



Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy

Marca INPI: Nº668549

ISSN: 2975-8181



Número: 1

Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy
✉ rpto@ipleiria.pt

Data de publicação: Out 2022

DOI: <https://doi.org/10.25766/d42f-w817>



Aplicação do MOHOST na Intervenção da Terapia Ocupacional em Saúde Mental no Centro Hospitalar do Baixo Vouga-Portugal

Ana Simões

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, Portugal

Beatriz Pereira

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, Portugal

Catarina Filipe

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, Portugal

Joana Fabião

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, Portugal

Prazeres Valente

Dep. de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Portugal

Mariana Cura

Dep. de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Portugal

Filomena Santos

Dep. de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Portugal

Elisabete Roldão

Escola Superior de Saúde
aTOPlab – Assistive Technology and Occupational Performance Laboratory
Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare)
Politécnico de Leiria
Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-5317-9855r>
✉ elisabete.roldao@ipleiria.pt

Jaime Ribeiro

Escola Superior de Saúde
aTOPlab – Assistive Technology and Occupational Performance Laboratory
Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare)
Politécnico de Leiria
Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-1548-5579>
✉ jaime.ribeiro@ipleiria.pt

Resumo

Introdução: Atualmente, verifica-se reduzida informação referente à prática dos terapeutas ocupacionais e à utilização do “Model of Human Occupation Screening Tool” (MOHOST) na avaliação de clientes psiquiátricos em Portugal. **Objetivos:** Delinear o perfil dos utentes do Hospital de Dia (HD) no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (DPSM-CHBV) e perceber a utilidade do MOHOST no processo da Terapia Ocupacional (TO), segundo a perceção das terapeutas ocupacionais. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo de caso exploratório-descritivo, de abordagem mista. A recolha de dados realizou-se a partir de 238 processos clínicos, dos resultados da avaliação do MOHOST e uma entrevista semiestruturada às TO do DPSM-CHBV. Posteriormente, realizou-se uma análise estatística com o software “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) e a análise de conteúdo pelo software “Web Qualitative Data Analysis” (WebQDA). **Resultados:** Os resultados obtidos possibilitaram delinear o perfil do cliente psiquiátrico e obter a perceção das terapeutas ocupacionais sobre a utilidade do MOHOST no DPSM-CHBV. Destacam-se as limitações e potencialidades dos participantes através da avaliação do MOHOST, em linha com estudos anteriormente realizados. As TO referem alguns itens com maior dificuldade em avaliar, porém mencionam ser um instrumento útil e de fácil utilização. **Conclusões:** Constata-se que a aplicabilidade deste instrumento é útil na área de Psiquiatria e Saúde Mental, que indica a interferência psicopatológica nos papéis, rotinas, hábitos, participação e desempenho ocupacional do cliente, o que potencia a intervenção do terapeuta ocupacional

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Psiquiatria; Saúde Mental; Doença Mental; MOHOST

Abstract

Introduction: Currently, there is scarce information on the practice of occupational therapists and the use of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) in the assessment of psychiatric patients in Portugal. **Objective:** To outline the profile of Day Hospital (DH) users in the Department of Psychiatry and Mental Health of the Baixo Vouga Hospital Centre (DPSM-CHBV) and understand the usefulness of MOHOST in the Occupational Therapy (OT) process, according to the perception of the occupational therapists. **Material and Methods:** An exploratory-descriptive case study with a mixed approach was conducted. Data were collected from 238 clinical files, the results of the MOHOST assessment, and a semi-structured interview to the OTs of the DPSM-CHBV. Subsequently, statistical analysis was performed with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software and content analysis by Web Qualitative Data Analysis (WebQDA) software. **Results:** The results obtained made it possible to outline the profile of the psychiatric user and obtain the occupational therapists' perceptions of the usefulness of MOHOST in the DPSM-CHBV. The participants' limitations and potentialities were highlighted through the assessment of MOHOST, which is in line with previous studies. The occupational therapists refer to difficulties in the assessment of some of the items, but still consider the instruments useful and easy to apply. **Conclusion:** The applicability of this instrument was found to be useful in Psychiatry and Mental Health. It indicates the psychopathological interference in the client's roles, routines, habits, participation and occupational performance, which enhances the occupational therapist's intervention.

Keywords: Occupational Therapy; Psychiatry; Mental Health; Mental Disorders; MOHOST.

1. Introdução

No âmbito da Terapia Ocupacional (TO), Rouleau et al. [1], refere a escassez do uso de instrumentos de avaliação padronizados para fundamentar e orientar a prática profissional em contextos específicos, o que compromete a sua eficiência, em particular, na Psiquiatria e Saúde Mental.

A utilização de instrumentos de avaliação padronizados é essencial para a comparação de resultados da avaliação e reavaliação de clientes do foro psiquiátrico, perceber a sua participação e desempenho ocupacional, bem como monitorizar e adequar o processo de intervenção em TO [2].

Segundo Lee et al. [3] muitos terapeutas ocupacionais usam o “Modelo de Ocupação Humana” (MOH) para guiar a sua prática profissional e salientam a importância de adotar uma prática holística, centrada na ocupação, no cliente e baseada na evidência científica para planear e implementar a intervenção.

