

Intervenção da Terapia Ocupacional na toxicod dependência: estudo de caso na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro – Portugal

The Intervention of Occupational Therapy in drug addiction: a case study in the Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro – Portugal

Jaime Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0002-1548-5579>)¹

Eva Mira (<https://orcid.org/0000-0002-1719-5049>)¹

Inês Lourenço (<https://orcid.org/0000-0001-9146-4705>)¹

Mariana Santos (<https://orcid.org/0000-0003-1072-3651>)¹

Mônica Braúna (<https://orcid.org/0000-0003-0091-899X>)¹

Abstract *Therapeutic communities emerged to respond to individuals with substance use disorders. The studies carried out emphasize the importance of the Occupational Therapist in the process of constructing occupational meaning. However, there is a paucity of studies addressing the relevance of this profession in this specific context. To understand the intervention of Occupational Therapy in the Therapeutic Community “Clínica do Outeiro - Portugal”, describing the perception of individuals with substance use disorders, Occupational Therapists and other team members. Descriptive-exploratory study with a qualitative approach, by means of a case study research. We used interviews with clients and Occupational Therapists and focus group with the multidisciplinary team to collect data. Occupational Therapy is characterized by the greater proximity it establishes with users, as well as by the dynamism, creativity and motivation it infuses, playing a preponderant role in the (re) structuring of routines, performance of ADL and IADL, leisure and social participation of individuals with substance use disorders. The OT emerges as essential in this community, as a professional who is dedicated to the work of adapting and including the individual in the therapeutic community through the acquisition of the necessary occupational performance skills essential for everyday life in society.*

Key words *Occupational therapy, Therapeutic community, Disorder by substance use*

Resumo *As comunidades terapêuticas surgiram para dar resposta a indivíduos com perturbações por uso de substâncias. O artigo tem por objetivo entender a intervenção da Terapia Ocupacional na Comunidade Terapêutica “Clínica do Outeiro - Portugal”, descrevendo a percepção dos indivíduos com perturbações por uso de substâncias, dos Terapeutas Ocupacionais e dos restantes elementos da equipe. Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, por meio de estudo de caso. Foram utilizadas entrevistas junto dos clientes e Terapeutas Ocupacionais e grupo focal com a equipe multidisciplinar para a recolha de dados. A Terapia Ocupacional destaca-se pela maior proximidade que estabelece com os utentes, bem como pelo dinamismo, criatividade e pela motivação que incute, desempenhando um papel preponderante ao nível da (re)estruturação de rotinas, desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI), lazer e participação social dos indivíduos com perturbações por uso de substâncias. O TO surge como essencial nesta comunidade, como profissional vocacionado para um trabalho de adaptação e inclusão do indivíduo na comunidade terapêutica através da aquisição das necessárias competências de desempenho ocupacional necessárias para a vida quotidiana em sociedade.*

Palavras-chave *Terapia ocupacional, Comunidade terapêutica, Perturbação por uso de substâncias*

¹ Instituto Politécnico de Leiria. R. Gen. Norton de Matos, 2411-901. Leiria Portugal. jaime.ribeiro@ipleiria.pt

Introdução

O abuso de substâncias não é novidade para a maioria das pessoas, mas o processo de reabilitação afigura-se complexo e de difícil compreensão para um público menos informado. O termo “abuso de substâncias” é referido como o consumo nocivo de drogas psicoativas, podendo conduzir a que frequentemente resulta na incapacidade de cumprir obrigações pessoais ou profissionais, em dano físico importante ou em problemas legais recorrentes, constituindo, também, perigos significativos para a saúde¹. Ocorre usualmente quando uma pessoa está envolvida num padrão de uso de substâncias que alteram o humor como o álcool, marijuana, cocaína, drogas de rua, drogas de grife, analgésicos e outros produtos farmacêuticos. Devido aos efeitos que o abuso de substâncias tem sobre a saúde física, cognitiva e psicossocial de uma pessoa, o potencial de desempenho ocupacional do indivíduo também está comprometido. Observa-se que ao longo do tempo, as ocupações diárias podem ser afetadas negativamente pelo uso de substâncias, impactando relacionamentos, desempenho no trabalho e rotinas diárias que suportam a saúde e um *copping* efetivo². Esta problemática está a assumir proporções cada vez mais preocupantes e, neste sentido, urge a necessidade de desenvolver respostas que integrem e ofereçam apoios especializados aos indivíduos com perturbações por uso de substâncias³, como é o caso das Comunidades Terapêuticas.

As comunidades terapêuticas consistem em Unidades Especializadas de Tratamento Residencial de longa duração, objetivando o apoio “psicoterapêutico e socioterapêutico”, de modo a “ajudar à reorganização o mundo interno dos toxicod dependentes, e a perspetivar o seu futuro”⁴. Estas unidades devem assegurar, no funcionamento dos seus serviços, a presença física e permanente de profissionais de saúde e pessoal técnico devidamente habilitados e com formação adequada, em número necessário para as atividades a desenvolver⁵. Por outro lado, as vertentes da reabilitação profissional, de reabilitação residencial e da participação social têm necessariamente que ser desenvolvidas fora dos serviços de saúde e integradas na comunidade. Exigem, por isso, outros recursos e metodologias e pressupõem uma partilha das responsabilidades entre a saúde mental e os outros sectores, incluindo os cuidados de saúde primários.

