

ADRIANA SPARENBERG OLIVEIRA

**ADEQUAÇÃO E ESTUDO DE VALIDADE E
FIDEDIGNIDADE DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO
INTERATIVA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
INTERNADOS APLICADA ÀS SITUAÇÕES DE
TERAPIA OCUPACIONAL**

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do grau de Mestre
em Saúde Mental**

**Ribeirão Preto
1995**

ADRIANA SPARENBERG OLIVEIRA

**ADEQUAÇÃO E ESTUDO DE VALIDADE E
FIDEDIGNIDADE DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO
INTERATIVA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
INTERNADOS APLICADA ÀS SITUAÇÕES DE
TERAPIA OCUPACIONAL**

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do grau de Mestre
em Saúde Mental**

**Orientador: Prof. Dr. José Onildo B.
Contel**

**Ribeirão Preto
1995**

REDESCOBRIR

LUIZ GONZAGA JR.

Como se fora brincadeira de roda

Memória

Jogo do trabalho na dança das mãos

Macias

O suor dos corpos na canção da vida

História

O suor da vida no calor de irmãos

Magia

Como um animal que sabe da floresta

Memória

Re-descobrir o sal que está na própria pele

Macia

Re-descobrir o doce no lambar das línguas

Macias

Re-descobrir o gosto e o sabor da festa

Magia

Vai o bicho homem fruto da semente

Memória

Renascer da própria força a própria luz e fé

Memória

Entender que tudo é nosso, sempre esteve em nós

História

Somos a semente, ato, mente e voz

Magia

Não tenha medo meu menino povo

Memória

Tudo principia na própria pessoa

Beleza

Vai como a criança que não tem o tempo

Mistério

Amor se fazer é tão prazer que é como fosse dor - MAGIA

À meus pais: WALDY e ENY,
com grande carinho, gratidão e respeito,
que com seu testemunho me ensinaram
que a perseverança, a luta e o acreditar
são os caminhos que levam a realização.

Aos Terapeutas Ocupacionais
da Área de Saúde Mental, em especial
aqueles que exercem papel profissional
em macro hospitais psiquiátricos.

AGRADECIMENTOS

No processo para realização deste projeto, procuramos sempre seguir da melhor forma possível, o rigor científico e as formalidades da pesquisa e da ciência, porém, neste momento pedimos licença para deixar-la de lado, para que possamos soltar o coração e expressar nossa gratidão àqueles que tanto colaboraram com sua preciosa presença.

Ao Prof. Dr. José Onildo B. Contel, que em tempos difíceis aceitou o desafio de assinar este projeto e seguiu conosco este caminho, pelas orientações que viabilizaram esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Antonio W. Zuardi, pela disponibilidade constante, pela segurança que nos transmitiu, pelas valiosas sugestões e ensinamentos determinantes para definir os caminhos e realização desta pesquisa.

À Profa. Dra. Sonia Loureiro, pelas valiosas sugestões, pelo apoio e incentivo.

Ao Prof. Dr. Claudio R. C. Rodrigues, (in memoriam), pelo grande carinho, apoio, compreensão, e incentivos no início desta pesquisa, quando ainda nos encontrávamos sem saber que caminhos seguir.

Aos pacientes, sujeitos deste estudo, que sempre foram acessíveis e nos permitiram aprender muito com suas experiências, tanto para nossa vida, como para abrir novos caminhos na prática da terapia ocupacional.

À terapeuta ocupacional Lucia Ap. Bressam, pela sua valiosa acessibilidade, disponibilidade, cooperação, amizade e em especial pelo companheirismo com que colaborou na aplicação da escala, sem a qual não teria se desenvolvido esta pesquisa.

Aos funcionários da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que sempre nos permitiram realizar nossa coleta de dados em seu local de trabalho, com acessibilidade e colaboração constante, acolhendo nos de forma muito amistosa.

Aos amigos, equipe e pacientes do Hospital Dia, que abriram as possibilidades para nossa realização profissional, tanto nos dando a oportunidade de experimentarmos a terapia ocupacional que acreditávamos, como nos caminhos iniciais para realizar este projeto, e especialmente pela aprendizagem de vida.

A Sonia, secretária da Pós Graduação, pela disponibilidade, pelo carinho com que sempre nos atendeu.

A Vera, pelo trabalhos de digitação e revisão das referências bibliográficas.

A Lea, que sempre de maneira muito disponível, em qualquer hora ou dia, nos "salvou" e ajudou muito com seus conhecimentos de informática.

Ao Laboratório de Estatística Aplicada da UFSCar, na pessoa do Prof. Pedro, pela valiosa colaboração nos procedimentos estatísticos e metodológicos nos quais deu assessoria, mas acima de tudo pelo seu carinho, amizade e disponibilidade que foram de grande valia e tornaram possível a realização desta pesquisa.

Aos amigos professores e funcionários do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar, que muito colaboraram nesta pesquisa, trocando idéias, sugerindo, ouvindo nossos desabafos, nos apoiando, incentivando, nos acalmado, nos substituindo, com sua especial amizade. Em especial, por ordem alfabetica: Bia, Claudia, Cris Toyoda, Gloria, Jussara, Lucy, Marcia, Malú, Michelle, Ró, Umaia.

Aos alunos do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar, em especial da disciplina Adulto e Velhice I e II, aqui representados pela Vanessinha, e as estagiárias Claudia, Luciana e Ciça da Hemodiálise, pela compreensão, carinho, apoio, torcida e acima de tudo pela paciência para conviver com um tempo dividido.

A ADUFSCar, representada aqui pelas diretoria Andes de Antes e Momentos, que com presteza, colaboração e compreensão, cederam equipamentos, acolhendo-nos em sua sede, onde fizemos longos retiros para os trabalhos de digitação desta pesquisa.

A Sandrinha, da ADUFSCar, pelo carinho e disponibilidade com que nos ajudou nas digitações, e por nos ouvir e acolher.

Aos amigos, Chiquinho, Carlão e Telma, Avani e Marcão, Valter, Géria, Barba, Estelinha do Pedro, Zé Francisco e Vania, que com sua presença constante, apoio, carinho e colaboração possibilitaram a coragem de enfrentar esse desafio e concretizar esta pesquisa.

Ao Tatá, Camila e Lucas pela força, compreensão e acolhimento carinhoso, dividindo conosco o seu lar, nos fazendo participante dele em tempos difíceis desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Chico, meu irmão, pelas preciosas orientações não formais, em especial pela disponibilidade, alegria, segurança, estímulos e apoio em me fazer acreditar nessa pesquisa, e pelo tempo de descanso e lazer que dedicou a me ajudar, dando grande exemplo de altruísmo.

A Thelma Matsukura, minha companheira, amiga, irmã, "mãe", "orientadora", conselheira, algumas vezes "ansiolítico", pela valiosa amizade e pelo carinho afetuoso nas grandes viagens concretas e abstratas, durante o processo desta pesquisa.

A minha família, meus pais, Pidão, Ana, Dy, Leda, Mô e Felipe, pelos aconchegos, apoios, estímulos, compreensão, em especial Zezé, Fabi, Tati e Mau, que dividiram comigo o Chico, nos fins de semana e feriados de forma tão carinhosa.

A Renata, minha irmã gêmea, pelo grande exemplo de mulher, pela Naty e Caio, tão carinhosos, pela vivências realmente divididas nestes tempos, carregadas de amor, carinho, aconchego, estímulos e incentivos. É difícil definir nossa especial convivência tão confortadora, portanto impossível, definir minha gratidão por tantas coisas maravilhosas experimentadas como só nós sabemos fazer.

A Auxiliadora pelo privilégio que me concedeu de conviver com alguém que honra o nome que a define tão bem, pelo auxílio, carinho, apoio, estímulo para realização, o estar junto na luta e perseverança, e em especial pela crença na alegria e na vida divididas comigo na vivência carinhosa e acolhedora de sua família, de forma muito singular durante os últimos tempos desta pesquisa.

A Nilsonia, anjo que com certeza, encontrei no meu caminho para experimentar o lado bom da vida, pela disponibilidade, lealdade, carinho, bondade, apoio, estímulos, e por todas as qualidades de uma grande pessoa, que me fez experimentar na convivência durante o processo de realização desta pesquisa.

A Pilar, por tudo que vivenciamos neste período, durante o processo de pesquisa concreta e interna, por sempre ter sido o "pilar" que sustentou, apoiou, aliviou o impacto, alicerçou a busca, escorou no desamparo e aflição, e em especial pela presença carinhosa e afetiva mostrando possibilidades e caminhos na busca de uma vida mais sadia. Mesmo que procuremos muito nada expressa com precisão nossa gratidão.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo: realizar a adequação e avaliar a validade, fidedignidade e análise fatorial da "Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados" (EOIPPI), para as situações de terapia ocupacional em saúde mental.

Foram utilizados para tanto um total de 120 observações de 15 pacientes adultos, submetidos a quatro avaliações, durante os primeiros 15 dias de internação. Os pacientes foram observados por dois terapeutas ocupacionais simultaneamente.

A análise fatorial revelou quatro dimensões globais, representadas por: Execução da Atividade, Psicoticismo, Cuidado Pessoal e Interação Social.

A escala adaptada as situações de terapia ocupacional satisfaz os requisitos de fidedignidade e validade exigidos de uma escala de avaliação.

O instrumento apresentou-se adequado às situações de terapia ocupacional para situações de saúde mental e poderá favorecer: a sistematização das observações, o registro quantitativo das manifestações psicopatológicas de forma concisa, contribuindo para uma comunicação mais fácil e precisa entre profissionais.

UNITERMOS: Escala de Terapia Ocupacional

 Escala de Observação Interativa

 Escala de Pacientes Psiquiátricos

 Avaliação em Terapia Ocupacional

SUMMARY

The aim of this paper is to describe the reliability, validity and factorial dimensions of a interactive observation scale for psychiatry in-patient and its adequacy for occupational therapy, in the environment of a psychiatric ward of a university general hospital.

A number of 15 adult in-patients were observed for four times during 15 first days of the treatment, and 120 observations were gathered. At the same time those observations were made by two different trained occupational therapists, on each one of the 15 in-patients.

The factorial analysis showed four general dimensions related : practice of activities, psychotic behavior, personal care and social interaction.

The scale met the reliability and validity required for observational instrument.

The instrument has proved to be adequate for occupational therapy situations in mental health, helping the systematization of the observations and an the quantitative register of the psychopathological behaviours in a concise way, contributing to a better and easier communication among professionals.

UNITERMS: Occupational Therapy Scale

Observational Interactive Scale

Inpatient Psychiatric Scale

Occupational Therapy Evaluation

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
1.1 A Terapia Ocupacional aplicada ao contexto clínico -----	01
1.2 Instrumentos de Mensuração em Terapia Ocupacional-----	07
1.3 A Terapia Ocupacional e os Instrumentos de Medida contexto de Saúde Mental-----	23
2. OBJETIVO -----	39
3. MÉTODO	
3.1 Caracterização da Unidade de Psiquiatria e sua rotina-----	41
3.2 Sujeitos-----	47
3.3 Procedimentos	
3.3.1 Seleção das Atividades-----	47
3.3.2 A Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados-----	52
3.3.3 As modificações na Escala-----	54
3.3.4 Avaliação de Juízes-----	59
3.3.5 Treinamento de Aplicadores -----	60
3.3.6 Teste da Escala-----	61
3.3.7 Tratamento dos Dados-----	63
4. RESULTADOS -----	66
5. DISCUSSÃO	
5.1 A EOIPPI/TO no contexto de uma Enfermaria de Psiquiatria-----	79
5.2 Proposição de uma Observação Sistemática em Terapia Ocupacional-----	86
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	90
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	93
8. ANEXOS -----	102

INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

1.1-A TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA AO CONTEXTO CLÍNICO

Um dos objetivos da terapia ocupacional é propiciar uma melhor readaptação social dos pacientes através de vários procedimentos como: estimular diferentes formas de comunicação verbal e não verbal, facilitar as relações do paciente com o mundo real; o envolvimento em atividades ocupacionais; incrementar o interesse, a iniciativa e a criatividade, entre outros.

De acordo com HOPKINS (1983), “Terapia Ocupacional é a arte e a ciência de dirigir a participação do homem em tarefas selecionadas para restaurar, reforçar e aumentar a performance, facilitar a aprendizagem daquelas habilidades e funções essenciais para adaptação e produtividade, diminuição ou correção da patologia e para promover e manter a saúde. Seu interesse fundamental é a capacidade, através da duração da vida, para executar com satisfação para si e para os outros aquelas tarefas e papéis essenciais para a vida produtiva e para o domínio de si e do meio”. (p.27)

A terapia ocupacional é uma especialidade profissional da saúde que atua em diferentes patologias e áreas. Encontramos terapeutas ocupacionais atuando nas áreas de neurologia, ortopedia, neonatologia, reumatologia, entre outras áreas clínicas, que para fins didáticos denominamos terapeutas ocupacionais da área física. Por outro lado, encontramos uma grande atuação clínica de terapeutas ocupacionais na área de psiquiatria, nos diferentes níveis de atenção à saúde mental, os quais denominamos terapeutas ocupacionais da área de saúde mental,

podemos ainda encontrar outros terapeutas ocupacionais atuando em outras áreas, como: social, educação, recursos humanos, etc.

