina da instituição definem a rotina dos pacientes.

Frente a uma internação, algum prejuízo se faz presente, seja pela necessidade em estabelecer uma nova rotina ou por mudanças e interrupções de hábitos e cotidianos.

Observações clínicas ao longo de 20 anos de assistência em Serviços de Interconsulta de Saúde Mental levam à compreensão de que as dificuldades dos pacientes encaminhados ou atendidos pela terapia ocupacional parecem mais relacionadas à grande mudança no cotidiano e não somente na rotina. As dificuldades observadas parecem ter mais relação com as mudanças que cada pessoa vivencia em seus hábitos, na sua rotina, nas relações e convivência social dentro do hospital, ou seja, com a impossibilidade do cotidiano que acontecia fora do hospital caber dentro dele.

O adoecimento e a hospitalização impõem ao sujeito a necessidade de mudanças em seu cotidiano relacionadas à situação que se encontra, e isto gera necessidade de adaptação.

Considerações finais

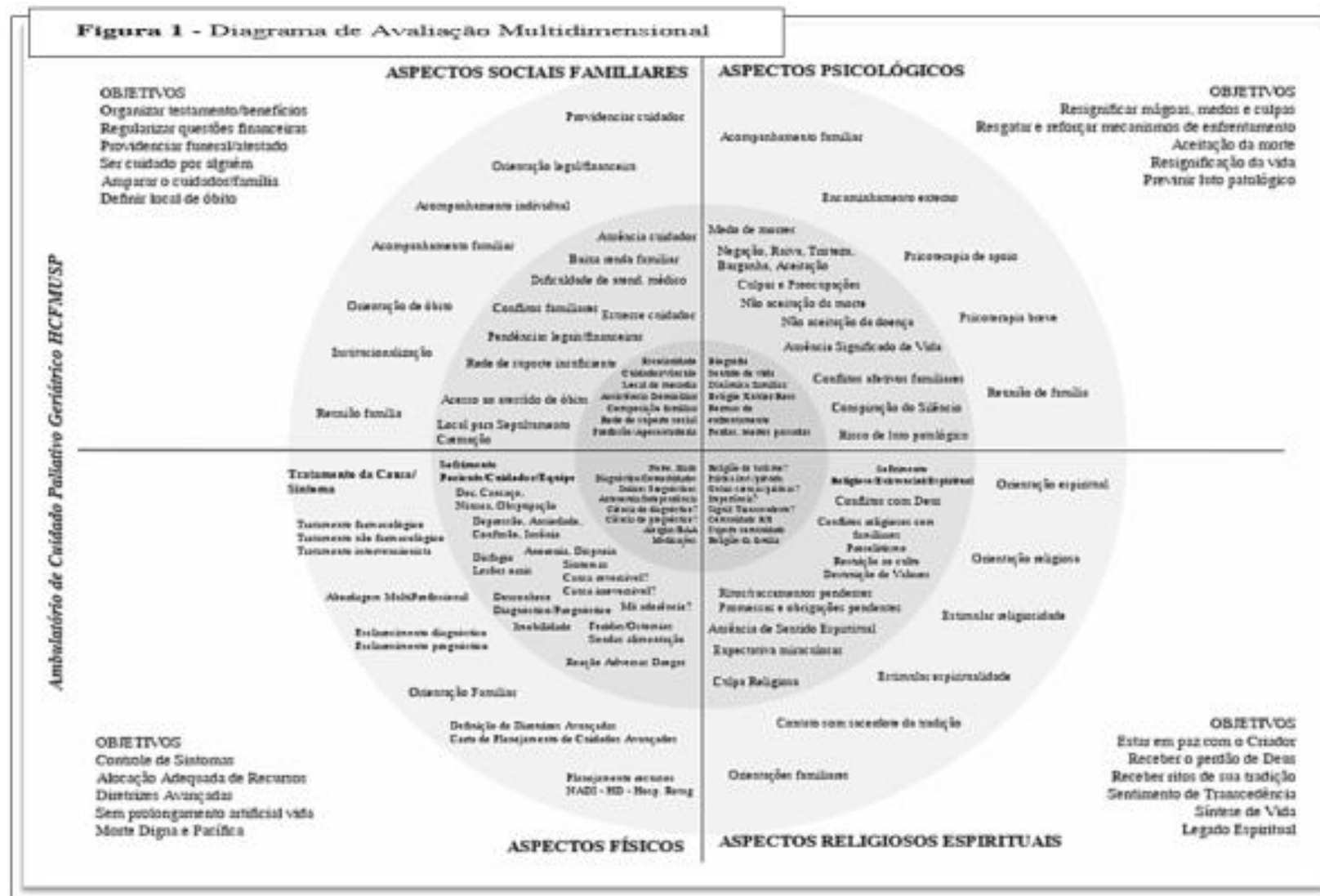
O terapeuta ocupacional no hospital geral precisa ter seu foco na ajuda da situação de crise com a saúde e o impacto desta crise no cotidiano, buscando ajudar na difícil articulação entre manter hábitos e rotinas individuais e a necessidade de alguma adaptação a tempo, espaço e dinâmica institucional. Assim como manter relações do ambiente externo e estabelecê-las também dentro do hospital, ou ainda permitir ser cuidado e manter-se autônomo e envolvido no tratamento.