O MOH, desenvolvido por Gary Kielhofner em 1980, surge no livro “Model of Human Occupation: Theory and Application”. Este considera o Homem de forma holística e estuda a forma como a ocupação é motivada, padronizada e desempenhada pelo mesmo [4]. Pouco se sabe sobre a perceção dos terapeutas ocupacionais em relação ao uso da teoria focada na ocupação, na sua prática profissional, contudo algumas evidências indicam que esta é usada [5, 6].

Até o momento, o MOH é o modelo mais utilizado internacionalmente tendo, o seu quadro teórico e avaliações associadas, investigadas ao longo de quatro décadas [5]. Estes autores referem ainda que o Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) é a avaliação mais amplamente utilizada na saúde mental, em serviços de TO, no Reino Unido e existe em 19 línguas.

Este instrumento foi traduzido para português em 2005, no âmbito de um trabalho final de Licenciatura em TO desenvolvido na Escola Superior de Saúde do Alcoitão [7]. Após o processo de validação para a população portuguesa, realizado pelas mesmas autoras, é amplamente usado pelos terapeutas ocupacionais no âmbito da saúde mental.

O MOHOST é um instrumento de avaliação baseado nos pressupostos do MOH, delineado para obter informação relativa ao cliente e aos fatores ambientais que influenciam a sua participação ocupacional. Aborda seis parâmetros, que se subdividem em quatro itens, perfazendo um total de 24 (Quadro 1). É preenchido pelo terapeuta através de observação direta do desempenho e participação ocupacional do cliente [8]. Este instrumento permite documentar e orientar a intervenção do terapeuta ocupacional segundo os critérios de classificação de quatro pontos definidos no manual: Força (4) – Suporta a participação ocupacional; Dificuldade (3) – Interfere pouco na participação ocupacional; Fraqueza (2) – Interfere muito na participação ocupacional e Problema (1) – Impede a participação ocupacional [9].

Quadro 1. Parâmetros e Itens do MOHOST de acordo com Gravato e Gonçalves [7].

Parâmetros	Conceito	Itens
Motivação para a Ocupação	Corresponde à volição e inclui os interesses e os valores da pessoa.	Avaliação das Capacidades Expectativa de Sucesso Interesse Compromisso
Padrão de Ocupação	Corresponde à habituação. Inclui os hábitos, papéis e a flexibilidade da pessoa para adaptar-se às responsabilidades da rotina.	Rotina Adaptabilidade Responsabilidade Papéis
Competências de Comunicação e Interação	Correspondem às competências de desempenho relacionadas com a forma como a pessoa interage e comunica com os pares. Capacidade de julgar, resolver um problema e adaptar-se ao desempenho da tarefa.	Competências Não Verbais Conversaão Expressão Vocal Relações Interpessoais
Competências de Processo	Correspondem ao conhecimento, sequenciação da atividade, capacidade de organização e resolução de problemas.	Conhecimento Planeamento Organização Resolução de Problemas
Competências Motoras	Correspondem à postura, mobilidade, coordenação, força e <i>endurance</i> da pessoa.	Postura e Mobilidade Coordenação Força e Esforço Energia
Ambiente	Corresponde aos contextos e exigências impostas pelas ocupações diárias (trabalho, lazer e autocuidado).	Espaço Físico Recursos Físicos Grupos Sociais Exigências Ocupacionais

No estudo realizado por Parkinson et al. [10], alguns terapeutas ocupacionais referem que os parâmetros apresentados no MOHOST ajudam a guiar o raciocínio clínico, pois é necessário avaliar todos os aspetos da participação ocupacional dos clientes.

A presença de perturbações psiquiátricas pode prejudicar significativamente a ocupação e todos os seus componentes pelo que, a realização de uma avaliação focada na ocupação, como o MOHOST, é útil pois avalia especificamente parâmetros relacionados com o cliente, o seu desempenho e a participação em ocupações [11].

Segundo um estudo realizado a terapeutas ocupacionais que trabalham com população adulta em Saúde Mental no Canadá, é difícil documentar a eficiência dos serviços de TO na sua prática diária [12]. Atualmente, existe uma maior utilização de instrumentos padronizados em clientes do foro psiquiátrico, mas é comum utilizar métodos não padronizados, como entrevistas e a observação com base nas tarefas solicitadas aos clientes [1].

Com este artigo pretende-se definir o perfil do utente psiquiátrico do HD do DPSM-CHBV, correlacioná-lo com os parâmetros do MOHOST e perceber a finalidade da utilização deste instrumento de avaliação na população psiquiátrica portuguesa segundo a perceção do(a)s terapeutas ocupacionais. A relevância deste estudo sustenta-se na avaliação realizada aos clientes psiquiátricos no âmbito da TO e da perceção dos terapeutas ocupacionais relativamente à utilidade do MOHOST sendo esta inexistente em Portugal.

2. Material e Métodos

A presente investigação realizou-se no DPSM-CHBV em Portugal, recorrendo a um estudo de caso exploratório-descritivo de abordagem mista [13]. A abordagem qualitativa em estudos de casos, pode ser complementada com métodos de quantitativos, trazendo uma nova profundidade e riqueza para a análise de dados. Assim, triangulando diferentes formas de recolha de dados acredita-se na obtenção válida de resultados para produção de evidência que sustente a prática. Com a abordagem qualitativa é possível

perscrutar as significações dos fenómenos do processo saúde-doença e funcionamento organizacional, contribuindo para um maior conhecimento e, conseqüentemente, respostas ajustadas às pessoas, clientes e profissionais de saúde [14].