Como podemos encontrar na “Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais, (SECRETARIA DE ESTADO - Arquivos da CSM Estado de São Paulo,1982); a definição de terapia ocupacional como sendo “...um método de tratamento que tem como instrumento fundamental de trabalho a atividade terapêutica com objetivos e orientações específicos. Através da dinâmica que se estabelece na relação da tríade terapeuta-paciente-atividade e da consequente compreensão da linguagem da ação, a terapia ocupacional previne e trata, integrando socialmente indivíduos com perturbações físicas, mentais e/ou sociais pela utilização das capacidades remanescentes. A proposta básica da terapia ocupacional é a melhoria da qualidade de vida. Através do uso terapêutico das relações interpessoais de trabalho e lazer...”. (p. 33)

Neste trabalho nos deteremos ao enfoque da prática clínica em terapia ocupacional na área de saúde mental..

A terapia ocupacional utiliza-se de atividades terapêuticas que facilitam a expressão de sentimentos e vivências de situações que possibilitam a percepção de comportamentos, experiências internas estabelecidas pelos pacientes nas relações pessoais e interpessoais nas situações do dia a dia, além de buscar a independência em atividades de vida diária e vida prática. Para isso utiliza-se de jogos psicodramáticos, atividades artesanais, expressivas, projetivas, entre outras.

Podemos encontrar nos trabalhos de NASSIF (1988) que o uso terapêutico de materiais, e a realização de atividades terapêuticas permitem a expressão de sentimentos e emoções, que nos fornecem dados

importantes acerca da história dos afetos do indivíduo, seus gostos, desgostos e conflitos, aquilo, enfim, que não consegue dizer. Podendo-se perceber, então, o resgate ou a recriação de uma identidade que se dá pela possibilidade de expressão e representação do “mundo da fantasia” no concreto, na matéria que é palpável e delimitável.

O uso de atividades sempre esteve relacionado com o tratamento da psicose, configurando-se esta utilização no objeto mais específico da terapia ocupacional em saúde mental (FERNANDES,1988).

CASTRO & SILVA em 1990, apresentam uma forma de entendimento da terapia ocupacional que supõe o uso da atividade a partir do processo criativo, buscando promover o contato entre os aspectos subjetivos e objetivos da realidade do indivíduo, abrindo-se, a partir daí, espaço para o aparecimento de formas de expressão mais integradoras de sua personalidade.

Esses autores discutem também o papel da atividade e explicitam que a atividade deve ser entendida como toda tentativa de concretização de um impulso, de uma necessidade ou um desejo, cuja solicitação pode ser interna ou externa. Através da atividade o indivíduo cria e recria sua identidade, define posturas, caminhos e espaços. Usando-a como uma forma de autoconhecimento e expressão”. (CASTRO & SILVA,1990)

O enfoque principal é na relação de ajuda no sentido de contribuir para que o paciente possa lidar com a realidade. E instrumentaliza-lo para manejar adequadamente suas potencialidades e conseqüentemente suas limitações.

Considerando-se que cada um de nós tem suas próprias formas individualizadas de relações com situações e com objetos e

atividades, que são comunicadas através de pensamentos e expressões emocionais de forma única, observa-se o princípio de que cada atividade é dinâmica onde é possível interferir no momento do paciente e com sua ajuda, modificar esse momento provocando mudanças físicas e psicológicas, aflorar sentimentos, lembranças, identificações, no sentido de engaja-lo no meio social mais adaptado, colocando-se como ser participante da comunidade e com uma qualidade de vida melhor.

A manipulação de materiais e a vivência concreta, a partir das atividades realizadas na terapia ocupacional faz com que o paciente tenha ação para expressar sentimentos e necessidades, pois nesta situação pode “fazer e desfazer” coisas, transformando e criando, algumas vezes até a partir da destruição. Isto faz com que o paciente possa tomar contato então, com seu comportamento, entenda seu pensamento, o que o leva a abstração, caminhando no sentido de facilitar seu processo terapêutico. Além de adquirir abertura na compreensão de outros comportamentos, de suas relações e experiências no dia a dia grupal e individual.

Com a dinâmica proporcionada pelas intervenções de terapia ocupacional através do uso de atividades, os pacientes podem examinar suas dificuldades e são ajudados no sentido de respeitar seus limites internos e externos e suas capacidades remanescentes, explorando seu poder criativo, contribuindo para sua adaptação e fortalecimento necessários para o convívio social.

Uma prática rotineira para a terapia ocupacional em qualquer área de atuação é a avaliação de pacientes em atividades de vida diária (AVD). Vale ressaltar, que essa é uma atividade importante da área e é abordada de uma forma universal pelos terapeutas ocupacionais em

sua rotina (DEPARTMENT of NATIONAL HEALTH and WELFARE, 1983; TROMBLY & SCOTT, 1983).

A atividade de vida diária é definida pela terapia ocupacional por atividades que vão desde cuidados básicos pessoais e com higiene, como: vestir-se, alimentar-se, tratar-se, mobilidade funcional entre outros, até o manejo de instrumental mais complexo, como utensílios domésticos, e questões de vida comunitária, como: manutenção doméstica, compras, uso de transportes comunitários, etc..

A experiência clínica, da terapia ocupacional na área de psiquiatria, mostra com frequência mudanças tanto nas vivências sociais e individuais, como na evolução clínica de pacientes psicóticos que se submetem aos processos terapêuticos ocupacionais. Estudos realizados na área mostram as transformações ocorridas durante ou após o tratamento de pacientes em terapia ocupacional. (GRECCO,1985; BENETTON,1990; FERRARI & AGUIRRE,1989/90; MAXIMINO,1991).

Na área de saúde mental em terapia ocupacional no Brasil chama a atenção a existência por um lado de uma rotina visando a avaliação do instrumento de trabalho através da análise de atividade, como considera FRANCISCO (1988), enquanto, por outro lado nota-se uma ausência de um instrumento científico específico para mensuração de mudanças terapêuticas em pacientes submetidos a essas atividades.

Contudo, é importante ressaltar, que a preocupação com avaliação de pacientes psiquiátricos internados no Brasil, já data de vários anos, em outras especialidades. CONTEL em 1974 desenvolveu um trabalho objetivando avaliar a probabilidade de alta entre pacientes

psiquiátricos cronicamente hospitalizados, onde apresenta nove categorias como indicativas da viabilização de altas.

As categorias definidas neste estudo: persistência de sintomas, problemas sociais, autonomia, atividade, agressividade, dependência, remissão de sintomas, inatividade, problemas orgânicos, foram depois utilizados em outro trabalho de CONTEL (1981) visando avaliar a possibilidade de encaminhamento para pensão protegida, de pacientes psiquiátricos cronicamente hospitalizados, como uma alternativa comunitária para saída dos mesmos de regimes asilares.

Torna-se importante ressaltar dois pontos com relação a esses trabalhos; em primeiro lugar, que essas categorias sugerem dados que poderiam ser aproveitados em uma escala de terapia ocupacional, pois apresentam dados relacionados a aspectos de vida diária, e outros aspectos observados na prática da terapia ocupacional. Em segundo lugar, vale destacar que a terapia ocupacional na época destes trabalhos começava a ser implantada com maior importância nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Uma substancial porção da rotina do terapeuta ocupacional é inevitavelmente gasta avaliando comportamentos de pacientes. Que podem incluir comportamento motor, sensório integrativo, psicológico, ou combinações e variações entre eles, como as avaliações de habilidades para a vida diária.

Menor atenção, talvez, tem sido dada a outras formas de mensuração, tais como, avaliações do sucesso ou fracasso do programa de tratamento.

O papel da mensuração no processo clínico terapêutico é extremamente importante. O terapeuta ocupacional usa mensuração para

descrever o problema do cliente, para formular um prognóstico e para avaliar o efeito da intervenção da terapia , como ressalta LAW, (1987).

1.2- INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

A terapia ocupacional, nos países europeus, nos Estados Unidos, e no Canadá, nas últimas décadas têm reconhecido a importância do uso de instrumentos de mensuração padronizados na prática clínica como observado por BRONKER (1983). Correntemente, vários instrumentos de mensuração tem sido desenvolvidos para descrever as necessidades do paciente, predizer seu potencial para recuperação, o efeito e a evolução no tratamento (EARTHARDT,1982; HARLOWE & VAN DUESEN,1984; HEMPHILL, 1982, KLEIN & BELL,1982; WILSON et al.,1982).

Uma prática rotineira para a terapia ocupacional é a avaliação do desempenho do paciente em atividades de vida diária (AVD). Embora na literatura encontramos várias escalas de atividade de vida diária, poucas fontes sumarizam e revêem as propriedades de mensuração de cada escala. A maior parte não apresenta propriedades de mensuração adequadas.

Uma revisão crítica das escalas de atividade de vida diária foi realizada por LAW & LETTS (1989). A conclusão desse estudo mostra um elevado número de escalas dessa natureza descritos na literatura, com inadequações em suas propriedades de mensuração e sem validade comprovada. Portanto, antes de se criar novos instrumentos com essa finalidade é essencial que terapeutas ocupacionais pesquisadores

tenham como objetivo validar as escalas existentes, além de adequá-las para a realidade clínica.

Recomendações são feitas no sentido de orientar o uso de escalas que já têm estudos comprovados de validade de suas propriedades de mensuração. Dentre as sugestões para mensuração diagnóstica e descritiva destacam-se as escalas "Index of ADL" (KATZ & AKPOM, 1976), "Barthel Index" (MAHONEY & BARTHEL, 1965), "LORS-II" (CAREY & POVASAC, 1982), e a "Physical Self-maintenance Scale" (LAWTON & BRODY, 1969), que além de oferecerem a melhor evidência de fidedignidade e validade, são breves, e parecem discriminar melhor entre os graus de função em atividades de vida diária.

As escalas mais desenvolvidas, utilizadas e com propriedades de mensuração mais estudadas e revistas na literatura em Terapia Ocupacional tem sido as escalas de Atividade de Vida Diária, levando-se em consideração que, como já abordamos anteriormente, essa é uma atividade específica importante da área e abordada de uma forma universal pelos Terapeutas Ocupacionais em sua rotina (DEPARTMENT of NATIONAL HEALTH and WELFARE, 1983; TROMBLY & SCOTT, 1983).

Nos últimos 40 anos muitas escalas tem sido desenvolvidas para mensurar funções de Atividades de Vida Diária, há de fato uma abundância desses instrumentos na literatura (FEINSTEIN, JOSEPHY, & WELLS, 1986; MACDOWELL & NEWELL, 1987). O problema com algumas mensurações contudo é que as mesmas não apresentam propriedades psicométricas adequadas. Poucos autores tem

uma base teórica para desenvolver uma mensuração adequada (MACDOWELL & NEWELL, 1987).

A mensuração de habilidades funcionais de AVD coloca-se como um problema particular, muitos terapeutas avaliam e tratam as habilidades em AVD, mas tem dificuldades para decidir qual instrumento utilizar e qual melhor se adequa a sua realidade clínica.

Com o propósito de auxiliar os terapeutas a selecionar um instrumento de mensuração de AVD com propriedades de mensuração adequadas LAW e LETTS em 1989 realizaram um estudo onde cada escala de AVD é criticamente avaliada, considerando-se objetivo, utilidade clínica, construção, além de padronização, fidedignidade e validade.

Com relação ao objetivo podemos encontrar por exemplo, o "Index of ADL" (KATZ & AKPOM, 1976; KATZ, DOWNS, CASH, & GROZ, 1970; KATZ, FORD, MOSKOWITZ, JACKSON, & JAFFE, 1963), o "PULSE Profile" (GRANGER, ALBRECHT, & HAMILTON, 1979) e o "Barthel Index" (MAHONEY & BARTHEL, 1965) que discriminam entre pessoas com ou sem deficiências e pode avaliar o grau da severidade da deficiência.

Como um instrumento de mensuração preditivo, o "Klein-Bell ADL Scale" (KLEIN & BELL, 1982) pode nos dar dados precisos de quais pacientes poderão desenvolver habilidades para uma vida na comunidade versus aqueles que precisam de adaptações e extensão de seus cuidados a serem facilitados.

A "Klein-Bell Scale" contudo mostra um potencial alto para a eficácia de um instrumento de evolução, por causa da graduação de seus itens. O "Index of ADL", o "Barthel Index", o "Donaldson ADL

Evaluation Form" (DONALDSON, WAGNER, & GRESHMAN 1973), o "Kenny Self-Care Evaluation" (SHOENINGH et al., 1965), e o "Level of Rehabilitation Scale" (LORS II) (CAREY & POSAVAC, 1982) apresentam também grande potencial como mensurações evolutivas.