Neste processo, torna-se importante garantir alguma possibilidade do paciente exercer suas potencialidades e seus desejos, tendo em vista que o distanciamento da individualidade pode levá-lo, com o tempo, a não saber mais o que precisa e o que deseja, com graves consequências para a saúde geral.

Referências bibliográficas

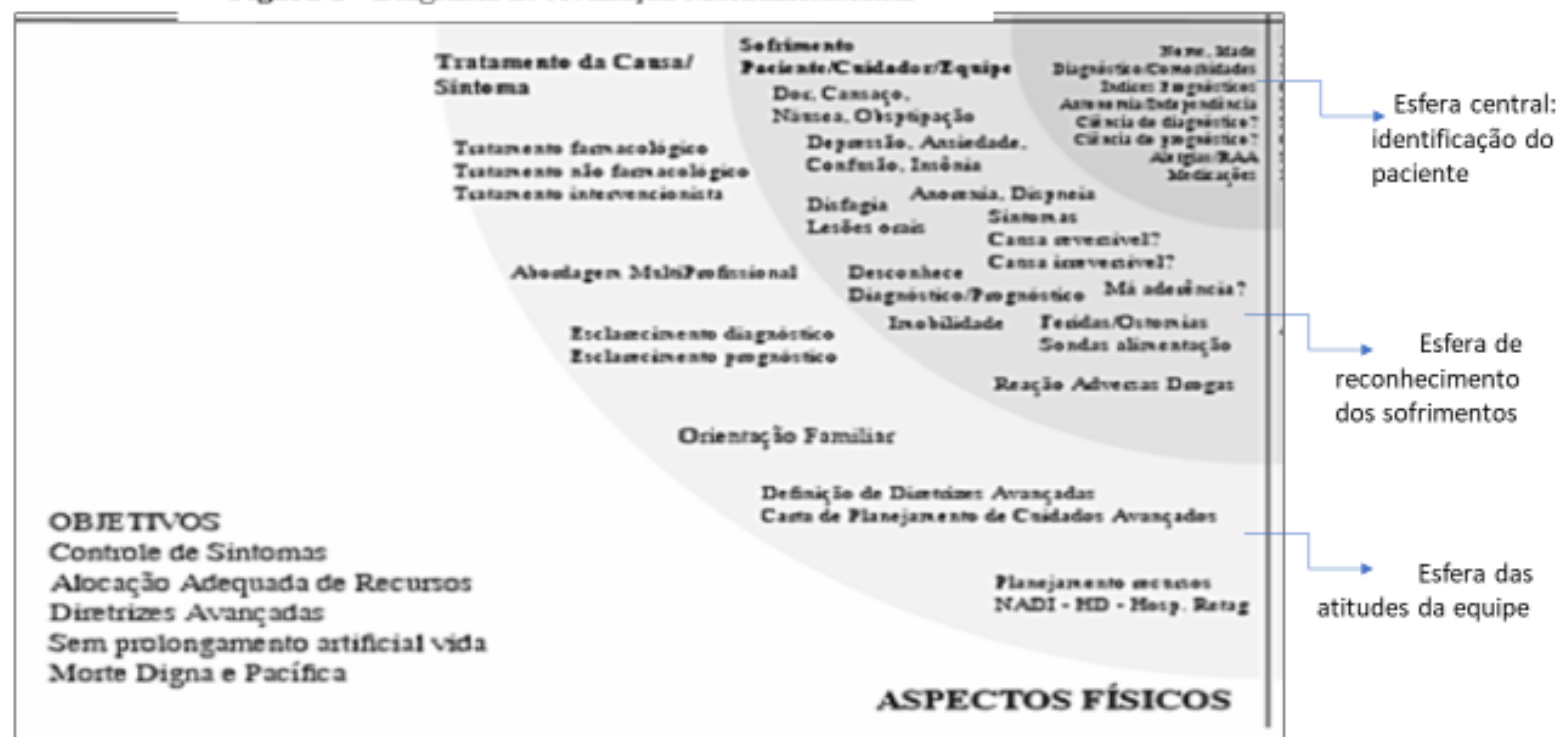
1. Botega NJ. Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In: Botega NJ. (org.) Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: ArtMed; 2012. p. 17-32.
2. Borges F, Leonil TE, Coutinho L. Terapia ocupacional no contexto hospitalar: um delineamento da profissão em hospitais gerais e especializados na cidade de Salvador, BA. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, 2012;20(3):425-33.
3. Cecílio L, Merhy E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. (orgs.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ABRASCO; 2003. p. 197-210.
4. De Marco MA. Interconsulta. In: De Marco MA. (org.) A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 62-70.
5. Uchôa-Figueiredo LR, Negrini SFBM. Memórias e histórias. In: Uchôa-Figueiredo LR, Negrini SFBM. (orgs.) Terapia Ocupacional: diferentes práticas em hospital geral. Ribeirão Preto: Legis Summa; 2009. p. 27-36.
6. Dalgalarondo P. Repensando a internação psiquiátrica. A proposta das unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais. (Dissertação) Campinas: Universidade estadual de Campinas; 1990.
7. Botega NJ, Schechtman A. Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: I. situação atual e tendências. Rev. ABP-APAL, 1997;19(3):79-86.
8. Nakabayashi TIK, Guerra KA, Souza RM, Loureiro SR, Contel JOB, Cabrera CC. et al. Comparação entre solicitações psiquiátricas de dois hospitais gerais universitários brasileiros: uso do protocolo de registro de interconsulta em saúde mental. Cad. Saúde Pública, 2010;26(6):1246-1260.
9. Smith FA, Levenson JL, Stern TA. Psychiatric assessment and consultation. In: Levenson JL. (ed.) The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine Psychiatric Care of the Medically Ill. Washington DC: American Psychiatric Press; 2011. p. 3-17.
10. Tedesco SA. Ações de terapia ocupacional (TO) em saúde mental no contexto de serviços de interconsulta psiquiátrica em hospital geral (HG). (Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo; 2013.