Existe uma diversidade de tratamentos consoante o tipo de dependência e o programa de re-

abilitação. A Terapia Ocupacional emerge numa posição singular para ajudar as pessoas que estão a batalhar para se recuperarem do abuso de substâncias, ajudando-as a restabelecer os papéis e as identidades que lhes são mais significativos. Os Terapeutas Ocupacionais baseiam a prática “na ocupação e na influência que esta tem na saúde de cada indivíduo”⁶, usando a atividade como uma ferramenta terapêutica para a vinculação ao tratamento, de modo a facilitar a descoberta de novos interesses ou reencontro com os que foram perdidos⁷, sendo essencial o envolvimento e a participação dos indivíduos em diversas ocupações, a fim de possibilitar uma harmonia entre o trabalho, os autocuidados, o lazer e o descanso, garantindo a manutenção da saúde e bem-estar, bem como se deve favorecer um ambiente adequado, minimizando os comportamentos impróprios e permitindo que os indivíduos adquiram uma vida estruturada⁸ visando uma reorganização biopsicossocial... *people need to engage in an occupation to feel mentally healthy*⁹.

Reportando aos mencionados impactos que as dependências têm sobre o desempenho ocupacional, nomeadamente no trabalho, nas atividades de vida diária, no lazer e sobre os papéis, hábitos e rotinas¹⁰, constata-se o necessário papel de catalisador do Terapeuta Ocupacional (TO).

“(…) através do uso terapêutico do Eu, de aconselhamento ocupacional, de atividades individuais e de grupo com base na ocupação, do treino de competências sociais e de técnicas criativas, (...) facilitando o processo de reconhecimento de comportamentos inadaptados exibidos durante as atividades”⁶.

Davies¹¹ argumenta que a Terapia Ocupacional é vital no tratamento do uso abusivo de drogas, racionalizando que a natureza complexa da desordem exige profissionais com uma riqueza de conhecimento e habilidade. O autor concorda com o papel da profissão no tratamento de abuso de substâncias e, conclui ainda, que falta investigação que justifique o potencial da profissão no âmbito da reabilitação de perturbações de uso de substâncias¹².

Na revisão de literatura localizou-se uma diminuta quantidade de estudos que explanam o papel e a importância da Terapia Ocupacional em Comunidades Terapêuticas e que alertem para a necessidade de incrementar a evidência científica nesta área.

Neste âmbito, almejamos responder à questão de investigação: “Em que medida a Terapia Ocupacional na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro contribui para a reabilitação dos

indivíduos com transtornos por uso de substâncias?”. Consentaneamente, desenvolveram-se os procedimentos considerados necessários de modo a conhecer a intervenção da Terapia Ocupacional da Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro (CTCO) na reabilitação de indivíduos com transtornos por uso de substâncias, assim como obter *insights* de todos os intervenientes neste processo, mormente, Terapeutas Ocupacionais, outros profissionais da equipe e, em particular, dos clientes que usufruem desses serviços.

Procedimentos éticos

Para a recolha de dados necessários à concretização deste estudo e posterior divulgação, foi solicitada a autorização prévia à CTCO, bem como se procedeu à apresentação do estudo e subjacente assinatura do termo de consentimento livre e informado.

Procedimentos Metodológicos

A investigação em questão realizou-se na CTCO em Portugal, recorrendo a abordagem qualitativa, com objetivo descritivo-exploratório, concretizada por um estudo de caso como procedimento técnico. O estudo de caso nesta investigação permite-nos gerar uma compreensão multifacetada, consubstanciada e em profundidade de uma questão complexa no seu contexto de vida real, através métodos e técnicas que foram estritamente conduzidos¹³.

Ribeiro et al.¹³ referem ainda que o estudo de caso pode ser usado para

“...descrever em detalhe a determinação de diagnósticos e episódios de cuidados; avaliar prioridades, resultados e processos de intervenção terapêutica; explorar atitudes profissionais, relações prestadores-clientes, relações entre profissionais, experiências de uma nova iniciativa ou serviço, política de desenvolvimento ou, de forma mais geral, para investigar fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto.”

Neste sentido, atendendo à questão de investigação: “Em que medida a Terapia Ocupacional na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro contribui para a reabilitação dos indivíduos com transtornos por uso de substâncias?”. Objetivando-se com o estudo:

- Conhecer a intervenção da Terapia Ocupacional na CTCO na reabilitação de indivíduos com perturbações por uso de substâncias;
- Compreender a percepção que os indivíduos

com perturbações por uso de substâncias têm sobre o papel da Terapia Ocupacional na sua reabilitação na CTCO;

- Descrever a percepção dos profissionais que integram a equipe interdisciplinar da CTCO acerca da intervenção da Terapia Ocupacional na reabilitação dos indivíduos com perturbações por uso de substâncias.

Participaram oito indivíduos com as seguintes características: uma TO, com 25 anos de idade, que implementou o serviço na Comunidade há três anos (TO1) e a uma segunda TO, com 25 anos de idade, que exerce funções há dois anos (TO2); dois clientes da Comunidade (C1, de 43 anos, com o 12º ano de escolaridade; C2, de 53 anos, com o quarto ano de escolaridade) e quatro técnicos integrantes da equipe interdisciplinar, três psicólogas e uma técnica superior de serviço social.

No que concerne aos instrumentos de recolha de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada com as TO e clientes e um grupo focal com os restantes elementos da equipe técnica. É o uso destes diferentes instrumentos que, segundo Coutinho¹⁴, permite cruzar as referências, assegurar diferentes perspetivas dos participantes e várias medidas do mesmo fenômeno e criar as condições necessárias para a triangulação e confirmação da validade do processo.