Muitas das escalas de AVD revisadas por LAW & LETTS (1989) são fáceis para manejar e requerem poucas horas para sua aplicação.

A escalas de AVD variam em seu formato, pois apresentam-se tanto na forma de entrevista aplicadas por especialistas como entrevistas auto administradas pelo paciente, e avaliam performance e desempenho.

Exemplo de adequação na seleção de itens com base na avaliação de especialistas são o "Donaldson ADL Evaluation Form", o "Kenny Self-Care Evaluation", o "Barthel Index", a "Klein-Bell ADL Scale", e o "LORS II".

Muitas das escalas utilizam uma graduação nominal, tais como a "Kenny Self-Care Evaluation", que avalia de Dependente (0) para independente (4)

Os itens na "Klein-Bell ADL Scale" e o "Barthel Index" são pesados com base no julgamento clínico.

A maioria das escalas não apresenta manual de aplicação e nem normas para tal, contudo somente o "Klein-Bell ADL Scale", o "Donaldson ADL Evaluation Form", o "Lawton ADL Test" (LAWTON & BROODY, 1969), e o "LORS II", tem manuais publicados.

As mensurações que demonstram adequação na fidedignidade inter-observador e teste-reteste são o "Barthel Index"

(GRANGER et al.,1979), a "Klein-Bell ADL Scale" (LAW & USHER, 1988), e "PULSE Profile" (GRANGER et al.,1985).

JEFFREY (1993) desenvolveu um estudo sobre os aspectos para seleção de mensurações de resultados, para demonstrar a eficácia destes instrumentos na reabilitação global.

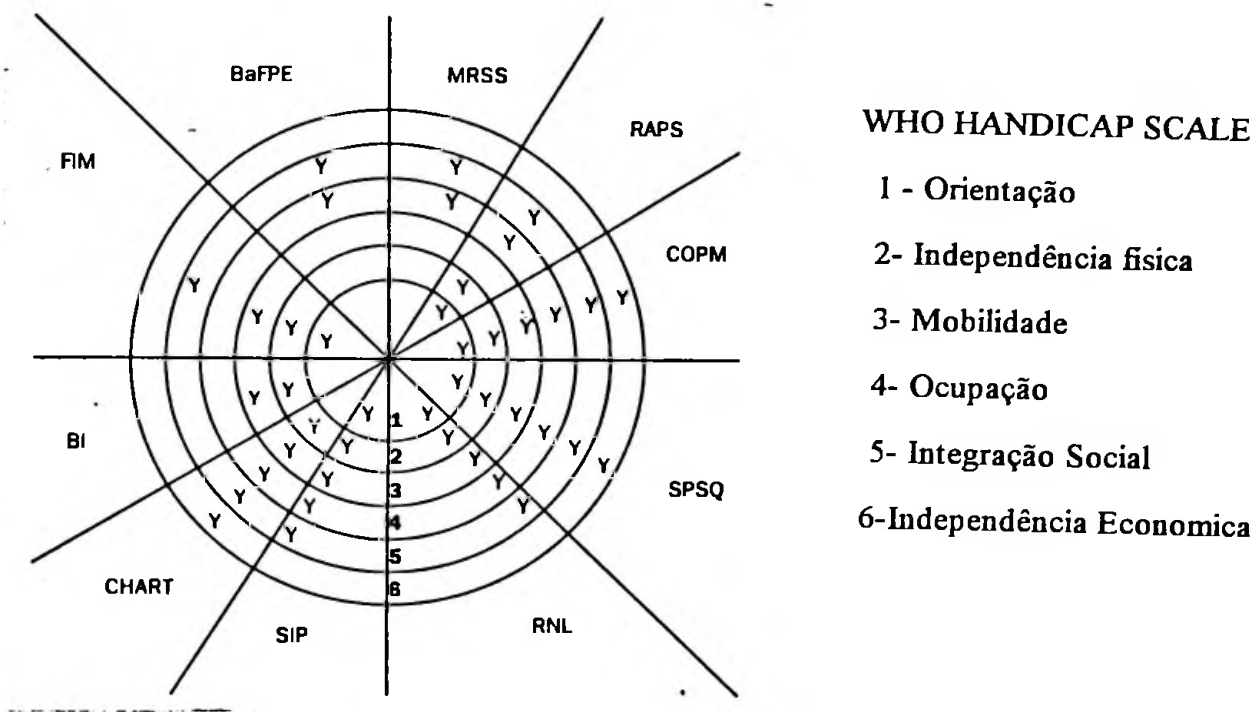
Neste artigo, JEFFREY (1993) concentra alguns critérios essenciais para seleção destes instrumentos, e examina vários instrumentos de avaliação de resultados de tratamentos de algumas áreas consideradas como: cuidado pessoal, mobilidade, intervenções em saúde mental e orientação de reabilitação global à luz desses critérios. As mensurações consideradas avaliam o funcionamento físico, psicológico e social do paciente, além dos resultados das tarefas realizadas pelos terapeutas no tratamento dos mesmos.

Para esse trabalho então, foram considerados quatro fatores que orientam a seleção de mensurações globais de resultado: objetivo do instrumento, seu conteúdo, suas propriedades psicométricas e os aspectos administrativo dos mesmos.

JEFFREY (1993) levanta a necessidade do conhecimento das necessidades da clínica e de que forma as mensurações serão usadas para predizer as necessidades do serviço e relatar a eficácia das intervenções, sugerindo para isso, que é necessário considerar uma lista de perfis que demonstra tal eficiência.

Quanto ao conteúdo, JEFFREY (1993) sugere um método para selecionar as mensurações de resultados, que ilustra a reabilitação global, além de sugerir a adoção do "World Organisation's International Classification of Impairment Disabilities and Handicap" - (ICIDH), (WHO,1980) como uma base objetiva para medir o conteúdo de tais mensurações. A FIGURA I apresenta este método.

FIGURA I - O conteúdo de mensurações de resultados, baseado na Escala de impedimentos do “WHO's International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap” (ICIDH)



BI Barthel Activities of Daily Living Index

FIM Functional Independence Measure

BaFPE Bay Area Functional Performance Evaluation

MRSS Morningside Rehabilitation Status Scale

RAPS Role Activity Performance Scale

COPM Canadian Occupational Performance Measure

SPSQ Satisfaction with Performance Scaled Questionnaire

RNL Reintegration to Normal Living Index

SIP Sickness Impact Profile

CHART Craig Handicap Assessment and Reporting Technique

As classificações apresentadas na ICIDH são as seguintes: 1- *prejuízos* - alguma perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica, ou anatomica. 2- *incapacidades* - alguma restrição ou falta de habilidade para a prática ou performance de atividades dentro de um padrão normal para humanos. 3- *impedimentos* - Uma desvantagem para conseguir resultados individuais advindas das incapacidades ou dos prejuízos que limitem ou impeçam o cumprimento do papel que é normal, (dependendo do sexo, idade, fatores culturais ou sociais).

O objetivo da reabilitação global é restaurar ou normalizar o prejuízo, resgatar a função ou compensar a perda, e minimizar os impedimentos do ponto de vista holístico.

Muitas mensurações de resultados avaliam prejuízo. Outras concentram-se em incapacidades. Contudo, é a área de impedimentos que a reabilitação global precisa focar porque esta área esboçará os efeitos sociais do prejuízo e da incapacidade na qualidade de vida do paciente.

O ICIDH descreve as desvantagens sociais que ocorrem quando o indivíduo é impedido e é inábil para atender a competência necessária nos seis seguintes papéis de vida: orientação, independência física, mobilidade, ocupação integração social e auto-suficiência econômica.

Para esse estudo, JEFFREY (1993) preferiu mensurações para avaliar a reabilitação global que representassem o conteúdo das mensurações de resultados. E os instrumentos revisados são considerados em relação a esses critérios.(FIG 1).

O "The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique" (CHART) (WHITENECK et al., 1989) é um instrumento de mensuração de resultado de reabilitação que usa a definição ICIDH de impedimento e cinco dos seis papéis de vida para avaliar o grau de desvantagem social experimentado por indivíduos vivendo na comunidade. Omite o papel de vida, representado pela orientação, mas usa as outras cinco áreas para avaliar toda a extensão do paciente. O trabalho original é aplicado a pacientes com deficiência e lesões na coluna e foi realizado nos Estados Unidos.

O instrumento é padronizado e apresenta normas para o escore para a população geral já concluídas. O escore sistema e as notas a serem atribuídas são simples, e com tempo para avaliar definidos. O trabalho de avaliação das propriedades psicométricas mostra índices satisfatórios de validade e fidedignidade.

Nos aspectos tocantes as propriedades psicométricas dos instrumentos de mensuração de resultados, JEFFREY (1993) insiste como em vários outros trabalhos que maiores revisões de mensurações em terapia ocupacional e revisões de resultados funcionais mostram que é preciso trabalhar melhor nas propriedades psicométricas das mensurações de resultado. Revisões mais completas tem mostrado inadequações de alguns instrumentos em uso.

Para seu estudo JEFFREY em 1993 selecionou da literatura mensurações que foram divididas em três categorias:

- 1- Mensurações funcionais com enfoque no cuidado pessoal e mobilidade.

2- Instrumentos que concentrem-se na tarefa orientada e interação social, reabilitação e o papel funcional para com pacientes com problemas de saúde mental.

3- Mensurações de Reabilitação Global que avaliem a partir da orientação holística o cuidado do paciente e reflitam a percepção do paciente de sua recuperação. Para tanto o artigo examina as seguintes mensurações em relação aos critérios escolhidos:

1- Cuidado Pessoal e Mobilidade

O conteúdo dos instrumentos dessa natureza existentes nessa área não apresentam resultados de reabilitação global, mas são instrumentos que avaliam a questão física do paciente e por isso foram incluídos neste estudo.

O "The Barthel ADL Index" (BI) (MAHONEY & BARTHEL, 1965), por exemplo, é um instrumento popular para o uso na área física. Tem sido proposto e pode ser adaptado como mensuração padronizada das deficiências físicas, várias pesquisas usam-na como comparação com outros instrumentos de mensuração de resultados (MATTISON et al.,1991; GRANGER et al.,1985).

No "West Lothian NHS Trust", Canadá , um estudo de comparação com o "Barthel ADL INDEX" e a mensuração da independência funcional é bem pesquisado.

O conteúdo da escala é composto somente de atividades de vida diária e mobilidade (FIG 1). Há relevâncias clínicas e é facilmente entendido. O escore sistema é simples e a mensuração é rapidamente administrada no curso do programa de tratamento normal.

Tem sido usado extensivamente por várias pesquisas ao longo dos últimos anos e membros de diferentes disciplinas são

familiarizados com este instrumento, pois, ele facilita muito a comunicação e entendimento entre os profissionais.

A "The Functional Independence Measure" (FIM) (KEITH et al., 1987), por outro lado, foi criada em 1984, na Universidade de New York. Este instrumento mensura aspectos da deficiência para todos os tipos de doença e trauma, incluindo habilidade no cuidado pessoal, mobilidade, além de acrescentar as questões relativas às habilidades cognitivas e comunicação em suas sub escalas. (FIG 1)

A "The Functional Independence Measure" é padronizada com manual, seu treinamento e avaliação são feitos através de vídeo tape para assegurar um escore apurado.

Apresenta estudo de validade e fidedignidade, e estudos mais aprofundados tem sido realizados, no sentido de examinar melhor suas propriedades psicométricas (HAMILTON et al., 1991; FRICKE et al., 1993).

A equipe multidisciplinar que trabalhou no estudo original desse instrumento identificou áreas onde outras disciplinas podem ser envolvidas no tratamento. Contudo o instrumento pode ser administrado por alguns outros profissionais.

O instrumento pode predizer a carga de cuidado necessário ao paciente, portanto dá subsídios para o encaminhamento do paciente a outros serviços e cuidados na alta.

É largamente usado em pesquisas (DAVODOFF et al., 1990; NISSEN,1989). Porém, estudos recentes mostram o limite do FIM em relação a medir impedimento de pacientes. Seus autores enfatizam a necessidade do uso concomitante de mensurações que assegurem o papel

de vida do ICIDH para complementar o FIM na mensuração de funções físicas e cognitivas (DOODS et al., 1993).

2- Mensurações de Saúde Mental

A mensurações escolhidas para esse estudo ilustram resultados para pacientes atendidos em serviços por um longo período de tempo.

O "The Bay Area Functional Performance Evaluation" (BaFPE) (HOUSTON et al., 1989) é instrumento que tem sido estudado nos últimos dezesseis anos. Foi revisado em 1989, (HOUSTON et al.). É acompanhado por um manual e formas de avaliação. Tem sido submetido à severa pesquisa sobre suas propriedades psicométricas. Tem uma orientação teórica baseada no modelo de ocupação humana, o qual considera funções na área de cuidados pessoais, trabalho e lazer.

O instrumento é baseado em duas áreas e tem os seguintes componentes: avaliação da tarefa orientada e a escala de interação social.