Pretende-se minimizar a carência de informação referente à utilização de instrumentos padronizados pelos terapeutas ocupacionais em Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal. Como questão de investigação temos:

“De que forma o MOHOST colabora para avaliação do desempenho e a participação ocupacional do utente do HD do DPSM-CHBV antes e após a intervenção da TO?”. Objetiva-se com este estudo:

- Estabelecer o perfil do utente psiquiátrico que frequenta o HD do DPSM-CHBV, de acordo com a consulta do processo clínico e história ocupacional;
- Caracterizar o desempenho e participação ocupacional do utente que frequenta o HD do DPSM-CHBV através do sumário de classificação do MOHOST;
- Correlacionar parâmetros do perfil do utente psiquiátrico com a avaliação e reavaliação obtida pelo sumário de classificação do MOHOST;
- Relatar a finalidade da utilização do MOHOST na avaliação dos utentes do DPSM-CHBV, segundo a percepção das terapeutas ocupacionais deste departamento.

Recorreu-se à abordagem quantitativa para aferir e relacionar os dados obtidos da documentação dos processos clínicos dos utentes a nível demográfico, assim como a avaliação e reavaliação através do sumário de classificação [15]. Na abordagem qualitativa analisou-se a entrevista semiestruturada realizada às terapeutas ocupacionais do DPSM-CHBV sobre a utilização do MOHOST na população psiquiátrica.

2.1 População e Amostra

Este estudo tem duas populações de acordo com a abordagem adotada. Na abordagem quantitativa, a população são os utentes seguidos no HD do DPSM-CHBV. Como critérios de inclusão, os utentes tinham de ter frequentado o serviço de TO no HD do DPSM-CHBV no período compreendido entre janeiro de 2015 a dezembro de 2019 tendo sido avaliados com o MOHOST à data de admissão no HD e à data de alta. Obteve-se uma amostra de 238 participantes (n=238). No que concerne à abordagem qualitativa do estudo, o critério de inclusão foi exercer funções há mais de 10 anos no DPSM-CHBV e ser terapeuta ocupacional. Obteve-se uma amostra de três participantes (n=3) que exercem funções no Internamento de Agudos e unidades de HD e Internamento.

2.2 Métodos de Recolha de Dados

A recolha de dados realizou-se pela consulta dos 238 processos clínicos registados na plataforma “SClínico” e entrevista semiestruturada às terapeutas ocupacionais. A consulta dos processos clínicos permitiu caracterizar os utentes, obter os dados de avaliação e reavaliação do MOHOST. Foi elaborada uma base de dados em folha de cálculo Excel® com as variáveis: género, idade, diagnóstico, habilitações, proveniência (serviço de onde é encaminhado para o HD), situação profissional, coabitação, estado civil, medicação à data de admissão e à data de alta, consumo de substâncias aditivas, número de sessões, motivo da alta e resultados obtidos pelo MOHOST.

Em relação à medicação à data de admissão e alta no HD, o tratamento farmacológico é categorizado em quatro grupos (antidepressivos, antipsicóticos, benzodiazepinas e estabilizadores de humor) podendo ser tomados isoladamente ou combinados. Assim, na admissão no HD, um utente com prescrição para dois fármacos do grupo dos antidepressivos, um antipsicótico e dois do grupo das benzodiazepinas, pode, à data da alta, diminuir o número de fármacos pertencentes ao mesmo grupo, porém mantém a mesma classificação/número de grupos de fármacos.

O sumário de classificação do MOHOST possibilitou caracterizar os utentes quanto à participação e desempenho ocupacional, nomeadamente motivação para a ocupação, padrão de ocupação, competências de comunicação e interação, competências de processo, competências motoras e ambiente. Posteriormente, o tratamento dos dados e análise estatística foi efetuado com o software SPSS®.

A entrevista semiestruturada às terapeutas ocupacionais, com perguntas diretas sobre a sua percepção das vantagens e desvantagens do uso do MOHOST no processo da TO nesta população, proporcionou a partilha

das suas perceções sobre a utilização deste instrumento no DPSM-CHBV. Foram questionadas sobre: i) utilização da MOHOST na sua prática profissional; ii) informações obtidas sobre os clientes com a utilização da MOHOST; iii) mais-valias/benefícios e limitações da utilização deste instrumento em psiquiatria e saúde mental; iv) aspetos mais e menos positivos da MOHOST; v) utilidade dos dados obtidos para orientação da intervenção da TO neste contexto específico; vi) informações obtidas com a aplicação inicial e final da MOHOST; e, vii) o que poderia melhorar este instrumento. Procedeu-se à análise de conteúdo das informações, sendo estas transcritas, categorizadas e codificadas, através do software WebQDA® [16]. A codificação foi realizada em simultâneo por quatro investigadores para se obter concordância intercodificador e, atender aos princípios de exclusividade, objetividade, pertinência e homogeneidade [17].

Utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon para comparar a avaliação inicial e a avaliação final em cada parâmetro do MOHOST. Obteve-se uma significância nula em todos os parâmetros deste instrumento, ao qual se pode constatar que há diferenças significativas entre os resultados da avaliação e da reavaliação obtidos pelo MOHOST.