11. Galhego SM, Antunes JR. A caracterização da produção bibliográfica nas práticas hospitalares em terapia ocupacional no Brasil: uma revisão da literatura de 1990 a 2007. Rev. de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 2008;19(2):91-99.
12. Watanabe D, Watson L. Psychiatric consultation-liaison: role of the occupational therapist. In: Cottrell R. Proactive approaches in psychosocial occupational therapy. Thorofare: Slack; 2000. p. 117-121.
13. Gomes MGJPB. Caracterização clínica e sócio-demográfica da população atendida por um serviço de interconsulta de terapia ocupacional em um hospital geral universitário. (Dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
14. Vogel B, Benetton MJ, Goubert JP. Terapia ocupacional – História de uma profissão feminina. Rev. Ceto, 2002;7(7):38-43.
15. De Carlo MMRP, Bartalotti CC, Palm RCM. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM. (orgs.) Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. Roca; 2004. p. 3-28.
16. Benetton MJ, Marcolino TQ. As atividades no método terapia ocupacional dinâmica. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, 2013;21(3):645-652.
17. Tedesco S, Ceccato TL, Nori MA, Clitro VA. A terapia ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In: De Marco MA. (org.) A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 151-155.
18. Morais LV. A interconsulta de terapia ocupacional no hospital geral: um espaço para a saúde. Rev. CETO, 2001;6(6):9-13.
19. Spitz L. Reações psicológicas à doença e ao adoecer. Cadernos IPUB, 1997;1(6):85-97.
20. Nogueira-Martins LA, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. Revista ABP-APAL, 20(3):105-111.
21. Benetton MJ, Tedesco AS, Ferrari SML. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. Revista CETO, 2003;8(8):27-40.
22. Cerullo JASB, Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010;18(1):06 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19.pdf. Acesso em: 03/12/2016.
23. Mattingly C. What is clinical reasoning? American Journal of Occupational Therapy, 1991; 45(11):979-986.
24. Marcolino TQ. A porta está aberta: aprendizagem colaborativa, prática iniciante, raciocínio clínico e terapia ocupacional. (Tese). São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2009.
25. Benetton MJ. Ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional. Campinas: Arte Brasil Editora/UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium; 2006.