Na avaliação da tarefa orientada as funções avaliadas são: habilidades cognitivas, por exemplo memória; uso do tempo e memória remota; performance nas habilidades, eficiência, habilidades motoras, e perceptual; habilidades afetivas por exemplo motivação, frustração e tolerância. Nesta parte da avaliação pode-se detectar disfunções físicas.

Na escala de interação social as funções avaliadas são: comunicação verbal, independência/dependência, e habilidades para o trabalho com supervisão. (FIG. 1)

Esta é uma avaliação global mas ela requer um considerável período de tempo para ser administrada.

A "The Morningside Rehabilitation Status Scale" (MRSS) (AFFECK & MCGUIRE, 1984) tem uma mensuração que pode avaliar precisamente a performance do paciente no hospital e em adição avaliar sua habilidade para função competente na comunidade, deste modo cobrindo todas as áreas da reabilitação. Este instrumento consiste de quatro escalas separadas de evolução: 1-escala de dependência; 2-escala de inatividade (incluindo atividade, trabalho e tempo livre); 3-escala de social integração/isolamento; 4-escala de efeitos de sintomas correntes e desvio de comportamento (FIG 1).

Foi adaptada da escala de impedimentos do ICDH

A equipe clínica pode administrar este instrumento com facilidade, que é acompanhada por um manual de instrução. Trabalhos de validade, fidedignidade e sensibilidade desse instrumento estão sendo completados.

Pesquisadores tem estudado o uso do instrumento em comparação com outras escalas (MCCREADIE et al., 1987; AFFLECK et al. 1988).

Estudos também mostram que pode ser adaptado para o uso com idosos e com deficiência física (AFFLECK et al., 1988).

A "The Role Activity Performance Scale" (RAPS)(GOOD-ELLIS et al., 1987) procura avaliar que o maior impacto da doença mental é a inabilidade do indivíduo em cumprir papéis normais na vida, como por exemplo casar-se, relacionar-se, ter papel doméstico, e trabalho. Esta escala mede doze áreas de papel funcional : 1-trabalho/ trabalho equivalente; 2-educação; 3-administração doméstica; 4-relações na família de origem e nas relações com parentes; 5-relação com companheiro; 6-parentesco; 7-relação social; 8-atividades

de tempo livre e recreacionais; 9- administração de si próprio; 10- cuidados com saúde; 11-higiene e aparência; e 12-reabilitação no tratamento (FIG 1), (GOOD-ELLIS et al.,1987).

Cada sessão de funcionamento é avaliada por 8- 16 questões. Somente papéis relevantes no tempo de tratamento do paciente são avaliados. As escalas podem avaliar a história da performance do papel nos últimos 18 meses. Dados provenientes de várias fontes, são incluídos, tais como do paciente, dos terapeutas e da equipe de tratamento, isto é importante porque a percepção do paciente e de seu funcionamento não é muitas vezes precisa.

A entrevista e o escore sistema são complicados e demandam um tempo de avaliação do seguimento de 18 meses. É, portanto, muito lenta para oferecer dados importantes do escore total da performance.

O instrumento é padronizado com estudos de fidedignidade e validade. Extensivos trabalhos de comparação com outras mensurações tem sido completados.

3- Mensurações de Reabilitação Global

Estas mensurações foram desenvolvidas na América do Norte, e focalizam duas áreas. 1- O retorno da função em uma orientação holística para reabilitação, objetivando conseguir o máximo de qualidade de vida para o paciente. 2- O resultado da intervenção é baseado no contrato de programa de tratamento, que apresenta respostas mensurando o resultado do paciente e de seu terapeuta, objetivo do tratamento, satisfação do paciente, além de sua percepção dos resultados de tratamento.

O "The Sickness Impact Profile" (SIP) (BERGER et al.1981; POLARD et al. 1976) é um instrumento com 136 depoimentos em 12 categorias: 1-sono; 2- alimentação; 3- trabalho; 4- administração da casa; 5- recreação e passa tempo; 6- ambulacão; 7- mobilidade; 8- autonomia de movimentos na comunidade; 9- interação social; 10- comportamento alerta; 11- comportamento emocional; 12- comunicação. (FIG I)

Sua administração é realizada através de uma entrevista com o paciente de aproximadamente trinta minutos ou a escala pode ser auto administrada.

Trabalhos realizados sobre suas propriedades de mensuração tem sido desenvolvidos (DEYO et al.1983; DeWITTE et al. 1991).

O "The Reintegration to Normal Living Index" (RNL) (REINTEGRATION to NORMAL LIVING AS a PROXY to QUALITY of LIFE 1987; WOOD DAUPHINNE et al. 1988) é um instrumento que avalia a reorganização os aspectos físicos, psicológicos e integração social do funcionamento depois da doença ou trauma. Os autores desenvolveram este instrumento para avaliar a percepção do paciente de sua reintegração para vida normal.

Abrange as seguintes áreas: mobilidade, cuidado pessoal, trabalho, tarefas domésticas, recreação e atividades sociais, papéis familiares e relação inter pessoal, habilidades gerais, e apresentação de si.

O paciente completa uma escala análoga visual de onze depoimentos, sobre as áreas de funcionamento. Sua administração é simples e requer pouco tempo, porém, exige funcionamento cognitivo do paciente. O instrumento não pode ser aplicado a todas as deficiências. Foi

desenvolvido para pacientes com infarto do miocárdio, câncer ou algumas doenças crônicas.

Suas propriedades de mensuração necessitam segundo seus autores de estudos mais completos.

O "The Revised Satisfaction with Performance Scaled Questionnaire" (SPSQ) (YERXA et al., 1988) mensura o grau de satisfação das experiências individuais de performance para habilidades de vida independente e na comunidade. A ênfase da mensuração é para a prioridade do paciente em relação a sua qualidade de vida. Consiste de quarenta e seis itens, em duas categorias: 1- administração da casa, (24 itens); 2- solução de problemas sociais e na comunidade (22 itens). Seus autores indicam que trabalhos mais completos devem ser realizados para estabelecer a validade, porém, sua fidedignidade está estabelecida.

O "The Canadian Occupational Therapy Measure" (COPM)(LAW et al. 1990) pode ser usado com todos os tipos de deficiências, identificando três áreas de problemas: 1- cuidado pessoal; 2- produtividade; 3- divertimentos.

O conteúdo da mensuração abrange os seis papéis de vida pesquisados pelo ICDH. (FIG I). O instrumento é padronizado, sua administração e escore sistema são relativamente simples. Sua filosofia é centrada no paciente e é específica para mensurar a performance ocupacional de funcionamento humano, nas áreas de cuidado pessoal, trabalho ou equivalente e divertimento.

1.3- A TERAPIA OCUPACIONAL E OS INSTRUMENTOS DE MEDIDA NO CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL

Para a prática clínica de terapia ocupacional na área de saúde mental, também podemos encontrar na literatura vários instrumentos de mensuração específicos com objetivos preditivos, descritivos, e de avaliação. Entretanto a escolha de um destes instrumentos de mensuração e a utilização dos mesmos mostra-se complexa, considerando-se os muitos aspectos de funcionamento que precisam ser avaliados tais como: as habilidades interpessoais, o papel funcional, e a integração na comunidade entre outros.

HEMPHILL (1982) considera que avaliar pacientes na psiquiatria pode abranger uma grande esfera de funcionamentos, como os aspectos biológicos, comportamentais e também, os da aprendizagem. O grau de desenvolvimento funcional, social e a integração sensorial são também áreas que precisam ser avaliadas.

As escalas variam entre si em vários aspectos, como por exemplo: objetivos, origem dos dados necessários, integração subjetiva de observações (FIDLER & FIDLER, 1963), e observação direta COTE (BRYAMAN, 1976), CEBELS (CASANOVA, 1976), POTENT (SPERMON et al., 1991). Existem outras que obtém seus dados associando escala e entrevista. Podemos verificar também, que as escalas variam entre si no que diz respeito aos seus objetivos, além de variarem quanto ao conteúdo do que pretendem medir, como por exemplo: avaliar atividade de vida diária, diferentes faixas etárias de pacientes, inúmeras abordagens teóricas diferenciadas, papéis funcionais

e relacionamentos interpessoais sob a ótica dessas diferentes abordagens teóricas, etc.

A existência de várias escalas de terapia ocupacional não implica, necessariamente, que elas avaliem diferentes manifestações patológicas. Ao contrário, dimensões globais e itens específicos têm identificado alguns fatores que são semelhantes.(SPERMON et al.,1991).

Estudos realizados por SPERMON et al.1991 mostram que as dimensões globais das escalas de terapia ocupacional em psiquiatria apresentam em sua grande maioria fatores avaliadores da relação interpessoal e habilidades sociais, e que outro fator muito encontrado faz referência ao comportamento frente à tarefa/atividade com ênfase para a concentração e seguimento de instruções. Além dos fatores de atividade de vida diária, cuidado pessoal, trabalho, entre outros.

Os trabalhos de FIDLER & FIDLER(1963); AZIMA (1963) e GOODMAN (1963) foram trabalhos iniciais nesta área com fins de se criar instrumentos de mensurações. Estes trabalhos apresentam propostas para instrumentos de avaliação de pacientes psiquiátricos, porém, não apresentam guia de preenchimento, graduação definida, e nos parecem que seus itens são preenchidos à partir de um referencial psicanálitico. Apresentam-se como testes projetivos, exigindo um conhecimento adicional além da formação de terapeuta ocupacional.

Um certo destaque deve ser dado aos estudos de FIDLER & FIDLER (1963) que além do trabalho citado acima apresenta uma escala de trinta itens, com graduação de 0 à 3, com duas dimensões globais: Atitude com o Grupo e Equipe e Realização da Atividade. Além de apresentar as mesmas dificuldades já citadas acima, também não apresenta estudos de validade e fidedignidade .

Na década de 60 podemos encontrar também outros trabalhos com objetivo de criar instrumentos dessa natureza e que apresentam a mesma dificuldade já exposta acima, podemos citar então os trabalhos de WOLFF (1961); CLARK et al. (1965).

A "Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale" (COTE) apresenta-se também como uma escala para terapia ocupacional para pacientes psiquiátricos; seus autores, BRYAMAN et al. em estudos realizados em 1976, propõem seu uso com pacientes agudos e com tratamentos em curto espaço de tempo.

Caracteriza-se como uma escala de 25 itens, que são comportamentos que ocorrem com frequência nos tratamentos de terapia ocupacional e são particularmente relevantes para a mesma. É uma escala usada para avaliação inicial do paciente, embora apresente dados que também são usados para avaliar evolução durante o tratamento

Seus vinte e cinco itens estão distribuídos em três dimensões globais: Comportamento Geral, Comportamento interpessoal, Comportamento frente a tarefa.

Uma outra escala usada por terapeutas ocupacionais é a "Comprehensive Evaluation of Basic Living Skills" (CEBELS) criada por CASANOVA & FEBER, em 1976. É específica para avaliar a evolução básica para destreza de pacientes crônicas que moram em hospitais psiquiátricos, com amplo alcance de destrezas. Seus itens podem ser categorizados na sua complexidade. Pode ser aplicada no todo ou em partes. Seu escore sistema e sumário indicam o status funcional do paciente.

Outro trabalho de pesquisa realizado por HAMADA & SHOROEDER (1987) apresenta um instrumento de avaliação para

terapeutas ocupacionais na área de saúde mental, denominado "SHOROEDER- BLOCK-CAMPBELL" (SBC). Este instrumento trabalha com uma orientação teórica específica, o modelo sensório integrativo, uma linha de tratamento, pouco encontrada no Brasil.

A evolução medida por esse instrumento cobre respostas motoras e sensoriais, incluindo integração de reflexos, destreza motora fina e grossa, imagem corporal, movimentos anormais resultantes do processo da doença ou da medicação, história do desenvolvimento infantil e vários sinais neurológicos, habilidade neurofisiológicas necessárias para o desempenho adulto na tarefas de vida diária. Possui três subescalas .

1-*Avaliação Física*. Incluem vinte e cinco itens que avaliam habilidades neurofisiológicas necessárias para o desempenho adulto nas tarefas de vida diária.

2-*Movimentos Anormais*. Mensura movimentos anormais que podem ser atribuídos à doença psíquica ou a sintomas decorrentes do uso de psicotrópicos como: hiper e hipocinesia em adição com sintomas extrapiramidal, como por exemplo: pseudo- parkison, acatesia, distonia e discinesia tardia.

3- *História de Infância*. Avalia desempenho neurofisiológico, como por exemplo: hiperatividade, entre outros, que ocorreram na infância

Um dos primeiros instrumentos padronizados desenvolvidos por terapeutas ocupacionais, para uso com pacientes psiquiátricos, foi o "The Bay Area Functional Performance Evaluation"- BaFPE -R (BLOOMER & WILLIANS, 1978, WATTS et all. 1988). Já citado anteriormente quando fizemos referência aos trabalhos de JEFFREY (1993).