2.3 Procedimentos formais e éticos

Foi obtida autorização da Comissão de Ética do CHBV para o desenvolvimento desta investigação e a assinatura do termo de consentimento livre e informado das terapeutas ocupacionais do DPSM-CHBV.

3. Resultados

3.1 Caracterização do utente psiquiátrico do HD do DPSM-CHBV

O tratamento dos dados e a análise estatística permitiram caracterizar o Perfil do Utente Psiquiátrico do HD do DPSM-CHBV (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil do Utente Psiquiátrico do HD do DPSM-CHBV

PERFIL DO UTENTE PSIQUIÁTRICO DO HOSPITAL DE DIA DO DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL –CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA		
Variáveis	Resultados	
Género	60 %	Feminino
	40 %	Masculino
Idade (média de 45 anos)	26,9 %	35 aos 44 anos
Diagnóstico (DSM-5) (APA, 2014)	37,8 %	Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas
	31,5 %	Perturbações Depressivas
	16 %	Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas
	7,1 %	Perturbações da Personalidade
Habilitações literárias	29,8 %	3º ciclo
	21,8 %	Ensino secundário
	18,9 %	Ensino superior
Proveniência	41,6 %	Serviço de Ambulatório – Consulta Externa
	29,4 %	Unidade de Internamento
	19,7 %	Serviço Ambulatório – Urgência
	39,5 %	Desempregado
Estado laboral	22,6 %	Empregado (15,5 %– baixa médica)
	17,6 %	Atestado Médico de Incapacidade Multiusos
Coabitación	38,7 %	Pais ou familiares
	20,6 %	Cônjuge e filhos
	20,6 %	Sem coabitante

PERFIL DO UTENTE PSIQUIÁTRICO DO HOSPITAL DE DIA DO DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL –CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA

Variáveis	Resultados
	13,4 % Cônjuge
Estado civil	42,9 % Solteiro
	39,9 % Casado ou união de facto
Medicação à data de admissão no HD	27,3 % Antidepressivos, antipsicóticos e benzodiazepinas
	16,8 % Antipsicóticos e benzodiazepinas
	14,3 % Antidepressivos, benzodiazepinas, antipsicóticos e estabilizadores de humor
Medicação à data de alta do HD	28,2 % Antidepressivos, antipsicóticos e benzodiazepinas
	18,1 % Antidepressivos, benzodiazepinas, antipsicóticos e estabilizadores de humor
	13,4 % Antipsicóticos e benzodiazepinas
Consumo de substâncias aditivas	84,9 % Não tem consumos
	8 % <i>Cannabis</i>
Sessões de TO	Média de 28 sessões; Min=1; Max=85
Motivo de alta	81,9 % Alta clínica

A distribuição de idades é dispersa no género feminino, com as Perturbações Depressivas, mais prevalentes nos 35 aos 54 anos de idade (37,5%). No género masculino estas perturbações manifestam-se entre os 45 e os 64 anos (73,6%). Nas Perturbações Bipolares e Relacionadas existe uma predominância no género feminino (78,9%), entre os 35 e os 44 anos (50%), enquanto no masculino constata-se maior prevalência (21,1%) dos 35 aos 64 anos (86,7%). As Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas estão em maioria no género masculino (60%) entre os 15 e os 34 anos (42,6%) em comparação ao género feminino (40%), entre os 35 e os 64 anos (72,2%). Nas Perturbações de Ansiedade 60% dos participantes são do género masculino.

Dos participantes, 38,7% coabitam com os pais e/ou familiares, sendo 56,5% diagnosticados com Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas. Coabitam sozinhos 20,6%, com Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas. Cerca de 20,6% coabitam com o cônjuge e os filhos, sendo 53,1% diagnosticados com Perturbações Depressivas.

Comparando as perturbações psiquiátricas com a situação profissional, 39,5% estão desempregados, dos quais 45,7% estão diagnosticados com Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas. A maioria dos participantes não consome substâncias aditivas (84,9%). O consumo de cannabis tem maior prevalência (8%), seguido das bebidas alcoólicas (5,5%) e da combinação de ambos (1,3%). Do género masculino, 4,6% consomem cannabis e 0,4 % cocaína e heroína. No que diz respeito às bebidas alcoólicas o consumo é semelhante em ambos os sexos.

Na admissão os participantes demonstram maior défice no desempenho e participação ocupacional nos parâmetros: motivação para a ocupação, padrão de ocupação e competências de processo. Contrariamente, evidenciam menor défice nos parâmetros: competências de comunicação e interação e no ambiente. Relativamente às competências motoras, todos os itens evidenciam classificação máxima, exceto no item “energia” que demonstra dois (fraqueza) como classificação. Na reavaliação, verifica-se melhoria na participação ocupacional e desempenho ocupacional na maioria dos parâmetros. Os participantes mantêm maior défice nos parâmetros motivação para a ocupação, padrão de ocupação e competências de processo. Os itens relativos ao parâmetro competências de comunicação, interação e competências motoras, continuam baixos, embora o item “energia” tenha melhorado de dois (fraqueza) para três (dificuldade). Relativamente aos itens do parâmetro ambiente estes mantêm a classificação três (dificuldade), continuando como o parâmetro com menor défice.