Com os clientes, devido a questões mais sensíveis, a opção foi recorrer a entrevista individual para aceder diretamente aos seus pensamentos num ambiente menos restritivo possível. Consequentemente, a entrevista foi selecionada para avaliar a percepção, pensamentos e ideias dos participantes sobre as intervenções do TO e a sua relevância no processo de reabilitação e reconstrução do cotidiano. A opção da entrevista semiestruturada revelou-se de maior pertinência, uma vez que as respostas abertas proporcionam informações mais ricas, traduzindo-se num abundante volume de dados diversificados, tendo em conta as peculiaridades de cada indivíduo. Com a população visada, com eventuais comprometimentos cognitivos, permite flexibilidade na condução do processo de recolha de dados, sendo que o entrevistador pode esclarecer e reformular as questões, de modo a que seja assegurada a compreensão por parte dos entrevistados, possibilitando o redirecionamento do discurso do indivíduo de forma a ir ao encontro daquilo que se pretende estudar¹⁵.

Para obter informações dos membros da equipe sobre a questão compartilhada, específica e focada, neste caso trabalhar em equipe com

os Terapeutas Ocupacionais, o grupo focal surgiu como a melhor técnica a ser usada. Durante o grupo focal, um moderador e um observador estiveram presentes para capturar e registrar *insights* sobre o trabalho do TO, suas contribuições para o esforço da equipe e clientes para a sua reabilitação e possivelmente outras contribuições que poderiam enriquecer os dados obtidos. Esta técnica de recolha de dados privilegia a interação entre os membros que o constituem, proporcionando uma ampla abordagem ao tema focado¹⁶. Assenta no pressuposto de que é na discussão em grupo que os participantes aprofundam os seus pontos de vista, investigando dimensões do entendimento pouco exploradas por outras técnicas¹⁶. Existe consenso entre os autores de que grupo focal poderá ser constituído por quatro a dez elementos¹⁷, sendo que o presente estudo integrou todos os técnicos (não Terapeutas Ocupacionais) existentes na instituição.

De modo a asseverar a validade dos instrumentos, os guias de ambos os métodos de recolha de dados foram escrutinados por dois profissionais com experiência em investigação e em saúde mental.

Considerando a quantidade de dados em estado bruto, constata-se a necessidade de sintetizar a informação para, assim, facilitar a sua compreensão, interpretação e inferência¹⁸. Nesta perspetiva, o tratamento de dados consubstanciou-se na análise de conteúdo (AC), definida por Bardin¹⁹ como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, atingindo uma compreensão dos seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. No presente estudo os conteúdos dos depoimentos foram apreciados na globalidade com a exploração dos seus significados implícitos e explícitos (indução qualitativa).

Adotando a perspetiva de Bardin¹⁹, a AC processou-se em três etapas: pré-análise, onde ocorreu a organização do material que se pretendia utilizar na investigação, categorizando os dados; exploração do material, consistindo na codificação da informação nas respetivas categorias e, por último, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, no qual se estabeleceu uma relação entre os dados obtidos através da realização de uma análise comparativa das categorias criadas na etapa anterior. Neste processo, a AC socorreu-se de três índices para a organização da análise: recorte, agregação e enumeração. No recorte, foram definidas as unidades de análise alicerçadas

em recortes temáticos que ilustram as vivências dos clientes e das características atribuídas à Terapia Ocupacional. Seguiu-se a agregação que determinou a junção e a especificação das unidades que foram aglomeradas em torno de categorias distintas. Por fim, a enumeração permitiu aferir o gradiente e a quantificação aplicada aos referentes do material analisado. Parte das categorias e subcategorias utilizadas foram predeterminadas com base na versão portuguesa da 2ª edição do Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo²⁰, e outras emergiram dos dados. Na constituição das categorias salienta-se a obediência dos princípios: a) exclusividade entre categorias; b) homogeneidade dentro das categorias; c) exaustividade do texto codificado; d) objetividade entre os codificadores; e, e) adequabilidade e pertinência aos conteúdos e objetivos¹⁹.

De modo a facilitar este processo, utilizou-se o *webQDA*, um software de apoio à análise de dados qualitativos em geral²¹ em que, primeiramente, a informação recolhida foi transcrita na íntegra e, posteriormente, introduzida no programa, categorizada e codificada por três investigadores em simultâneo de modo a concretizar a concordância intercodificador. Esta ferramenta permitiu a seleção e a manipulação das categorias mais relevantes, possibilitando uma análise da informação mais intuitiva, visto que os dados se encontravam sintetizados, de fácil leitura e interpretação.

Apresentação e Discussão de Resultados

Após a categorização dos dados obtidos através dos instrumentos supracitados e respetiva codificação em unidades de contexto e de registo, emergiram três categorias com mais relevância para o estudo (Quadro 1).

A contagem de ocorrências por categoria é assumida por vários autores como forma de determinar as apreensões/opiniões principais dos participantes, pois as palavras/ideias/pensamentos repetidos são os que refletem preocupações primordiais. Embora quantificar o discurso possa ser um ponto de partida, não pode ser uma ligação para inferências sobre assuntos de importância²², pelo que os achados são abaixo quantificados e descritos, sendo oportunamente confrontados com estudos que abordam a mesma temática.

Quadro 1. Categorias integradas na Análise de Conteúdo.

Categorias	
Défices funcionais dos clientes	Referências que se reportavam explícita e implicitamente a problemas funcionais dos clientes com influência no seu desempenho ocupacional
Âmbito da intervenção da Terapia Ocupacional	Menções implícitas e explícitas referentes às abordagens, estratégias, atividades e objetivos desenvolvidos pelos Terapeutas Ocupacionais junto dos clientes em reabilitação por abuso de substâncias
Diferença entre a Terapia Ocupacional e outras áreas de atuação	Depoimentos que explícita e implicitamente se relacionavam com características diferenciadoras da atuação dos Terapeutas Ocupacionais relativamente aos demais colegas de equipa

Défices funcionais

O uso de substâncias produz um impacto negativo sobre o desempenho dos indivíduos, sendo referenciadas pelas TO, as Atividades de Vida Diária (AVD), as Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI), o lazer, o trabalho e a participação social, como as áreas de ocupação de maior déficit também identificadas na revisão de Bazzani²³ em 2013.