Este instrumento foi desenvolvido para mensurar alguns comportamentos que as pessoas exibem ao realizar atividades de vida diária.

Sua versão inicial foi revisada em 1987, para validação de sua utilidade clínica (HOUSTON, BLOOMER, e MANN, 1989). Sua versão revisada é largamente utilizada por terapeutas Ocupacionais em psiquiatria (MANN, KLYEZEC, & FIEDLER, 1989).

LUNARDELLIHAERTLEIN e SMITH em 1992, nos Estados Unidos, EAKIN em 1989 na Inglaterra, FRICKE & UNSWORTH em 1992 na Austrália registraram que o instrumento modificado tem sido largamente difundido na prática da Terapia Ocupacional.

Para realizar uma comparação entre pacientes psiquiátricos e sujeitos normais baseado no Modelo de Ocupação Humana, BARRIS et al. (1987) utilizaram-se de vários instrumentos de mensuração. Uma bateria de instrumentos com componentes do modelo foram usados para avaliar uma grande amostra de sujeitos.

Descrevemos a seguir os instrumentos utilizados.

O "LIFE ATTITUDE PROFILE" - (PEACOCK & REKER, 1982) foi desenvolvido para determinar a mensuração multidimensional da atitude de vida, definida entre o grau do significado de vida, o objetivo de vida e a motivação para encontrar este significado e objetivo.

A "INTERNAL - EXTERNAL SCALE" (REID & WARE, 1974) foi usada para mensurar três dimensões internas e externas: fatalismo, controle do sistema social, e controle dos próprios impulsos e emoções.

O "ROLE CHECKLIST" (OAKLEY et al., 1986) é utilizado para avaliar a operacionalização de papéis internalizados pertinentes ao Modelo de Ocupação Humana.

O uso desse instrumento de pesquisa indica a relação entre a satisfação de vida e o envolvimento com os significados de papéis em pacientes idosos, além da diferença da tendência de valorizar certos papéis em grupos de adolescentes hospitalizados ou não.

A "ROLE PERFORMANCE SCALE" (GOOD-ELLIS, FINE & SPECER, 1987) já citada anteriormente nos trabalhos de JEFFREY (1993), associa uma entrevista com escala de avaliação. É usada para avaliar o desempenho nos papéis por um indivíduo num período extenso de tempo.

O instrumento apresenta cinco escalas de papéis: trabalho, produtividade no trabalho, papel social, administração do próprio papel e papel na atividade de tempo livre.

Esta escala foi revisada, para melhor adaptação do conteúdo e sujeita a novos testes de validade e fidedignidade, alcançando bons resultados nos mesmos e passou a chamar-se "ROLE ACTIVITY PERFORMANCE SCALE" (RAPS).

A "PREVOCATIONAL EVALUATION REHABILITATION POTENCIAL" (ETHIDGER, 1968) é uma escala de vinte itens para avaliação de comportamentos de trabalho, socialização, destreza pessoal e geral.

Não apresenta estudos extensivos. É usada somente com pacientes de grupo, baseada na observação de pacientes em terapia ocupacional realizadas com uma sessão por semana.

A "FAMILE ENVIROINEMENT SCALE" (MOOS & MOOS,1981) é um instrumento que mensura percepção individual na atmosfera de envolvimento núcleo familiar ou conjugal.

Compõem-se de nove escalas que avaliam o clima social. Apresenta na análise fatorial quatro fatores distintos: coesão; expressividade; orientação intelectual/cultural; e orientação para atividade recreacional.

DONOHUE et al. (1990) realizaram uma pesquisa com 90 pacientes psiquiátricos do sexo feminino, caracterizada por três categorias diagnósticas: esquizofrenia paranóide, não paranóide, e distúrbio afetivo bipolar. O objetivo desse estudo era avaliar a sociabilidade, presença social, socialização, diagnóstico e os surtos psicóticos dos mesmos para a determinação de composição de grupos homogêneos e heterogêneos no tratamento com atividades psicossociais em Terapia Ocupacional.

Para a realização da pesquisa os autores utilizaram o "Califórnia Psychological Inventory" (GOUGH,1956). Um inventário que consiste de 18 escalas, avaliadas por sim ou não.

O estudo utilizou-se de três dessas escalas: sociabilidade, presença social, e socialização.

Essa pesquisa resultou no encorajamento para exame de diagnóstico, do surto psicótico, sociabilidade, presença social e socialização como determinantes na comparação de grupos homogêneos e heterogêneos de atividades psicossociais usados no tratamento e Terapia Ocupacional.

Vale aqui lembrar novamente outro instrumento de mensuração, também citado anteriormente nos estudos de JEFFREY

(1993), a “The Morningside Rehabilitation Status Scale” (MRSS), considerando-se que esta escala desenvolvida para área de saúde mental pode avaliar a performance do paciente no hospital e em adição avaliar sua habilidade para função competente na comunidade, auxiliando em todas as áreas da reabilitação. Além de ser um instrumento que pode ser administrado por toda a equipe clínica, e poder ser utilizado por outras áreas de especificidades da terapia ocupacional.

O estudo, realizado por SPERMON et al. (1991) apresenta os dados do desenvolvimento e validação de uma escala de observação das necessidades de pacientes psiquiátricos, a "Psychiatric Occupational Therapy Evaluation of Needs and Treatment" (POTENT). É uma escala com 25 itens, com graduação de 0 a 5, não há referência de catálogo de definições operacionais. Apresenta análise fatorial com quatro dimensões: Atividade de Vida Diária, Organização para Tarefa, Habilidades Pessoais/Inter Pessoais e Atividade Motora.

Estudos ainda estão sendo realizados sobre sua fidedignidade e validade, e a escala ainda, apresenta alguns pontos que precisam ser melhor ajustados.

A forma de avaliação pode trazer valiosa assistência na definição da incapacidade do paciente e no planejamento do programa de tratamento. Um instrumento que mensure de forma padronizada comportamentos pode providenciar um conciso mecanismo com o qual registros e relatórios do progresso do paciente possam facilitar além da comunicação mais fácil e precisa entre profissionais e pacientes, o trabalho da pesquisa na área, entre outros fatores.

Já vimos anteriormente a importância do papel da mensuração no processo clínico terapêutico. E como considera LAW

(1987), que o terapeuta ocupacional usa mensuração para descrever o problema do cliente, para formular um prognóstico e para avaliar o efeito da intervenção da terapia .

O uso de uma escal para o registro e quantificação dos procesos em terapia ocupacional poderá favorecer a sistematização das observações, atra'ves de um registro quantitativo das manifestações psicológicas e dos progressos clínicos, permitindo ainda, a utilização de um instrumento científico para avaliação da prática clínica.

Mensurações estandardizadas podem ajudar ao terapeuta obter uma avaliação fidedigna e valida do status do paciente. Contudo, os instrumentos de mensuração existentes na área apresentam muitas vezes, dificuldades para o terapeuta ocupacional selecionar o mais apropriado para sua situação particular de clínica, setting ou programa.

A produção científica da área de terapia ocupacional no Brasil é recente, tendo crescido na última década, e um instrumento colaboraria muito para pesquisas clínicas. Para isso, faz-se necessário que o terapeuta ocupacional use um instrumento adequado ao seu objetivo.

Os instrumentos de avaliação em Terapia Ocupacional raramente tem sido classificados por seus objetivos, tendo em vista que essa classificação é relativamente nova na literatura epidemiológica.

Os instrumentos podem segundo seu objetivo ser classificados como: descritivos, preditivos, ou de avaliação.

Instrumentos descritivos usam critérios e itens para descrever o indivíduo em grupos e para caracterizar as diferenças entre eles nos atributos que estão sendo mensurados. Esta informação pode ser usada pelo terapeuta para determinar problemas específicos ou deficiências deste paciente e avaliar as necessidades para intervenção

terapêutica. Por exemplo, Atividades de Vida Diária (AVD) Index, tal como a escala de AVD KLIEN-BELL(1982), que pode caracterizar as diferenças entre crianças com paralisia cerebral de diferentes severidades e ajudar a determinar se o programa de cuidado pessoal é requerido.

Um instrumento descritivo pode mensurar todos os aspectos de atributos de interesse que discriminam entre os indivíduos para prover completa informação a respeito das diferenças entre eles.

Instrumentos preditivos usam critérios para classificar indivíduos em ordem para predizer se eles tem certas características quando comparadas para determinados critérios (HEMPHILL,1982). Por exemplo, um instrumento preditivo pode mensurar funções de AVD em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral para dizer se este indivíduo virá a ser hábil para retornar com sucesso para situações de vida comunitária. Este tipo de instrumento tem de fato demonstrado que a função da atividade diária é um significativo preditor do lugar que o paciente ocupará na vida comunitária (GRANGER, SHERWOOD & GEER. 1977).

Instrumentos preditivos muitas vezes são usados para investigar o processo, um exemplo em terapia ocupacional de instrumentos de investigação é a Avaliação Miller, para pré escolares que mensura o desenvolvimento destes para predizer habilidades acadêmicas futuras. (MILLER, 1982).

Instrumentos de avaliação usam critérios e itens para mensurar mudanças no indivíduo durante um tempo (KIRSHNER et al., 1985). Como é o caso do "Teste BRUININKS-OSERETSKY da Proficiência Motora" (1978). E pode ser muitas vezes usado para mensurar habilidades motoras fina e grossa em crianças com deficiência

de aprendizagem para determinar se elas tem mudado depois do programa de terapia ocupacional. A mais apropriada característica incluída no instrumento de avaliação está no fato de ser sensível as mudanças internas do indivíduo.

A terapia ocupacional tem, nestes últimos anos, demonstrado estar mais ciente das necessidades para o uso de avaliações padronizadas em sua prática clínica. A ênfase na literatura de terapia ocupacional tem sido na identificação das propriedades psicométricas destes instrumentos (HALSSELKUS et al., 1972). E na descrição do desenvolvimento das mensurações individuais (HARLOWE et al., 1984). Poucos catálogos de definições descrevem e sumarizam as propriedades de mensuração dos instrumentos de avaliação para certas áreas de prática clínica.

Uma propriedade importante a ser considerada em um instrumento de mensuração é o estudo da fidedignidade do mesmo. Um instrumento fidedigno é aquele que apresenta pequena margem de erro de mensuração e mostra sua estabilidade, consistência, e dependência de escores para características individuais, expressas em características ou comportamentos a serem avaliados (MITCHELL, 1979). Fidedignidade é definida como a soma de variações mensuradas por um instrumento que é real, isto é, a verdadeira diferença entre indivíduos, com as características a serem mensuradas, sem erro (NUNNALLY, 1964).

O tipo de fidedignidade para cada instrumento depende de seu objetivo, é importante que se use de forma adequada, testes próprios para cada um deles (KIRSHNER & GUYATT, 1985).

KIRSHNER e GUYATT (1985) tem descrito os tipos de testes estatísticos adequados que são importantes para avaliar a

fidedignidade de acordo com cada objetivo do instrumento e dos tipos de dados gerais dos mesmos.

Outro item importante a ser examinado na escolha de um instrumento de mensuração é o estudo de validade do instrumento. Validade de modo básico, quer dizer, se uma escala mede o que pretende medir. Existem alguns tipos de validade a serem considerados: validade de conteúdo, de constructo, concorrente, e de previsão.

A validade de conteúdo refere-se à necessidade dos itens da escala estarem relacionados com o que se pretende medir.

A validade de constructo diz respeito a mensurações de acordo com hipóteses que tem sido previamente descritas seguindo atributos a serem mensurados. Em outras palavras, um instrumento tem validade de constructo se mensura atributos de acordo com uma formulação teórica previa ou relação entre características ou indivíduos.

A validade concorrente estuda o instrumento em relação a outros já existentes e com dados de outras fontes.

A validade de previsão procura medir o poder de predição da escala quanto ao que acontecerá com o paciente.

A terapia ocupacional, nos países europeus, nos Estados Unidos, e no Canadá, nas últimas décadas têm reconhecido a importância do uso de instrumentos de mensuração padronizados na prática clínica. (BRONKER 1983). Correntemente, vários instrumentos de mensuração tem sido desenvolvidos para descrever as necessidades do paciente, predizer seu potencial para recuperação, o efeito e a evolução no tratamento (EARHART, 1982; HARLOWE, 1984; HEMPHILL,1982; KLEIN & BELL,1982; WILSON et al.,1982).

A conclusão de vários estudos relacionados a esse tema mostra um elevado número de escalas dessa natureza descritos na literatura, com inadequações em suas propriedades de mensuração e sem validade comprovada.

Recomendações são feitas no sentido de orientar o uso de escalas que já têm estudos comprovados de validade de suas propriedades de mensuração.

Pelo exposto acima podemos perceber como a utilização destas escalas é difícil, limitada e complexa por alguns motivos: primeiro, a existência de um grande número de diferentes correntes de orientação teóricas que norteiam a prática clínica da terapia ocupacional na área de saúde mental; segundo, a existência de várias escalas específicas apresentadas dentro de cada corrente teórica, e por último as propriedades psicométricas destas escalas não apresentarem resultados satisfatórios.