Figura 1 - Diagrama de Avaliação Multidimensional



SAPORETTI L.A., ANDRADE L., SACHS M.F.A., GUIMARÃES T.V.V. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALO R.T., PARSONS H.A. (org.), Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2ª.ed., 2012, , p.42-55.

Figura 1 - Diagrama de Avaliação Multidimensional



DAM (dimensão física) - traçamos um projeto terapêutico para o acompanhamento clínico do paciente e sua família durante o processo de adoecimento e morte. Os objetivos deste quadrante são: controle de sintomas, manutenção de funcionalidade, alocação adequada de recursos, definição de diretrizes avançadas, não prolongamento artificial de vida, além de uma morte digna e pacífica.

SAPORETTI L.A., ANDRADE L., SACHS M.F.A., GUIMARÃES T.V.V. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALO R.T., PARSONS H.A. (org.), Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2ª.ed., 2012, p.42-55.

Figura 1 - Diagrama de Avaliação Multidimensional



DAM (dimensão psíquica) - Os sentimentos envolvidos neste sofrimento têm origem não somente em sintomas físicos, mas sim no significado que paciente e familiares atribuem a todas as vivências decorrentes deste momento de vida e vinculadas às experiências emocionais anteriores.

SAPORETTI L.A., ANDRADE L., SACHS M.F.A., GUIMARÃES T.V.V. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALO R.T., PARSONS H.A. (org.), Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2ª.ed., 2012, , p.42-55.

Figura 1 - Diagrama de Avaliação Multidimensional



DAM (dimensão social e familiar) - enfoca sempre o binômio paciente e família.

SAPORETTI L.A., ANDRADE L., SACHS M.F.A., GUIMARÃES T.V.V. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALO R.T., PARSONS H.A. (org.), Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2ª.ed., 2012, p.42-55.

Figura 1 - Diagrama de Avaliação Multidimensional



DAM (Dimensão espiritual e religiosa) - A natureza religiosa e a espiritualidade do ser humano compõem uma dimensão vital nos Cuidados Paliativos e o sofrimento espiritual deve ser abordada como qualquer outra.

SAPORETTI L.A., ANDRADE L., SACHS M.F.A., GUIMARÃES T.V.V. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALO R.T., PARSONS H.A. (org.), Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2ª.ed., 2012, p.42-55.