A Tabela 1 apresenta as referências, segundo o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional²⁰, contidas nos depoimentos dos diferentes participantes, relativas a défices funcionais que interferem no desempenho ocupacional dos indivíduos com perturbação por abuso de substâncias.

Da análise dos dados realizada, encontram-se frequentes e significativas referências à subcategoria “Rotinas/Hábitos”, identificadas como as sequências estabelecidas de ocupações e atividades que dão estrutura à vida diária. Quatro fontes (GF, TO1, TO2 e C1) enfatizam que a desestruturação da rotina e a falta de hábitos dos clientes se repercutem na negligência ao nível das AVD, principalmente na higiene e nos cuidados pessoais, onde se assume como primordial “mostrar a importância e facilitar o envolvimento do indivíduo no cuidado do próprio corpo”⁶.

Uma das TO (TO1) reporta também a perda de habilidades nas AVDI, nomeadamente, na limpeza e manutenção dos espaços, conforme Bazzani refere²³.

Os indivíduos com perturbações por uso de substâncias apresentam atividades de lazer muito restritas, de acordo com as menções encontradas no discurso de duas fontes (TO1 e C2), e quando lhes é dada a oportunidade de experienciar no-

vas “demonstram dificuldades em explorá-las” (TO1), tal como corrobora Ricou e Teixeira⁶ ao afirmarem que uma das primeiras áreas de ocupação em que se observa uma diminuição considerável do desempenho é o lazer. Estes indivíduos direcionam os seus interesses para a procura, a aquisição e o consumo da substância, repercutindo-se na dificuldade em identificar atividades de lazer diferentes das que associam ao consumo, quando o estado de abstinência⁶. A falta de motivação é, também, um fator que contribui para o reduzido leque de interesses e envolvimento nas atividades, segundo C2.

A TO (TO1) afirma que, comumente, esta população encontra-se em situação de desemprego ou reforma por invalidez, antes de integrarem a comunidade ou, por outro lado, não possuem competências de trabalho por nunca terem experienciado ou desempenhado este tipo de atividade, tal como indicam Ricou e Teixeira⁶.

A *American Society of Addiction Medicine*²⁴, em 2011, destacou a problemática das relações interpessoais. Também nos clientes da CTCO são observáveis dificuldades em estabelecer e manter as relações interpessoais, quer no seio familiar, quer na comunidade tal como mencionado por uma das fontes (TO1) das duas referências obtidas na subcategoria “Participação Social”, denotando-se défices nas competências sociais e de comunicação, como por exemplo, “dificuldade em escutar o outro”, “não conseguem ter um diálogo”, “não vêm com uma comunicação correta, são mal-educados com as pessoas”, citados por três fontes (TO1, TO2 e GF) num total de sete referências na subcategoria “Competências Sociais e de Comunicação”.

As TO e os restantes elementos da equipe salientam, ainda, que nestes indivíduos frequente-

Tabela 1. Categoria “Défices Funcionais”.

Categoria	Subcategoria	Referências	Fontes
Défices Funcionais	Rotinas/Hábitos	8	4
	Rotinas - Padrões de desempenho observáveis regulares, repetitivos que dão estrutura à vida diária.		
	Hábitos - Comportamentos automáticos, integrados em padrões mais complexos, permitindo que as pessoas funcionem no dia-a-dia.		
	Competências Sociais e de Comunicação	7	3
	Ações ou comportamentos que um Indivíduo utiliza para comunicar e Interagir com os outros, num ambiente interativo.		
	AVD	7	2
	Atividades orientadas para tomar conta do próprio corpo, fundamentais para a vida em Sociedade e permitem a sobrevivência e o bem-estar básicos.		
	Funções/Competências Cognitivas	6	3
	Ações ou comportamentos que um cliente utiliza para planear e gerir o desempenho de uma atividade.		
	Competências de Regulação Emocional	5	3
	Ações ou comportamentos que um cliente utiliza para identificar, gerir e expressar sentimentos, enquanto se envolve em atividades ou interage com outros.		
	Lazer	4	2
	Atividade de carácter opcional para a qual se está, intrinsecamente, motivado e na qual se envolve durante o tempo livre, isto é, no tempo nilo destinado a ocupações obrigatórias como trabalho, autocuidados ou dormir		
	AVDI	3	2
Atividades de suporte da vida diária, em casa e na comunidade, que requerem, normalmente, interações mais complexas do que o autocuidado nas AVDs			
Participação Social	2	1	
Padrões organizados de comportamento, característicos e esperados de um dado indivíduo, ou de uma determinada posição dentro do sistema social.			
Trabalho	1	1	
Atividades necessárias ao envolvimento num emprego remunerado ou em voluntariado			

mente se encontram associados défices de memória, nas funções executivas, *insight*, diminuição da concentração e da capacidade de julgamento, planeamento, gestão de conflitos e resolução de problemas, que vão ao encontro do identificado por Ricou e Teixeira⁶.

A irritabilidade, stress, ansiedade e impulsividade, características referenciadas cinco vezes na subcategoria “Competências de Regulação Emocional” por três fontes (TO1, TO2 e GF), são citados como fatores consequentes da labilidade

emocional que os clientes apresentam e é enunciada a motivação para o desempenho ocupacional, sendo que “facilmente desmotivam naquilo que estão a fazer e são eternamente insatisfeitos” (GF).

Como já mencionado, a enumeração de referências por subcategoria contribui para a interpretação dos dados, salientando as “preocupações primordiais”²². Assim sendo, a Tabela 1 surge no sentido de sintetizar as referências encontradas nas subcategorias analisadas.