Com relação ao uso dessas escalas de terapia ocupacional no Brasil, muitas são as dificuldades apresentadas a começar pela falta de pesquisa e de trabalhos publicados sobre o tema na literatura especializada nacional. Nesse sentido o presente estudo é pioneiro dentro do campo da terapia ocupacional em saúde mental nacional.

As escalas de terapia ocupacional encontradas na literatura internacional, para serem aplicadas em nosso meio precisam ser submetidas a procedimentos científicos específicos que viabilizariam essa possibilidade. A pesquisa em terapia ocupacional no Brasil ainda é recente e essa prática tem sido mais frequente para os profissionais

ligados ao ensino de terapia ocupacional nas universidades, e profissionais que atuam na prática clínica encontram maior dificuldade para esse procedimento.

A esta dificuldade de validação deve-se acrescentar o acesso difícil a literatura internacional que trata do assunto e a sua ausência nas bibliotecas brasileiras. Outro importante fator, refere-se as escalas internacionais que muitas vezes seguem orientações terapêuticas pouco utilizadas em nosso meio, de modo a exigir dos nossos técnicos uma especialização de conhecimentos para sua aplicação e prática clínica compatível com essas orientações. E muitas dessas especializações não são oferecidas no Brasil.

No Brasil no entanto, existem escalas de outra áreas profissionais que podem ser adequadas para o uso de terapeutas ocupacionais em sua prática clínica. Apresentam itens importantes observados no tratamento de terapia ocupacional na área de saúde mental e se mostram adequadas as linhas de orientação teórica de práticas clínicas usadas em nosso meio, além de estarem adaptadas para nossa realidade.

Considerando-se este fato, percebe-se que a Terapia Ocupacional e a Enfermagem são áreas com práticas mais semelhantes dentro de uma unidade de psiquiatria em regime de internação integral. Tendo em vista que as mesmas são identificadas como parte integrante do ambiente, além de seus trabalhos habituais implicarem em uma grande interação com os pacientes durante a maior parte do tempo, e que as duas especialidades podem localizar o estado global do paciente, tanto nas

situações de rotina da enfermagem quanto em relação a sua vida fora do contexto hospitalar.

Vale lembrar, portanto, que a terapia ocupacional e a enfermagem, observam e estimulam comportamentos adequados de aspectos diretamente relacionados com a interação social, a competência social, fatores relacionados a desorganização psicótica, hostilidade, aspectos psicomotores, depressão, cuidados pessoais, comunicação e tantos outros comportamentos dos pacientes.

Estudos realizados por ZUARDI et al.,(1989), mostram que as escalas de enfermagem avaliam fatores que são consistentemente semelhantes, e que dizem respeito aos aspectos já citados anteriormente, observados na rotina da enfermagem na unidade psiquiátrica de internação integral, como competência social, cuidados pessoais, interação social, desorganização psicótica, entre outros.

Dentre as escalas de enfermagem disponíveis, a NOSIE (HONIGFELD & KLETT,1965), é a mais estudada e apresenta parâmetros de fidedignidade e validade elevados, além de grande estabilidade de seus fatores.

Diante de algumas dificuldades apresentadas para utilização da NOSIE no nosso meio ZUARDI et al. em 1989, desenvolveram a ESCALA DE OBSERVAÇÃO INTERATIVA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS (EOIPPI), para ser usada pela enfermagem, em enfermarias de internação integral. Esta escala apresenta itens que podem ser observados também no tratamento em terapia ocupacional na área de saúde mental, mostra-se adequada as

linhas de orientação teórica e de práticas clínicas usadas em nosso meio, além de estar adaptada para nossa realidade.

A ESCALA DE OBSERVAÇÃO INTERATIVA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS (EOIPPI) (ZUARDI et al.,1993), tem como característica principal a necessidade de interação entre o avaliador e o paciente no procedimento da avaliação.

OBJETIVO

2 - OBJETIVO

Tendo em vista que a utilização de escalas descritas na literatura internacional é difícil, limitada e complexa em nosso meio, além da existência de um grande número de diferentes correntes teóricas que norteiam a prática estrangeira da clínica de terapia ocupacional, a existência de várias escalas específicas apresentadas dentro de cada corrente, e as propriedades psicométricas destas escalas não apresentarem resultados satisfatórios. E somado a isso a inexistência na literatura nacional de instrumentos dessa natureza para a área de saúde mental.

Faz-se necessário, o desenvolvimento e os procedimentos necessários para que se possa em nosso meio utilizar instrumentos que providenciem o registro e quantificação dos processos de terapia ocupacional em saúde mental, para favorecer a sistematização das observações, e favorecer os trabalhos de pesquisa na área. Tal procedimento permitiria ainda, a utilização de um instrumento científico para avaliação da prática clínica, além facilitar e tornar a comunicação mais precisa entre profissionais e pacientes.

Considerando-se que a ESCALA DE OBSERVAÇÃO INTERATIVA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS (EOIPPI) (ZUARDI et al.,1989), tem como característica principal a necessidade de interação entre o avaliador e o paciente no procedimento da avaliação, e sendo esse um dos mais importantes princípios da terapia ocupacional, utilizados pela maioria dos terapeutas ocupacionais nacionais. A apresentação de alguns elementos que apontam para a possibilidade de uso desse instrumento para o uso em terapia ocupacional na área de saúde mental no Brasil, tais como: sua estrutura fatorial que

abrange comportamentos importantes observados na prática clínica da terapia ocupacional, como: psicomotricidade aumentada, psicoticismo, cuidado pessoal e irritabilidade. Seus fatores mostrarem-se muito semelhantes aos encontrados nas escalas de terapia ocupacional para prática clínica nessa área.. Além de já apresentar estudos de validade e fidedignidade que satisfazem os requisitos de uma escala de avaliação, já comprovados.

O objetivo do presente trabalho é adequar e estudar a validade e fidedignidade da ESCALA DE OBSERVAÇÃO INTERATIVA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS (EOIPPI), aplicada em situações de terapia ocupacional.

MÉTODO

3 - MÉTODO

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA E SUAS ROTINAS

A unidade de psiquiatria onde este estudo foi realizado localiza-se no terceiro andar do Hospital Universitário de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Brasil.

Seu trabalho tem um enfoque multidisciplinar, contando para isso com vários elementos na equipe: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e recreacionistas. Tem capacidade para 18 leitos. Vale aqui ressaltar que esta unidade funciona junto a um hospital escola, sob a coordenação da disciplina de psiquiatria do Departamento de Neurologia Psiquiatria e Psicologia Médica, portanto conta com profissionais fixos na equipe e com estagiários em formação de especialistas.

Cada área de especialização possui uma rotina própria de funcionamento, com supervisões e reuniões específicas, além de participar de rotinas comuns a toda a equipe. Para o presente estudo, porém, nos deteremos apenas à rotina de atividades de pacientes especificamente, na qual toda a equipe participa.

O QUADRO I, apresenta a rotina de atividades de toda a semana para os pacientes.

**QUADRO I: Horário das Atividades da Enfermaria de psiquiatria
do Hospital das Clínicas de Ribeirão-Preto.**

	segunda	terça	quarta	quinta	sexta	sábado	domingo
8:00	café	café	café	café	café	café	café
9:00	GO	passeio ou GO	GO ou RG	GO	GO	AL	AL
10:00	AT	GTO ou passeio	RG ou GTO	Ginásti- ca	GTO	AL	AL
12:00	almoço	almoço	almoço	almoço	almoço	almoço	almoço
13:30	GTO	RG ou passeio	visita e RF	GTO	AL	AL	AL
15:30	AL	RG ou passeio	visita	AL	AL	AL	AL
18:00	jantar	jantar	jantar	jantar	jantar	jantar	jantar

LEGENDA

GO - Grupo Operativo

RF - Reunião de Família

AL - Atividade Livre

GTO - Grupo de Terapia Ocupacional

RG - Reunião Geral

Descrevemos a seguir com objetivo de melhor clarificar o trabalho desenvolvido com pacientes, essas atividades:

Grupo Operativo (GO) - Esta atividade ocorre quatro vezes por semana e é coordenada pelo médico, conta com a participação em revezamento de todos os elementos da equipe, além de todos os

pacientes. Tem duração de uma hora, segue os princípios de psicoterapia de grupo e tem esse objetivo.

Atividade Livre (AL) - Nesta atividade os pacientes podem realizar atividades livres e inespecíficas, de sua escolha, tais como: ouvir música, jogos, etc.. A coordenação fica a cargo de três áreas de especialidades: serviço social, enfermagem e terapia ocupacional, previamente determinada. Seu objetivo é propiciar aos pacientes atividades que lhes proporcionem prazer, inter relação pessoal, responsabilidades pelo material a ser utilizado, de forma a criar na unidade um ambiente parecido ao encontrado na vida dos pacientes fora da situação de tratamento.

Reunião Geral (RG) - Esta atividade acontece uma vez por semana, em esquema de rodízio pela manhã em algumas semanas é a tarde em outras. Conta com a participação de toda a equipe de plantão no momento de sua realização e de todos os pacientes. Segue os princípios de assembleias terapêuticas e seu objetivo é a comunicação, a inter relação pessoal entre os profissionais e pacientes, podendo ressaltar a possibilidade do paciente conviver em relações que não só tenham o objetivo de psicoterapia de grupo, mas que guardam características de um ambiente não patológico.

Passeio - É realizado uma vez por semana, em revezamento com as reuniões gerais. Participam dele todos os pacientes em condições de sair da unidade sem risco, acompanhados por alguns elementos da equipe. Muitas vezes é realizado no próprio Campus Universitário, ou em lugares da comunidade, tais como: clubes, praças, eventos na cidade, etc. Tem como objetivo possibilitar ao paciente internado o contacto com a comunidade, permitir que o mesmo

experimente essa vivência de forma protegida, além do objetivo inerente de vivenciar o prazer, faz com que o paciente pense nas possibilidades para promover isto, e evidentemente promove uma vivência mais próxima da realidade extra hospitalar.

Ginástica - É realizada uma vez por semana com participação dos pacientes e é coordenada por educadores físicos que prestam serviços na unidade porém, são contratados pelo Departamento de Esportes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Seu objetivo é a conscientização corporal, a expressão e o alívio de tensão e relaxamento.

Reunião de Família (RF) - Esta atividade é destinada aos familiares de pacientes internados e realiza-se um vez por semana, no dia coincidente com a visita. É coordenada pelo serviço social, além de participarem outros elementos da equipe, com objetivo de permitir ao familiar poder expressar suas angústias, trocar experiências, e poder tomar conhecimento de como está o paciente e colaborar nos dados para o tratamento, podem também se instrumentar para o manejo com o paciente em suas altas licença ou na rotina da vida.

GRUPOS DE TERAPIA OCUPACIONAL (GTO)

As sessões de grupo de terapia ocupacional ocorrem quatro vezes por semana, com duração de uma hora e meia aproximadamente, com a participação de todos os pacientes e alguns outros elementos da equipe que queiram participar.

A coordenação desse grupo fica a cargo da terapeuta ocupacional, que algumas vezes reveza com a terapeuta ocupacional em curso de aprimoramento no serviço.

O grupo de terapia ocupacional tem três regras de funcionamento:

1 - O paciente que tiver necessidade de sair depois da atividade iniciada ou que por qualquer razão não aguentar ficar até o fim da sessão, não poderá retornar na mesma sessão.

2 - Cada paciente deverá esperar a sua vez de falar, não podendo interromper o outro quando o mesmo estiver falando.

3 - Não é permitido fumar durante as sessões de grupo de terapia ocupacional.

A dinâmica dos grupos segue sempre a seguinte ordem: no início são apresentados os pacientes novos, em seguida são lembradas as regras do grupo, a seguir é proposta uma atividade a ser realizada naquela sessão, depois passa-se a execução da mesma. A sessão é finalizada com uma discussão entre os participantes do grupo de como foi realizar a atividade, quais os sentimentos percebidos individualmente e pelo grupo na realização da atividade e durante o grupo, além de se fazer uma analogia entre a situação vivenciada na sessão e a realidade do dia a dia de vida do paciente fora do hospital.

Neste grupo são realizadas atividades artesanais, expressivas, culturais, jogos psicodramáticos, etc.

Este grupo segue os princípios de PICHON RIVIERE (1983), assim descritos: “todo aprendizado é terapêutico e toda terapia proporciona um aprendizado na medida em que para assimilarmos qualquer nova experiência, seja em termos de forma de relação, condutas ou informações subjetivas, temos que transformar nossos antigos esquemas de referência. Um esquema de referência pode ser entendido como um conjunto de experiências, conhecimentos e afetos com os quais

uma pessoa pensa e age. E tanto o se tratar quanto o aprender implicam em mudanças, em (re) conhecimento e ampliação das possibilidades de articulação e pensamentos associados ao desejo e a história de cada um".
(p.)