Os participantes com Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas demonstram maior défice nos itens “resolução de problemas”, “interesse” e “expectativa de sucesso” e menor défice nos itens “postura e mobilidade”, “coordenação” e “conversaçoão”. Os participantes com Perturbações Depressivas evidenciam maior défice nos itens “resolução de problemas”, “expectativa de sucesso” e “compromisso” e menor défice nos itens “coordenação”, “conhecimento” e “organizaçoão”. Os participantes com Perturbações

Bipolares e Perturbações Relacionadas apresentam maior déficit nos itens “resolução de problemas”, “papéis” e “compromisso” e menor déficit nos itens “conhecimento”, “postura e mobilidade” e “coordenação”.

Dos participantes, 17% evidenciam défices no ambiente, 21% na motivação para a ocupação, 23% no padrão de ocupação, 19% nas competências de processo, 12% nas competências de comunicação e interação e 9% nas competências motoras.

Comparando os resultados da avaliação e reavaliação, constata-se que os participantes mantiveram a classificação atribuída em 76,2 % dos itens. Em apenas 8,3% dos itens, nomeadamente nos itens “avaliação de capacidades” e na “rotina”, se obteve melhorias no desempenho e participação ocupacional.

3.2 Perceção das terapeutas ocupacionais do DPSM-CHBV sobre a utilidade do MOHOST

O conteúdo da entrevista às terapeutas ocupacionais foi categorizado e subcategorizado (subcódigos de árvore) (Tabela 2) [16].

Tabela 2. Codificadores e Referências utilizadas na Análise de Conteúdo

Código Árvore	Descrição	Referências	
Razões para a utilização do MOHOST	Referências à utilização do MOHOST na prática profissional em Terapia Ocupacional na área de Psiquiatria e Saúde Mental.	2	
	Subcódigo Árvore Apresentação concreta de evidências	Referências que indicam informação factual da utilização do MOHOST em relação ao desempenho e participação ocupacional dos utentes psiquiátricos.	31
	Orientação da Intervenção da Terapia Ocupacional	Referências em como os dados obtidos do MOHOST estabelecem orientação para a intervenção em Terapia Ocupacional.	19
	Modelo de Ocupação Humana	Como o Modelo de Ocupação Humana influência a abordagem em Terapia Ocupacional na área de Psiquiatria e Saúde Mental.	4
Informações obtidas acerca dos utentes através do MOHOST	Menções acerca da utilização do MOHOST para obter informações dos utentes psiquiátricos.	7	
	Subcódigo Árvore Percebibilidade dos itens do MOHOST	De que forma os itens do MOHOST são perceptíveis durante a avaliação e reavaliação do utente psiquiátrico em Terapia Ocupacional.	26
	Dificuldade na perceção dos itens do MOHOST	De que forma os itens do MOHOST são menos perceptíveis durante a avaliação e reavaliação do utente psiquiátrico em Terapia Ocupacional.	14
	Irrelevância dos itens do MOHOST	Menções dos itens menos relevantes do MOHOST para a prática em Terapia Ocupacional na área de Psiquiatria e Saúde Mental.	5

Código Árvore	Descrição	Referências	
Caracterização do MOHOST	Referências à caracterização do MOHOST na prática em Terapia Ocupacional na área de Psiquiatria e Saúde Mental.	4	
	Vantagens da utilização do MOHOST	Referências às vantagens da utilização do MOHOST com utentes psiquiátricos.	15
	Desvantagens da utilização do MOHOST	Referências às desvantagens da utilização do MOHOST com utentes psiquiátricos.	12
Aplicação do MOHOST	Referências à aplicabilidade do MOHOST na avaliação e reavaliação em utentes psiquiátricos.	13	
Recomendações para melhorar o MOHOST	Recomendações dadas pelas terapeutas ocupacionais para melhorar o instrumento de classificação, MOHOST para a avaliação e reavaliação em utentes psiquiátricos.	11	

Relativamente ao código árvore “Razões para a utilização do MOHOST”, as participantes consideram que a aplicação do instrumento é um *“método útil para avaliar os utentes durante o desempenho de atividades”* e *“utiliza uma linguagem simples segundo os pressupostos do MOH”*. Relatam que o instrumento permite perceber *“as mudanças que possam existir na evolução do utente”*, e obter resultados acerca da participação ocupacional deste, *“justificando a nossa ação perante o utente”*. Referem também que, os dados obtidos e inseridos na plataforma “SCLínico”, permite que *“o médico seja capaz de perceber que detemos uma avaliação formal”*.

No subcódigo árvore relativo à orientação da intervenção da TO, a *“avaliação é realizada na admissão ao serviço”* e, após analisar os resultados obtidos, são perceptíveis os parâmetros que têm maior défice.

No código árvore “Informações obtidas acerca dos utentes através do MOHOST”, destaca-se a “Percebibilidade dos itens do MOHOST” e a “Dificuldade na perceção dos itens do MOHOST”.

Em relação ao subcódigo árvore “Percebibilidade dos itens do MOHOST” afere-se que *“há certos itens que se veem muito bem”* e *“há determinados itens que são fáceis de observar mesmo sem necessitar de ir ao instrumento de classificação”*. As participantes destacam como parâmetros mais perceptíveis do MOHOST o padrão de ocupação, competências de comunicação e interação (especificamente os itens “conversação” e “relações interpessoais”), competências motoras (especificamente o item “energia”) e competências de processo em particular a “resolução de problemas”. Referem ainda que *“a maioria dos itens estão bem descritos”* e *“são perceptíveis para uma boa avaliação e reavaliação”*, o que permite perceber se *“o utente melhorou de uma classificação três para quatro, ...”*.