Âmbito da Intervenção da Terapia Ocupacional

Como evidenciado no estudo de Amorelli²⁵, outrossim na CTCO, a Terapia Ocupacional destaca-se num primeiro momento, concentrando as suas intervenções na independência funcional através do uso de ocupações significativas, incrementando, desta forma, os também referidos por Ricou e Teixeira⁶ níveis de volição e motivação do indivíduo para se manter abstinente e recorrendo a estas atividades para se conseguir intervir nas competências necessárias, através do desempenho de ocupações verdadeiramente transformadoras para cada sujeito²³. Nesta direção, o *setting* da Terapia Ocupacional que sustenta a relação triádica é promotor de atividades. Estas, por sua vez, enquanto instrumento terapêutico, têm diversos objetivos, dentre eles: a observação, a análise, a educação, o tratamento, a composição de histórias e a inserção social²⁶.

Tal como foi mencionado anteriormente, os clientes apresentam défices funcionais em várias áreas, sendo a intervenção da Terapia Ocupacional direcionada à sua minimização e potenciação da autonomia dos clientes, procurando generalizar as ferramentas adquiridas na comunidade para a sociedade. Esta intervenção engloba o tratamento de fatores físicos, mentais e emocionais, identificação dos fatores de stress e competências de *coping* igualmente destacados por Bhatia et al.³. Primeiramente, a intervenção é focada na (re)estruturação de uma rotina saudável e na qualidade de vida dos clientes, através da aquisição de novos padrões de desempenho, novos papéis ocupacionais e desenvolvimento de novos hábitos⁶. Nesta proposta, o núcleo central é a relação triádica, constituída por paciente, TO e atividades, que se caracteriza por possibilitar e manter uma dinâmica particular de funcionamento, na qual movimentos de ação e reação são determinantes da dinâmica relacional entre os três termos que a constituem²⁶.

Tomando como alguns exemplos de atividades mais individualizadas, as Terapeutas Ocupacionais referenciam o apoio na manutenção das tarefas diárias: o treino de AVD como “o treino de higiene e cuidados pessoais” (TO1 e TO2) e o treino de AVDI, como “o dobrar a roupa, a arrumação do armário e limpeza dos próprios espaços” (TO1), que operam como base da intervenção. Tal abordagem propõe habilitação nas áreas de desempenho ocupacional referentes ao lazer, produtividade e autocuidado, desde que dotados de sentido para a pessoa e adequados a seu

momento e contexto de vida. Verifica-se que este referencial constitui uma ferramenta de trabalho que coincide com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial por enfatizar a coparticipação e a responsabilização do usuário por seu projeto terapêutico, e por demonstrar flexibilidade quanto à utilização de modelos de intervenção diversos que atendam as demandas de cada caso²⁷.

Lopes e Leão²⁸ consideram que, no contexto de práticas coletivas que enfocam a atividade humana, o TO se diferencia pela capacidade de análise e adaptação das atividades, bem como por avaliar as relações que se estabelecem a partir delas. Relativamente às sessões de grupo dinamizadas, as terapeutas ocupacionais destacam as atividades de estimulação cognitiva, como por exemplo a “guerra de neurônios” que consiste numa atividade na qual são formados vários grupos, sendo colocadas perguntas de conhecimento geral a cada um, estimulando, também, o espírito de competição; as sessões de expressão corporal, com as quais se procuram promover as relações interpessoais e a comunicação verbal e não verbal; as sessões de “educação terapêutica” para gestão de conflitos e realização de *role-plays* com situações diárias reais, cujo objetivo crucial se prende no “alertar e educar para algumas situações, consistindo estas sessões um espaço de reflexão, discussão e partilha” (TO1); os treinos de competências sociais; as atividades criativas/expressivas, onde são utilizados objetos para expressão de sentimentos, letras de músicas ou poemas em papel, invocando o auto e o hetero conhecimento e compreensão dos próprios sentimentos e dos outros e, também, se recorre à musicoterapia, dançaterapia, arteterapia e técnicas de relaxamento, para ajudar na gestão do stress³; e atelier de trabalhos manuais, “onde se apela à criatividade e onde criam objetos para eles e para a comunidade” (TO1).

Nesta Comunidade são, também, promovidas as caminhadas no exterior para estimular o bem-estar físico e possibilitar a integração na sociedade, funcionando o exercício como “um potencial tratamento não farmacológico neste tipo de contexto, em qualquer fase”³. Para além disto, existe o atelier de informática, onde se pretende estimular competências técnicas a nível de informática e o teatro terapêutico.

As TO rematam que o objetivo crucial da CTCO é “promover o bem-estar físico e psicológico dos clientes”, onde estes (re)aprendam a “saber fazer e a saber estar, envolvendo-se nas tarefas e generalizando para o exterior” (TO1). A intervenção da Terapia Ocupacional “deve ser feita

de tal forma que possibilite o equilíbrio entre o trabalho, os autocuidados, o lazer e o descanso, garantindo que o estado de saúde e bem-estar se mantenha ou seja restabelecido”⁶ de forma a garantir saúde e bem-estar. A prática do TO deve ser sustentada por modelos que refletem o uso da ocupação, pois através desta o homem interage com o meio ambiente, produz nele modificações e é por ele influenciado²⁹. Em suma, a intervenção psicoterapêutica tem sempre como base a reestruturação ocupacional da pessoa, com aquisição de novos ou recuperação de antigos papéis ocupacionais perdidos, a exploração de novas áreas de ocupação, a melhoria do desempenho da pessoa nas áreas mais afetadas, desenvolvendo a autonomia e a independência, a manutenção ou a promoção das competências e funções atuais e a promoção do bem-estar na comunidade.

Diferença entre a Terapia Ocupacional e outras áreas de atuação

A Tabela 2 resume as menções encontradas nas subcategorias analisadas.