Cria-se , então, um espaço onde estes pacientes possam se sentir "com" as pessoas e ver e viver suas limitações e potencialidades, estar em grupo e perceber-se em grupo, isto é, ter a sensação de pertencer, para além do momento em que se está efetivamente junto. Propõe-se também, levar o paciente a reconhecer os outros como membros do grupo e viver situações que tem regras, limites, leis, etc..

Neste grupo o paciente experimenta um "fazer junto" que pode mobilizar e atualizar muitos sentimentos e recordações, na medida em que para cada novo encontro trazemos todos os encontros que já tivemos e vivemos com nossas emoções; para o novo grupo trazemos nossos grupos internos, nossas outras vivências de grupo e tentamos nos situar com aquilo que temos de experiência. E é no confronto destas situações que o paciente pode ir acrescentando novos parâmetros, geralmente mais saudáveis, na medida em que a terapia consiste em "fazer viver" as muitas maneiras de se relacionar, como observa MAXIMINO (1991).

O enfoque é na relação de ajuda no sentido de contribuir para que o paciente possa lidar com a realidade. E instrumentaliza-lo para manejar adequadamente suas habilidades e potencialidades e conseqüentemente suas limitações. Levando-o a perceber que cada um de nós tem suas formas individualizadas de relações com as situações, com indivíduos e atividades, e que portanto a comunicação de nossos pensamentos e expressão de sentimentos é única

e individualizada, sendo necessário explicitá-la de forma clara para haver comunicação.

3.2 - SUJEITOS

Os sujeitos deste estudo foram pacientes internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Brasil.

Foram acompanhados 15 pacientes adultos internados consecutivamente, sendo 10 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, com os seguintes diagnósticos pelo CID 9 : Esquizofrenia Esquizo Afetiva 4, Esquizofrenia Esquizo Latente 2, Transtorno de Personalidade Histriônica 2, Psicose Afetiva Bipolar Mista 1, Psicose Afetiva do Tipo Maníaco 2, Psicose Maníaco Depressiva - fase depressiva 2, Neurose de Ansiedade 2.

3.3 - PROCEDIMENTOS

3.3.1 - SELEÇÃO DAS ATIVIDADES

Considerações especiais se fazem necessárias com relação a esse procedimento. Em primeiro lugar é importante ressaltar que as atividades utilizadas para este estudo não foram selecionadas a partir de nenhum critério específico para o mesmo, não foram selecionadas pela autora deste estudo e sim pela terapeuta ocupacional responsável pela coordenação do grupo de terapia ocupacional, em cada sessão, conforme a rotina, já descrita, estabelecida na enfermaria.

É necessário considerar-se que as observações e aplicações da escala foram realizadas em sessões de rotina de grupos de

terapia ocupacional. E que as atividades foram selecionadas para as sessões, de forma habitual, com base nas vivências grupais anteriores, temas dos grupos operativos realizados neste período, e temas emergentes nas rotinas e nas relações estabelecidas pelos pacientes na enfermaria, entre outras.

Outro princípio que norteia a seleção de atividades nestes grupos de terapia ocupacional é a base em uma compreensão e prática psicodinâmica, orientação teórica do trabalho na enfermaria onde este estudo foi realizado.

As atividades são selecionadas com objetivo de possibilitar a expressão do mundo interno, estabelecer uma comunicação não verbal.

Utiliza-se da observação das atividades e da forma como são realizadas como elementos que permitem ao terapeuta acumular dados e fatos que, se inicialmente parecem confusos e sem ligações entre si, acabam se harmonizando ao longo da terapia. A atividade está sempre denunciando algo que não pode ser dito, como postula FERNANDES (1988).

Outro dado a ser considerado, foi o fato de os sujeitos desta pesquisa estarem inseridos em grupos onde a razão pacientes observados/ pacientes participantes era pequena, não ultrapassando de quatro pacientes observados por grupo versus uma média de outros dez que não eram observados, respeitando-se as regras pré-estabelecidas para aplicação da escala que descreveremos mais adiante.

Importante ressaltar que para os fins deste estudo, a seleção específica da atividade não mereceu de nossa parte, importância especial, pois, nosso enfoque principal era avaliar os pacientes quando

submetidos aos processos de terapia ocupacional, onde uma gama de diferentes atividades é aplicada sob a luz dos princípios teóricos dessa especialidade, onde a atividade é um instrumento que permite trabalhar aspectos relevantes das interações sociais, relações inter pessoais, sintomas, e comunicação do paciente.

Cabe aqui lembrar, que a realização das atividades nos permitem trabalhar e observar diferentes aspectos como já explicitados no início deste trabalho.

Seguindo os princípios já descritos para os grupos de terapia ocupacional e de seleção de atividades, para o presente estudo utilizamos 14 atividades que descreveremos a seguir:

Mudanças no grupo - jogo de percepção, onde o paciente tem que perceber como estão tanto o ambiente como as pessoas do grupo, e apontar o que mudou, após seu retorno, pois é pedido a ele que saia por alguns minutos. Nesta atividade trabalhou-se a melhora da percepção dos pacientes, sua interação com os outros participantes, concentração da atenção em um objetivo limitado, entre outros.

Construção de uma casa - Nesta atividade todo o grupo escolheu fazer o desenho de uma casa, onde cada um tinha uma tarefa: alguns construíram,, outros pintaram, outros fizeram o jardim, etc. Nesta atividade trabalhou-se a interação social, o relacionamento inter pessoal, organização, e percepção de limites.

Horóscopo- Jogo onde o paciente escreve como está sua vida em vários aspectos: saúde, trabalho, afetos, relações pessoais e faz propostas para o futuro. Os participantes do grupo podem dar opiniões nos vários aspectos abordados por outros pacientes com relação a cada item. Nesta atividade foram trabalhadas as questões relativas a percepção

da própria realidade, criou-se oportunidades para pensar na realização de suas propostas para depois da alta, além de interação social.

Figura - O paciente deve achar em revistas uma figura que representasse a si mesmo ou algo ligado à si. Foi trabalhado nesta atividade a percepção de si, formas alternativas de comunicar os sentimentos, treinar abstração, representação simbólica.

Jogo de Confiança - Nesta atividade um paciente conduz outro com os olhos vendados, por entre um caminho de cadeiras e depois os papéis são trocados, o paciente conduzido conduz o paciente condutor. Examinamos então, as relações interpessoais, e a confiança nos outros, a atenção, a comunicação interpessoal.

Rabiscos- Todos os participantes rabiscam uma mesma grande folha de papel de forma aleatória, em seguida o papel é exposto e no meio da confusão de rabiscos pede-se aos participantes que descubram formas de algo conhecido das pessoas, as quais são destacadas. Nosso objetivo nesta atividade, foi mostrar aos pacientes que se de uma forma concreta podemos no meio da confusão achar formas concretas e conhecidas de todos, então, em nós mesmos, também podemos achar pensamentos mais estruturados e comunicações mais claras de nossos pensamentos e sentimentos, além de podermos perceber que outras pessoas podem nos ajudar quando não estamos encontrando uma saída para nossos problemas, isso é representado na atividade quando, tanto podemos ver figuras que outros não viram, como, quando podemos perceber figuras que os outros viram e nós não achamos a princípio.

Luta pela cidadania- Nesta atividade foi explicado aos pacientes o que era o movimento anti manicomial, e qual era sua função, depois pediu-se para os pacientes trocarem idéias em grupo sobre quais

as perdas que tiveram com a doença, qual a influência no seu relacionamento interpessoal depois da doença, e em seguida discutimos a participação dos pacientes no dia de luta pela cidadania do paciente psiquiátrico na praça da cidade, para tanto, deveríamos levar uma faixa de representação, que foi confeccionada pelos pacientes neste dia. Nosso trabalho nesse dia foi fazer com que os pacientes participassem e tomassem consciência do movimento que estava acontecendo na comunidade em seu favor, além de fazer com que o paciente refletisse sobre sua vida, o que é seu, o que ele provoca nas pessoas e como trabalhar essas situações.

Escrita da carta - Nesta atividade os pacientes devem escrever uma carta para qualquer pessoa do grupo, trabalhou-se neste dia as oportunidades para estabelecer-se uma relação interpessoal, organização do pensamento, comunicação interpessoal.

Cartões de sentimentos - o paciente recebia nesta atividade, três cartões, um de cada vez, e em cada um deles deveria escrever sentimentos diferentes, com temas diferentes relacionados à medo, alegria e tristeza. Em seguida os cartões eram lidos e poderia se fazer uma troca, foi perguntado aos pacientes quem gostaria de trocar o sentimento apresentado em outro cartão, relativo aquele tema, pelo que foi escrito por ele. Isso se repetiu em todos os temas. Nesta atividade trabalhou-se a expressão de sentimentos, percepção da própria realidade e da realidades das outras pessoas, relacionamento inter pessoal.

Jornal - Nesta atividade o trabalho é confeccionar um jornal com colagem de revista, propostas trazidas por eles de receitas, piadas, artigos, poesias, etc.. Trabalhou-se nesta sessão a criatividade do

paciente, percepção de seu potencial remanescente, interação social, percepção de limites entre outros.

Quadrilha - Atividade de ensaio da quadrilha a ser apresentada na festa junina do hospital. Para tanto formou-se pares, ensinou-se os passos, etc. Pode-se trabalhar na aplicação desta atividade o relacionamento inter pessoal, a expressão corporal do paciente, dados de realidade, interação com a comunidade e a realidade, organização, atenção, entre muitas outros aspectos.

As atividades: *Trabalho com juta, trabalho com madeira e confecção de porta retrato*, são atividades artesanais. Nestas atividades foram trabalhados os aspectos relacionados com a criatividade do paciente, organização, iniciativa, relacionamento inter pessoal, capacidade produtiva, aprendizagem e colaboração, possibilidades de trabalho com fins profissionais.

3.3.2 - ADEQUAÇÃO DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO INTERATIVA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS (EOIPPI)

O instrumento foi proposto por ZUARDI et al. em 1989, é composto de 16 itens com 3 graduações (0,1 e 2), mutuamente exclusivas dentro de cada item, que indicam uma ordem crescente de severidade das manifestações patológicas, definidas operacionalmente em um catálogo separado.

A primeira opção de cada item refere-se à expressão de comportamentos adequados (10 itens), ou à ausência de comportamentos considerados patológicos (6 itens). Os itens que por algum motivo não puderem ser avaliados nesse período, serão assinalados como "não

avaliados", (até no máximo 2), e retirados do total de itens, no cálculo do escore final.

Nos itens relativos à expressão de comportamentos desejáveis as graduações implicam em: ocorrência espontânea (grau 0), ocorrência após estimulação (grau 1), ou não ocorrência mesmo estimulado (grau 2). Nos itens relacionados à comportamentos inadequados a avaliação estimula a confrontação desses comportamentos ou estimula a observação de variáveis ambientais que favorecem a ocorrência. Nesses itens as graduações envolvem: ausência do comportamento (grau 0), presença a em determinadas condições es ou suscetível à confrontação (grau 1), e presença constante ou irreduzível à confrontação (grau 2).

A principal característica dessa escala é que a avaliação não se baseia, apenas, na observação de comportamentos mas implica na interação entre o avaliador e o paciente, (observação participante).

A escala apresenta estudo de análise fatorial dos escores dos 16 itens, que permitiram a extração de cinco fatores, responsáveis por 65% da variância. Assim distribuídos: Interesse Social, Psicomotricidade Aumentada, Psicoticismo, Cuidado Pessoal e Irritabilidade.

Os resultados dos testes de fidedignidade foram satisfatórios para os escores totais da escala e de seus fatores. A escala apresenta resultados que satisfazem os critérios de validade concorrente e preditiva exigidos de uma escala de avaliação. (ZUARDI et al., 1993)

A EOIPPI é apresentada no ANEXO I

3.3.3 - AS MODIFICAÇÕES DA ESCALA

Considerando-se que a escala aplicada à situações de terapia ocupacional será utilizada para avaliar mudanças clínicas ocorridas especificamente durante o período de cada sessão de terapia ocupacional, alguns procedimentos foram necessários para a adequação a este objetivo. Na sua forma original, a EOIPPI foi desenvolvida para ser preenchida após um período de observação de um plantão (4 a 8 horas), e abrangia todas as atividades da rotina da unidade nesse período. Foi necessário, portanto, a exclusão de alguns itens, mudanças e adaptações no conteúdo de alguns outros, que apresentamos a seguir.

O item "Participação nas rotinas", que na forma original fazia referências as atividades realizadas durante todo período de plantão, tais como: grupo operativo, assistir TV, etc., foi necessário ser excluído, tendo em vista a adaptação da escala para as situações de terapia ocupacional.

O outro item que apresentou necessidade de ser excluído foi "deixar o leito", considerando-se o fato de que se o paciente a ser avaliado não deixar o leito, torna-se inviável a avaliação dos outros itens da escala.

Apresentamos a seguir os itens excluídos.

Participação nas rotinas

Esponaneamente - Sem que seja solicitado individualmente, segue a rotina da enfermaria quanto a atividades individuais e em grupo, ou seja, entrevistas individuais, uso do refeitório, grupo operativo e atividades recreativas.