No segundo subcódigo árvore “Dificuldade na perceção dos itens do MOHOST” existem parâmetros em que as participantes relatam ser difícil perceber, durante a avaliação e reavaliação do utente do foro psiquiátrico em TO. Dos vários parâmetros, destacam que *“as competências motoras e o ambiente são os mais subjetivos”*. No preenchimento do instrumento surgem algumas dúvidas por parte das participantes, *“alguns itens são muito similares, não há grande diferenciação”*. Para além disto, referem que *“alguns itens e descrições são muito ambíguos”*. Desta forma, quando evidenciam dificuldade na classificação de um item, referem, por exemplo, *“nas competências de comunicação, há um item que é sempre o três”* e *“no ambiente, ponho o questionável quando não sei muito bem”*. Salienta-se ainda que as participantes têm *“alguma dificuldade em perceber se foi a Terapia Ocupacional que ajudou a melhorar ou se foi tudo o que está associado a sessões e consultas”*.

Em relação ao código árvore “Caracterização do MOHOST”, identificam-se como vantagens que o instrumento permite *“uma visão mais organizada e sustentada entre a entrada e saída do utente”* e que *“a maioria dos itens são perceptíveis para uma boa avaliação”*, para conseqüentemente, verificar *“se [o utente] evoluiu ou não”* aquando da reavaliação. Outra vantagem identificada é a existência de uma escala ordinal para a classificação do MOHOST, pois entende-se a evolução *“de três para quatro ou de dois para quatro”*. *“É importante podermos ter este tipo de relação mais quantitativa para justificar [...] a nossa intervenção com o utente”*. Por fim o MOHOST permite às participantes avaliar de forma holística os utentes. Em contrapartida, as participantes relatam algumas desvantagens na utilização do instrumento, nomeadamente, *“as descrições não serem muito óbvias”*, e referem *“posso quantificar de maneira diferente de ti e não ser tão ambivalente”*. Para além disto, mencionam incoerência na descrição da classificação de quatro pontos em determinados itens – *“Existe uma*

grande diferença na graduação de dois para três em alguns itens e outros não têm esta diferença". Também referem que o instrumento *"não dá um valor preciso quantificável da evolução do utente"*, ou seja, o MOHOST não apresenta um *score* de cada parâmetro ou *score* final do instrumento.

No código árvore "Aplicação do MOHOST" *"em HD a avaliação realiza-se mesmo na primeira semana"*, pois *"como o MOHOST faz parte do processo clínico preenchesse logo"*. Para além disto, as participantes destacam que *"a medicação influencia as competências motoras, principalmente nos utentes do Internamento"*, o que torna mais difícil avaliar e reavaliar estas competências.

Relativamente ao código árvore "Recomendações para melhorar o MOHOST", as participantes sugerem que *"a escrita podia ser mais clara e objetiva"* e a *"tradução podia ser aperfeiçoada"*. Sugerem que o instrumento *"podia ser adaptado para a Saúde Mental"*, deveria existir uma *"melhor descrição dos graus de avaliação e de alguns itens"*, e deveria *"haver uma diferença mais notória entre a classificação ordinal de avaliação"*. Também propõem existir um aumento da classificação de quatro pontos *"para melhorar o distanciamento da qualidade (por exemplo de um a cinco)"* e existir *"um valor total no final de cada parâmetro ou do MOHOST"*.

4. Discussão

Relativamente ao perfil do utente psiquiátrico, o género feminino apresenta uma maior predisposição para as Perturbações Depressivas havendo concordância com o identificado por Green et al. [18]. No presente estudo, as Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas estão em maioria no género masculino e nos mais jovens, dados que corroboram os apresentados pelos mesmos autores.

No que concerne às Perturbações de Ansiedade existe uma maior prevalência no género feminino o que Green et al. identificaram em 2019 [18], no seu estudo sobre os fenótipos psiquiátricos.

As Perturbações Psiquiátricas influenciam a produtividade, humor, energia, memória, concentração e relação social e, conseqüentemente o desempenho e participação ocupacional. O desemprego ou ausência de uma ocupação laboral/produzida é algo muito presente nesta amostra. Adicionalmente, o estudo de Kruckow et al. [19] identifica o consumo de substâncias aditivas em doentes psiquiátricos, o que também pode dificultar ainda mais a sua inserção no mercado laboral [20].

Contrariamente à análise da amostra deste estudo, Smith e Mairs identificaram no seu estudo em 2014 [21], que os participantes evidenciam défices ao nível do ambiente. Em concordância com estes autores, a amostra do atual estudo também evidencia dificuldade na motivação para a ocupação, no padrão de ocupação e nas competências de processo. Apenas uma minoria da amostra demonstra limitações nas competências de comunicação e interação e nas competências motoras.

O MOHOST tem quatro critérios de classificação (4 - força; 3 - dificuldade; 2 - fraqueza; 1 - problema), que indicam a interferência na participação ocupacional do cliente [9]. Neste sentido, o processo de classificação possibilita estabelecer o perfil e identificar os défices e potencialidades que afetam a participação ocupacional dos clientes. Assim, os terapeutas ocupacionais podem aplicar o MOHOST com o intuito de delinear uma intervenção de acordo com as necessidades e prioridades dos clientes psiquiátricos [22]. É expectável que os participantes com menor participação ocupacional e, conseqüentemente, menor classificação demonstrem alterações no desempenho de atividades de vida diária, nas relações pessoais e interpessoais e a nível cognitivo, físico e psicossocial [8].