A Terapia Ocupacional exerce um papel preponderante e de destaque numa primeira instância, mais do que qualquer outra área de atuação. Os TO têm procurado aprimorar-se teórica, técnica e politicamente para a atuação na rede de

serviços de assistência de saúde mental, em nível de prevenção e promoção de saúde, tratamento, reabilitação e inclusão social³⁰. Estes profissionais “concentram-se na integração do utente na comunidade” (GF), facilitando este processo de adaptação e inclusão do indivíduo na comunidade terapêutica, no resgate ao significado do cotidiano do sujeito, nos aspetos individuais e sociais, como fundamento principal para a sua inserção social, justificado nas oito referências no discurso do grupo focal feito neste estudo. No perfil do TO são conhecidas as competências e propensão para a adaptação do ambiente e indivíduo tendo em vista a inclusão. Também Dowling e Hutchinson³¹ referem que a Terapia Ocupacional é uma parte crucial da agenda de recuperação e inclusão social de pessoas que sofrem de doença do foro mental. Os TO esforçam-se para apoiar os indivíduos a realizar o seu potencial, permitindo-lhes participar e contribuir para a sociedade³¹. Estão bem posicionados para apoiar e complementar estes propósitos, particularmente porque a ciência ocupacional advoga o acesso a atividades significativas, valorizadas e cumprindo como um direito ocupacional para todos³².

Paralelamente, o TO assume a função de estruturador de rotinas diárias, pois “ajuda a passar a mensagem do quão importante é termos toda esta rotina bem estruturada” (GF), fomentando o

Tabela 2. Categoria “Diferença entre Terapia Ocupacional e outras áreas de atuação”.

Categoria	Subcategoria	Referências	Fontes
Diferença entre a Terapia Ocupacional e outras áreas de atuação	Proximidade	17	5
	Referências à maior propinquidade a terapeuta-cliente.		
	Motivação	16	5
	Referências ao investimento à promoção da motivação e desenvolvimento da volição		
	Integração do cliente na comunidade	8	1
	Referências à intervenção da Terapia Ocupacional perspetivando a inclusão do indivíduo nos diferentes contextos da sua vida.		
	Criatividade/Flexibilidade	7	4
	Referências à adoção de estratégias diversificadas na intervenção da Terapia Ocupacional		
	Capacidade de Observação	7	2
	Referências à identificação das necessidades dos clientes decorrentes do espectro específico de competências da Terapia Ocupacional.		
Hábitos e rotinas	5	1	
Referências à intervenção da Terapia Ocupacional para o desenvolvimento de padrões de comportamento influem no desempenho das AVD.			

desempenho nas várias áreas de ocupação. Neste âmbito, verifica-se que a identificação, a adaptação, a implementação e o desenvolvimento de hábitos, rituais e rotinas, abordando barreiras e aproveitando as competências existentes, surgem frequentemente como objetivos de intervenção da Terapia Ocupacional junto destes indivíduos. Efetivamente, são salientados em muitas publicações relacionadas com saúde mental e com a reabilitação de indivíduos com perturbação por uso de substâncias³³⁻³⁵. Esta preocupação com a necessária estruturação de rotinas é coerente com as indicações da AOTA^{36,37}, perspetivando funcionalidade e bem-estar do indivíduo e, consequentemente, a sua adaptação nos contextos de vida.

A ocupação, alicerce da atuação do TO fornece estrutura e rotina aos nossos dias, contribui para o nosso senso dinâmico de identidade e nos mantém conectados aos outros e ao mundo ao nosso redor. Esses aspetos adicionais também demonstraram ser essenciais para a saúde e bem-estar³⁸.

Continuando a análise da tabela acima apresentada, verifica-se que a proximidade com o cliente é a subcategoria mais referenciada pelas cinco fontes (GF, TO1, TO2, C1 e C2), evidenciando característica mais diferenciadora das restantes áreas de atuação, na CTCO. O TO é considerado o profissional que contacta mais diretamente com os clientes, tendo um nível de proximidade com os mesmos, superior ao dos restantes técnicos, concretizando o seu trabalho nos próprios contextos destes indivíduos (GF, TO1 e TO2): “Estamos lá para eles, no quarto a arrumar as coisas com eles, na estimulação cognitiva a ver as dificuldades deles” (TO2). Assim sendo, este fato “é extremamente importante porque acedem a determinadas situações que nós não acedemos” (GF), apresentando uma capacidade de observação mais incrementada, “um olhar atento e treinado, de forma a serem sinalizadas situações” (GF) que, muitas vezes, não são detectáveis pela restante equipe técnica (GF e TO2). Bonsaksen et al.³⁹ identificaram um vasto número de publicações que apontam para um entendimento generalizado, dentro da profissão, de que o sucesso na promoção da participação dos clientes em ocupações depende em parte da qualidade do relacionamento entre o cliente e o terapeuta, em particular do contacto próximo com os contextos dos clientes. A proximidade na relação entre profissionais de saúde e os clientes permite conhecer o cliente e as suas necessidades, promovendo a humanização dos cuidados e um encontro com as necessidades dos clientes^{40,41}.

Lopes e Leão²⁸ destacam outro diferencial que especifica a atuação da Terapia Ocupacional como a priorização dada à ação, ao processo de ‘fazer’, em detrimento do produto final. As autoras apontam a formação profissional como fator determinante para a valorização deste profissional nos novos equipamentos de saúde mental. Atribuem, como diferencial para a Terapia Ocupacional, o ‘olhar’, ou seja, como se compreende e intervém em cada situação.

Ainda, obtiveram-se um total de 16 referências, mencionadas pelas cinco fontes (GF, TO1, TO2, C1 e C2), ao TO como um profissional indutor de motivação, na medida em que demonstra criatividade na proposta de atividades adequadas às dificuldades e interesses de cada cliente, pois são técnicos na área da saúde que também recorrem “às artes, música, dança” (GF e TO2), utilizando estas atividades lúdicas para “cativar a atenção dos clientes, motivando-os, sendo uma peça fundamental para, posteriormente, nós conseguirmos intervir” (GF). Além disso, quando há necessidade de modificar/alterar o rumo da intervenção, estes profissionais têm essa flexibilidade (GF). A motivação é intrinsecamente relacionada com a volição, um dos três subsistemas que agem sobre o comportamento humano. A volição tem uma influência pervasiva na vida ocupacional que molda opções, experiências e sentimentos e, consequentemente, comportamentos. Encontra-se enraizada na intervenção centrada no cliente da Terapia Ocupacional, sendo incutido desde o início da formação do TO como investimento crucial no processo de (re)habilitação de um indivíduo⁴².

Apesar de terem sido nomeadas estas características como diferenciadoras da atuação do TO e das restantes áreas, é fulcral a consciencialização acerca da importância do trabalho em equipe, uma vez que, tal como mencionado por TO1: “A intervenção deve englobar todas as áreas, sendo um trabalho em conjunto, não é “Terapia Ocupacional”, não é “Psicologia”, o que cada área pode dar enriquece o tratamento do utente...”

Conclusões

Respondendo à questão “Em que medida a Terapia Ocupacional contribui para a reabilitação dos indivíduos com perturbações por uso de substâncias, na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro”, que serviu de mote ao estudo, pode-se concluir que o apoio prestado por esta profissão desempenha, na vida desta população, um papel

preponderante a vários níveis, sendo uma “área ligada à promoção da saúde, neste caso, mental” (GF). Por ser uma profissão que congrega conhecimentos de várias disciplinas, a Terapia Ocupacional pode “ser um elemento importante na construção de novos rumos para a atenção à saúde, integral, globalizante e na perspectiva da totalidade, subjetividade e singularidade das pessoas”⁴³. Enfatizou-se a importância que a Terapia Ocupacional exerce no processo da construção de significados. Num momento inicial, destaca-se o benefício na (re)estruturação da rotina destas pessoas, no que toca ao seu envolvimento no cuidado do próprio corpo, na organização do dia-a-dia, no “serem mais ativos”, ou seja, na predisposição do cliente para cumprir com as tarefas⁶. Sob o ponto de vista de uma TO (TO1), é, também, notória a evolução que os clientes apresentam ao nível da autoestima, sendo perceptível as inseguranças por parte dos indivíduos no início das atividades. Contudo, na fase final mostraram-se satisfeitos com os resultados alcançados. Os clientes acrescentam que a Terapia Ocupacional lhes devolve atividades de interesse, o que os motiva a encarar o presente (C1) e “ajuda bastante a esquecer o passado” (C1). Neste sentido, reforça-se que as atividades relacionadas com o lazer e autocuidados proporcionam o aumento da autoestima e facilitam a diminuição do humor depressivo⁶.

O esforço das Terapeutas Ocupacionais, como facilitadores desse processo de transformação, segundo os clientes da Comunidade Terapêutica, resulta, ainda, no alcance de um bem-estar psíquico, “provoca o bem-estar da pessoa e liberta a

mente” (C1), sendo que “eu quando estou a fazer essas tarefas sinto-me bem comigo mesmo” (C2). A descoberta ou redescoberta das atividades significativas mediada pela Terapia Ocupacional, pode desenvolver a motivação necessária ao processo de mudança⁶ “Não tinha interesse nenhum” (C2), “a Terapia Ocupacional deu-me a oportunidade de conhecer as atividades importantes para mim” (C2), “quando não tenho nada que fazer, ponho-me a ler um livro ou ponho-me a fazer um desenho ou a pintar” (C2).

Por outro lado, o relaxamento, a obtenção de um estado pleno foi mencionado pelos clientes como um benefício da intervenção da Terapia Ocupacional, pois “ajuda-me a relaxar bastante” (C1), “já estou mais controlado” (C2).

Em modo de conclusão, os dados obtidos permitem aferir que na CTCO, na perspectiva de todos os participantes, a Terapia Ocupacional desempenha um papel preponderante no processo de reconstrução do quotidiano dos indivíduos com perturbações por uso de substâncias. Fica um aporte para a reflexão de políticos, administradores e demais profissionais acerca da necessidade de Terapeutas Ocupacionais nestes contextos de reabilitação.

Por último, destaca-se o contributo da abordagem qualitativa que permitiu um estudo focado num contexto específico, possibilitando o aprofundamento necessário num contacto próximo com aqueles que mais perto estão da atuação e profissionais de Terapia Ocupacional. Embora eventualmente limitado por uma menor abrangência, observa-se que o se perdeu em extensão, ganhou-se em particularidade e qualidade.

Colaboradores

J Ribeiro, E Mira, I Lourenço, M Santos e M Braúna participaram nas diferentes partes do artigo.

Agradecimentos

O presente trabalho é da autoria equitativa de professores e estudantes do Curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria - Portugal. Os autores agradecem a colaboração de todos os profissionais da Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro, em particular às suas Terapeutas Ocupacionais (ano de 2016).