Para Parkinson et al. [10], os terapeutas ocupacionais têm em consideração a rapidez da aplicação e utilidade do MOHOST na avaliação e reavaliação com os clientes psiquiátricos, visto que utiliza uma linguagem simples de acordo com os pressupostos referidos no MOH, o que também foi referido pelas terapeutas que participaram neste estudo. Este instrumento considera o cliente de forma holística, concetualiza de forma objetiva a sua evolução no processo de reabilitação e analisa amplamente os aspetos da participação ocupacional e, conseqüentemente, orienta e fundamenta a intervenção da TO, por ser baseado em evidências [23]. Este instrumento de avaliação padronizado possibilita também aos terapeutas ocupacionais apoiar a prática com base em evidência [10], para posterior discussão com o cliente e com a equipa, a fim de guiar e delinear a intervenção mais adequada e centralizada no mesmo [24], o que foi também valorizado pelas terapeutas que participaram neste estudo.

Após a categorização e codificação das respostas obtidas na entrevista de grupo, emergiram cinco principais códigos de árvore validando a necessidade de a avaliação em TO ser fundamentada através de instrumentos de avaliação padronizados.

Kielhofner et al. [8] refere que o MOHOST é um método de avaliação confiável ao indicar a volição, habituação, participação ocupacional e influências ambientais na participação. Trata-se de um instrumento com evidência científica comprovada e que oferece vantagens aos terapeutas ocupacionais, pois orienta o raciocínio clínico através dos pressupostos do MOH [25].

À semelhança do que outros autores evidenciam, é possível identificar que os parâmetros com maior déficit em clientes psiquiátricos são: motivação para a ocupação, padrão de ocupação, competências de comunicação e interação (especificamente o item “conversação” e “relações interpessoais”), competências motoras (especificamente o item “energia”) e competências de processo (especificamente o item “resolução de problemas”). Estas dificuldades comprometem o desempenho e participação ocupacional e, por isso, indicam quais os itens que o terapeuta ocupacional tem que abordar na intervenção [21].

As participantes apontam como vantagens da utilização do MOHOST a sua visão holística, mais organizada e detalhada do cliente psiquiátrico o que permite observar a evolução na reavaliação; fundamenta a intervenção que é realizada de acordo com os parâmetros que interferem na participação ocupacional dos clientes [10]; facilita a visualização dos itens que melhoraram [23]; fundamenta a intervenção em TO perante outros profissionais de saúde [10]. Contrariamente, como desvantagens, mencionam ser um método de avaliação subjetivo porque cada terapeuta tem a sua interpretação dos critérios de classificação, podendo quantificar de maneira diferente; dificuldade em classificar determinados itens, optando por cotar com a classificação inferior à semelhança do que é referido no manual do MOHOST [25]. Referem ainda que não permite obter um score final relativamente à evolução do cliente.

5. Conclusões

De acordo com os resultados conclui-se que a utilização do MOHOST em TO, na área de Psiquiatria e Saúde Mental, permite traçar um perfil detalhado das potencialidades e limitações do cliente.

A utilização de instrumentos de avaliação padronizados permite fundamentar o Processo da TO perante outros profissionais de saúde. Com o MOHOST os resultados obtidos na avaliação podem ser comparados com os da reavaliação, constatando os ganhos obtidos em saúde, nomeadamente na participação ocupacional dos clientes psiquiátricos.

O tratamento farmacológico e não farmacológico é imprescindível para um melhor desempenho ocupacional do cliente psiquiátrico no processo de reabilitação. É frequente a não adesão ou dificuldades de adaptação ao tratamento farmacológico, o que provoca consequências como o agravamento da sintomatologia, ineficiência das abordagens terapêuticas não farmacológicas e dificuldade na interação entre profissionais de saúde e clientes, como também prejudica a reinserção social [26].

Através deste estudo não é possível afirmar que as melhorias nos itens do MOHOST se devem à intervenção da TO ou outras abordagens não farmacológicas, tratamento farmacológico ou todos os fatores em simultâneo. O terapeuta ocupacional desempenha um papel fundamental em Psiquiatria e Saúde Mental, uma vez que a sua formação o habilita a intervir com clientes que apresentam alterações nos seus papéis, rotinas, relações pessoais, competências cognitivas e competências motoras, constituindo assim uma mais-valia para a reabilitação do cliente e a sua reinserção na sociedade. Posto isto, a TO contribui para a promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção ou recuperação das estruturas e funções corporais e competências de desempenho em déficit, que não dizem respeito somente à ausência de patologia [27, 28].

Após a elaboração deste artigo, sugere-se a realização de estudos futuros que permitam criar maior evidência científica sobre a utilização do MOHOST na população portuguesa na área de Psiquiatria e Saúde Mental. A amostra relacionada com as terapeutas ocupacionais foi reduzida o que condiciona as conclusões. Considera-se pertinente replicar este estudo para os utentes que frequentam o Internamento do DPSM-CHBV e ainda perceber se o perfil do utente psiquiátrico do HD do DPSM-CHBV é transversal a outras unidades de Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal.

Agradecimentos: Os/as autore(a)s estão gratos à disponibilidade das Terapeutas Ocupacionais do Hospital Infante D. Pedro.

6. Referências

1. Rouleau S, Dion K, Korner–Bitensky N. Assessment practices of Canadian occupational therapists working with adults with mental disorders. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2015;82(3):181–93.
2. Peuker AC, Habigzang LF, Koller SH, Araujo LB. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*. 2009;14(3):439–45.
3. Lee SW, Taylor R, Kielhofner G, Fisher G. Theory Use in Practice: A National Survey of Therapists Who Use the Model of Human Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*. 2008;62(1):106–17.
4. Kielhofner G. *Model of Human Occupation: Theory and Application*. 4.ª ed. Estados Unidos da América: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
5. Cezar da Cruz DM, Parkinson S, da Silva Rodrigues D, Couto de Melo Carrijo D, Costa JD, Fachin–Martins E, et al. Cross-cultural adaptation, face validity and reliability of the Model of Human Occupation Screening Tool to Brazilian Portuguese/Adaptação transcultural, validade de face e confiabilidade do Instrumento de Identificação da Participação Ocupacional do Modelo de Ocupação Humana para o português do Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019;27(4):691–702.
6. Wook Lee S, Taylor R, Kielhofner G, Fisher G. Nonetheless, practice has yet to fully embrace occupation-focused practice (Christiansen. 2008).
7. Gravato J, Gonçalves S. Instrumento de Rastreamento do Modelo de Ocupação Humana (MOHOST). 2005:77–.
8. Kielhofner G, Fan CW, Morley M, Garnham M, Heasman D, Forsyth K, et al. A psychometric study of the model of human occupation screening tool (MOHOST). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 2010;20(2):63–70.
9. Pan AW, Fan CW, Chung L, Chen TJ, Kielhofner G, Wu MY, et al. Examining the validity of the model of human occupation screening tool: Using classical test theory and item response theory. *British Journal of Occupational Therapy*. 2011;74(1):34–40.
10. Parkinson S, Chester A, Cratchley S, Rowbottom J. Application of the model of human occupation screening tool (MOHOST assessment) in an acute psychiatric setting. *Occupational Therapy in Health Care*. 2008;22(2–3):63–75.
11. Maciver D, Morley M, Forsyth K, Bertram N, Edwards T, Heasman D, et al. Innovating With the Model of Human Occupation in Mental Health. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2015;31(2):144–54.
12. Fuller K. The effectiveness of occupational performance outcome measures within mental health practice. *British Journal of Occupational Therapy*. 2011;74(8):399–405.
13. Ribeiro JM, Brandão C, Costa AP. Metodologia de Estudo de Caso em Saúde: Contributos para a sua Qualidade. In: Oliveira E, Barros N, Silva R, editors. *Investigação qualitativa em saúde: conhecimento e aplicabilidade*. Oliveira de Azeméis: Ludomedia; 2016. p. 143–60.
14. Ribeiro JM, Oliveira ESFd, Gonçalves RFL. Contextos da investigação qualitativa em saúde. *SciELO Brasil*; 2021.
15. Roldão E, Simões A, Pereira B, Filipe C, Fabião J, Valente P, et al., editors. *O MOHOST na caracterização do cliente de Terapia Ocupacional em Saúde Mental no Centro Hospitalar do Baixo Vouga–Portugal*. Livro de Atas da 1ª Conferência Lusófona de Terapia Ocupacional; 2021: Rede Académica de Ciências da Saúde da Lusofonia (RACS).
16. Costa AP, Amado J. *Análise de conteúdo suportada por software*. Aveiro: Ludomedia. 2018.
17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2020.
18. Green T, Flash S, Reiss AL. Sex differences in psychiatric disorders: what we can learn from sex chromosome aneuploidies. *Neuropsychopharmacology*. 2019;44(1):9–21.
19. Kruckow L, Linnert K, Banner J. Psychiatric disorders are overlooked in patients with drug abuse. *Danish Medical Journal*. 2016;63(3).
20. Ribeiro J, Mira E, Lourenço I, Santos M, Braúna M. Intervenção da Terapia Ocupacional na toxicodependência: estudo de caso na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro–Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24:1585–96.
21. Smith J, Mairs HJ. Use and Results of MOHO Global Assessments in Community Mental Health: A Practice Analysis. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2014;30(4):381–9.
22. Kielhofner G, Fogg L, Braveman B, Forsyth K, Kramer J, Duncan E. A factor analytic study of the model of human occupation screening tool of hypothesized variables. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2009;25(2):127–37.
23. Hawes D, Houlder D. Reflections on using the Model of Human Occupation Screening Tool in a joint learning disability team. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010;73(11):564–7.
24. Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G. *A User's Manual for the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)*, (Version 2.0): Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy ...; 2006.
25. Kramer J, Kielhofner G, Lee SW, Ashpole E, Castle L. Utility of the model of human occupation screening tool for detecting client change. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2009;25(2):181–91.
26. Cardoso L, Galera SAF. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006;19(3):343–8.
27. Lima EMFA. A Saúde Mental nos caminhos da Terapia Ocupacional. *O mundo da saúde*. 2006;30(1):117–22.
28. Ribeiro MC, Machado AL. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2008;19(2):72–5.