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Substance abuse*. 2016. [acessado 2017 Jul 15]. Disponível em: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/
2. American Occupational Therapy Association (AOTA). *Overcoming Drug and Alcohol Abuse*. 2002. [acessado 2017 Jul 15]. Disponível em: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/consumers/Mental-Health/Drugs/SubAbuse.pdf>
3. Bhatia M, Garnawat D, Kaur J. Rehabilitation for Substance Abuse Disorders. *Delhi Psychiatry Journal*, 2013; 16(2):400.
4. Departamento de Tratamento e Reinserção. *Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicoddependência Obtido de Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD); 2011.
5. Decreto Lei nº74/2016. *Diário da República* 2016; 8 nov.
6. Ricou M, Teixeira C. Volição em Toxicoddependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação do Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes. *Revista Toxicoddependências* 2008; 14(2):25-35.
7. Cáceres A, Mesias B. Atención a población sin hogar: Experiencia del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. In: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, editores. *Manual de Trastornos Adictivos*. Madrid: Enfoque Editorial; 2011. p. 226-234.
8. Petrova T, Punanova N. Behavioral Approach to Rehabilitation of Patients with Substance-Use Disorders. In: Söderback I, editor. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Estocolmo: Springer; 2009. p. 277-284.
9. Steiner A. *Occupational therapy for addiction? Experts say it's back*. [acessado 2017 Jul 15]. Disponível em: <https://www.minnpost.com/mental-health-addiction/2017/03/occupational-therapy-addiction-experts-say-it-s-back>
10. Crouch R, Alers V, editors. *Occupational therapy in psychiatry and mental health*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2014.
11. Davies R. According to the models of care for the treatment of drug misusers, does occupational therapy have a role in the treatment of drug misuse? *British Journal of Occupational Therapy* 2006; 69(12):575-577.
12. Stoffel V, Moyers PA. Terapia ocupacional e distúrbios do uso de substâncias. In: Cara E, MacRae A, editores. *Terapia Ocupacional Psicossocial: Uma Prática Clínica*. 2ª ed. Albany: Do Mar; 2005. p. 446-473
13. Ribeiro J, Brandão C, Costa A. Metodologia de Estudo de Caso em Saúde: Contributos para a sua Qualidade. In: Oliveira E, Barros N, Silva R, organizadores. *Investigação Qualitativa em Saúde conhecimento e aplicabilidade*. Oliveira de Azeméis: Ludomedia; 2016. p. 143-160
14. Coutinho C. *Metodologias de Investigação em Ciências Humanas*. Coimbra: Almedina; 2011.
15. Alves Z, Silva M. Análise Qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia* 1992; (2):61-69.
16. Backes D, Colomé J, Erdmann R, Lunardi V. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde* 2011; 35(4):438-442.
17. Gondim S. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia* 2003; 12(24):154.

18. Moraes R. Análise de conteúdo. *Revista Educação* 1999; 22(37):7-32.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2013.
20. Marques A, Trigueiro MJ. *Enquadramento da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo*. Porto: Livp-sic; 2011.
21. Chaves M, Larocca L, Mafra M. Pesquisa qualitativa com apoio de software: Um relato de experiência. *Investigação Qualitativa em Saúde* 2015; 1:187-188.
22. Stemler S. An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2001; 7(17).
23. Bazzani L. La Terapia Ocupacional en el abordaje de las adicciones: una revisión actualizada. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* 2013; 13(2):57-64.
24. American Society of Addiction Medicine. *Public Policy Statement: Short Definition of Addiction*. 2011. [acessado 2017 Jul 15]. Disponível em: http://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition_of_addiction_short_4-11.pdf?sfvrsn=0
25. Amorelli C. Psychosocial Occupational Therapy Interventions for Substance-Use Disorders: A narrative review. *Occupational Therapy in Mental Health* 2016; 32(2):167-184.
26. Benetton J, Marcolino T. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Activities in the Dynamic Occupational Therapy Method. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* 2013; 21(3):645-652.
27. Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense "Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2002; 13(3):15-21.
28. Lopes RE, Leão A. Terapeutas ocupacionais e os Centros de Convivência e Cooperativa: novas ações de saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2002; 13(2):56-63
29. Polia AA, Castro DH. A lesão medular e suas seqüelas de acordo com o modelo de ocupação humana. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* 2010; 15(1):19-29.
30. Ribeiro M, Oliveira L. Terapia Ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):425-431.
31. Dowling H, Hutchinson A. Occupational therapy-its contribution to social inclusion and recovery. *A Life in the Day* 2008; 12(3):11-14.
32. Le Boutillier C, Croucher A. Social inclusion and mental health. *British Journal of Occupational Therapy* 2010; 73(3):136-139.
33. Garnham M, Morley M, Forsyth K, Lee S, Taylor R, Kielhofner G. *Occupational therapy care packages in mental health: preparing for payment by results*. London: British Association of Occupational Therapists and College of Occupational Therapists; 2010.
34. Bryant W, Fieldhouse J, Bannigan K, editors. *Creek's Occupational Therapy and Mental Health E-Book*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2014.
35. Crouch R. Substance Use Disorders. In: Weideman Z, editor. *Occupational Therapy Prescribed Minimum Benefits*. Hatfield: OTASA; 2007. p. 175-177.
36. Opp A. *Recovery with purpose: Occupational therapy and drug and alcohol abuse*. 2007. [acessado 2017 Jul 15]. Disponível em: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/Articles/RecoveryWithPurpose.aspx>
37. Champagne T, Gray K. Occupational therapy's role in mental health recovery. *AOTA Fact Sheet*. 2016. [acessado 2017 Jul 15]. Disponível em: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/mental-health-recovery.aspx>
38. Gallagher M, Muldoon O, Pettigrew J. An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Frontiers in psychology* 2015; 6:1281.
39. Bonsaksen T, Vøllestad K, Taylor R. The Intentional Relationship Model-Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice. *Ergoterapeuten* 2013; 56(5):26-31.
40. Diogo P. Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem* 2017; 21(1).
41. Palmadottir G. Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy* 2006; 69(9):394-401.
42. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. Philadelphia: FA Davis; 2009.
43. Medeiros MHR. *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Paulo: Hucitec; 2003

Artigo apresentado em 02/04/2018

Aprovado em 22/10/2018

Versão final apresentada em 19/02/2019