Só quando solicitado- Só quando solicitado e estimulado individualmente, segue a rotina da enfermaria quanto a atividades

individuais e em grupo, ou seja, entrevistas individuais, uso do refeitório, grupo operativo, e atividades recreativas.

Não participa mesmo estimulado - Mesmo solicitado e estimulado individualmente, não acompanha a rotina da enfermaria quanto às atividades individuais e em grupo, ou seja, nega-se a participar de pelo menos uma dessas atividades: entrevistas individuais, uso do refeitório, grupo operativo, e atividades recreativas.

Deixar o Leito

Espontaneamente - Sem que seja solicitado individualmente, deixa o leito nos horários rotineiros.

Só quando solicitado - Só depois de ter sido estimulado a levantar-se, o paciente deixa o leito nos horários rotineiros, podendo voltar a deitar-se em seguida.

Não deixa o leito mesmo estimulado - Durante todo o período o paciente permanece deitado, mesmo depois de ter sido estimulado a levantar-se.

Ao conteúdo de outros 4 itens foi necessário fazer adaptações para as situações de terapia ocupacional. Esses itens são os seguintes: "cuidado pessoal", "execução da atividade", "mostrar interesse" e "interação social". Esses itens sofreram alterações no catálogo de definições.

O item "execução de atividades ocupacionais", além de sofrer mudanças no conteúdo, que foi adaptado, sofreu também, modificação no nome, passando a ser "execução da atividade proposta". Portanto este item sofreu mudanças no catálogo de definições, no nome e no item em si.

Apresentamos a seguir os itens que sofreram modificações em sua forma original e sua forma adaptada em destaque.

Cuidado Pessoal

Esponaneamente cuida de si - sem que seja solicitado individualmente, lava o rosto toma banho, e mantém-se limpo.

Só quando solicitado cuida de si - só quando estimulado individualmente lava o rosto, toma banho, e mantém-se limpo.

Nega-se a cuidar de si - mesmo depois de estimulado individualmente, não lava o rosto, não toma banho e não se mantém limpo.

Cuidado Pessoal

Esponaneamente cuida de si - sem que seja solicitado individualmente paciente apresenta-se para atividade limpo, com banho tomado, com cabelos penteados.

Só quando estimulado cuida de si - só quando estimulado individualmente, paciente apresenta-se para atividade limpo, com banho tomado e com cabelos penteados.

Nega-se a cuidar de si - mesmo depois de estimulado individualmente, paciente apresenta-se para atividade sem estar limpo, sem banho tomado e com cabelos despenteados.

Execução de Atividades Ocupacionais

Esponaneamente - Sem que seja solicitado individualmente, inicia e executa ocupacionais

Só quando estimulado - precisa ser solicitado e estimulado individualmente para que consiga iniciar ou permanecer executando as atividades ocupacionais.

Não executa mesmo estimulado - mesmo estimulado individualmente, não consegue executar as atividades propostas.

Execução da Atividade Proposta

Esponaneamente - sem que seja solicitado individualmente, inicia e executa a atividade proposta

Só quando estimulado - precisa ser solicitado e estimulado individualmente, para que consiga iniciar ou permanecer executando a atividade proposta.

Não executa mesmo estimulado - mesmo estimulado individualmente, não consegue executar a atividade proposta.

Mostrar interesse

Esponaneamente - mostra-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas, por pelo menos algumas das atividades: alimentação, passeio, TV, cuidado pessoal, alta.

Só quando estimulado - só estimulado mostra-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas, por alguma destas atividades: alimentação, passeio, TV, cuidado pessoal, alta.

Não mostra interesse mesmo estimulado - mesmo estimulado não consegue mostrar-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas, por qualquer coisa: alimentação, passeio, televisão, cuidado pessoal, alta.

Mostra interesse

Esponaneamente - mostra-se interessado através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas e realização da atividade

Só quando estimulado - só quando estimulado mostra-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas e realização da atividade.

Não mostra interesse mesmo estimulado - mesmo estimulado não consegue mostrar-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas por qualquer atividade.

Interação Social

Espontaneamente - Sem que seja solicitado diretamente, mesmo quando as rotinas não são grupais, permanece próximo a outros pacientes e/ou técnicos, no mesmo local e interagindo com estes.

Só nas rotinas grupais - só quando as rotinas são grupais permanece próximo a outros pacientes e/ou técnicos, no mesmo local, e interagindo com estes.

Não interage mesmo nas rotinas grupais - mesmo quando as rotinas são grupais, nega-se a participar ou permanecer próximo de outros pacientes e/ou técnicos, no mesmo local, sem interagir com estes.

Interação Social

Espontaneamente - sem que seja solicitado diretamente, permanece próximo a outros pacientes e/ou técnicos e interagindo com estes.

Só quando estimulado - só quando estimulado diretamente, permanece próximo a outros pacientes e/ou técnicos e interagindo com estes.

Não interage, mesmo quando estimulado - Mesmos quando estimulado, nega-se a participar ou permanecer próximo de outros pacientes e/ou técnicos, sem interagir com estes.

A EOIPPI adequada às situações de Terapia Ocupacional (EOIPPI/TO), em sua forma definitiva é apresentada no ANEXO II, acompanhada do catálogo de definições.

3.3.4 - AVALIAÇÃO DE JUÍZES

Com o objetivo de se avaliar a clareza do conteúdo da escala e sua adequação para as situações de Terapia Ocupacional em Psiquiatria, foram selecionados 5 juízes terapeutas ocupacionais, com experiência clínica na área, assim distribuídos: 2 professores da Universidade Federal de São Carlos, integrantes da área de pesquisa de terapia ocupacional em saúde mental; e 3 terapeutas ocupacionais que atuam em hospitais psiquiátricos onde a demanda é muito grande.

O critério para a escolha do número de juízes, levou em conta as diferentes realidades e práticas clínicas, diferença de clientela atendida. E considerou, também, diferenças de anos de experiência profissional dos terapeutas ocupacionais na área.

Esse procedimento se deu de forma não formal. Através de entrevistas realizadas com os juízes.

Inicialmente eram fornecidas informações sobre a escala original, a necessidade de adequações iniciais para a aplicação às situações de terapia ocupacional, além de informações sobre a metodologia usada para estudos dessa natureza. Em seguida era realizada a apresentação da escala para apreciação do protocolo de registro, e do catálogo de definições operacionais já com as adaptações iniciais, e com a exclusão dos itens, isto foi realizado de forma individualizada para todos os juízes.

Fase II - observação simultânea de um paciente pelos aplicadores e treinador, com preenchimento independente da escala, seguida de discussão dos resultados obtidos.

Fase III - aplicação das escalas seguindo o mesmo protocolo utilizado no teste, diferindo apenas, no fato dos resultados serem discutidos com o treinador após a aplicação independente. Esta fase prosseguiu até que se atingiu um nível de concordância entre os avaliadores maior que 70%.

Os aplicadores da escala foram 3 terapeutas ocupacionais, sendo um o pesquisador, outro o responsável pelo setor de terapia ocupacional da enfermaria onde a pesquisa foi desenvolvida e o terceiro um terapeuta ocupacional em estágio de aprimoramento na área de Psiquiatria do mesmo setor de terapia ocupacional.

3.3.6 - TESTE DA ESCALA

A aplicação da escala se realizou durante as duas primeiras semanas logo após a internação do paciente, durante um período aproximadamente de quinze dias, duas vezes por semana, com um intervalo de três dias entre cada avaliação. Neste intervalo ocorriam outras duas sessões de terapia ocupacional, onde o paciente participava porém não era avaliado.

A primeira sessão para a aplicação da escala sempre teve início logo em seguida à internação, portanto logo na primeira sessão de terapia ocupacional que o paciente participava, até perfazer um total de 4 avaliações, respeitando os intervalos descritos acima, com o objetivo de avaliar as mudanças clínicas ocorridas neste período. Vale aqui ressaltar que o paciente participava de aproximadamente um total de oito sessões

de terapia ocupacional durante o processo de avaliação, sendo avaliado em quatro delas. O QUADRO II ilustra as sessões de aplicação da EOIPPI/TO em um paciente que foi internado no fim de Semana.

QUADRO II - Sessões de aplicação da EOIPPI/TO em um paciente internado no fim de semana.

segunda	terça	quarta	quinta	sexta	sábado	domingo
GTO AV 1	GTO	GTO	GTO - AV 2	GTO	-----	-----
GTO - AV 3	GTO	GTO	GTO - AV 4	-----	-----	-----

LEGENDA

GTO - Grupo de Terapia Ocupacional

AV1 - Primeira Avaliação

AV2 - Segunda Avaliação

AV3 - Terceira Avaliação

AV4 - Quarta avaliação

Os 15 pacientes foram avaliados simultânea e consecutivamente por dois avaliadores, sempre fixos, sendo que o pesquisador avaliou todos os 15 pacientes, e o segundo avaliador ficou assim distribuído nas 120 observações: o terapeuta ocupacional responsável pelo serviço o, avaliou 13 pacientes e o estagiário os outros dois pacientes, é importante aqui ressaltar que o paciente era avaliado sempre pelo coordenador da sessão de grupo de terapia ocupacional e

seguido nas sessões em que o mesmo avaliador fosse o coordenador. Esse fato foi o que denominou o número maior de pacientes avaliados pelo terapeuta ocupacional responsável pelo serviço, tendo em vista que as sessões coordenadas por ele coincidiam com o início da semana, onde ocorre um maior número de internações.

Os observadores aplicaram a EOIPPI/TO até no máximo de quatro pacientes por sessão.

Imediatamente após as sessões de terapia ocupacional os observadores preenchiam a EOIPPI/TO sem se comunicar entre si, depositando-as num envelope fechado. Para o preenchimento já encontravam informações com o nome do paciente, número do paciente e da avaliação a ser realizada, atividade que foi realizada e data.

O escore total da escala foi calculado pela soma do escore de cada item multiplicado pela razão 14/ número de itens observados. O ANEXO III apresenta os escores de cada paciente em cada item por sessão.

3.3.7 - TRATAMENTO DOS DADOS

A estrutura correlacional dos 14 itens dos itens foi examinada submetendo-se os escores das 120 observações ao método de análise fatorial de componente principal, seguido pelo "Ortogonal Normalized Varimax Rotation".

Em outras palavras, nosso objetivo era a partir de um grande conjunto de variáveis, (itens observados), encontrar um "novo" conjunto de variáveis, função dos dados originais, que em menor número possam explicar uma parcela significativa da variabilidade dos dados.

Com objetivo de verificar a correlação linear entre os fatores e o escore dos pacientes foi utilizado o método "Coeficiente de Correlação de Pearson",

A fidedignidade da EOIPPI/TO foi avaliada através do teste de coeficiente de correlação intra classe, dos escores totais obtidos independentemente pelos 2 avaliadores terapeutas ocupacionais respectivamente. Utilizou-se o mesmo método para avaliar-se a fidedignidade, entre os pares de observações, e para os fatores da EOIPPI/TO.

Com objetivo de avaliarmos a concordância entre os avaliadores realizamos o teste T, para duas amostras independentes, para verificar se os escores atribuídos pelo avaliador 1 são iguais aos escores atribuídos pelo avaliador 2. Utilizamos este teste tendo em vista, que o mesmo apresenta maior precisão e poder que outros testes não paramétricos.

A validade de conteúdo da EOIPPI/TO foi avaliada submetendo-se a escala e o catálogo de definições à 5 juízes terapeutas ocupacionais com experiência clínica na área de saúde mental.

A validade de constructo, para avaliar se realmente a escala mede mudanças clínicas de pacientes psiquiátricos, quando submetidos ao processo de terapia ocupacional, foi avaliada através da utilização do teste de Kruskal Wallis, um teste não paramétrico, cujo objetivo é comparar 2 ou mais tratamentos, considerando-se as variáveis: escores totais médios, sessões e diferentes atividades utilizadas na aplicação da escala em cada sujeito, ou seja: verificar se os escores das 4 sessões (independente dos avaliadores, e das atividades aplicadas), são

iguais ou não. No caso de rejeição desta hipótese verificar quais sessões diferem.

Para verificarmos as propriedades preditivas da escala, realizamos o teste para calcular o valor preditivo negativo (VPN), e valor preditivo positivo (VPP),

Para isso utilizamos os escores apresentados pelos pacientes na última sessão e o tempo de alta dos pacientes, Considerando os pacientes que tiveram alta até 10 dias após a aplicação da escala comparados com os pacientes que tiveram alta após esse período. Com base nestes dados calculamos a sensibilidade e especificidade da escala, e determinamos o melhor ponto de corte. Vale aqui lembrar que especificidade foi definida entre os sujeitos que não tiveram alta qual a porcentagem que a escala previu que não teriam alta, e sensibilidade foi definida entre os sujeitos que tiveram alta qual a porcentagem que a escala previu que teriam alta.

O valor preditivo negativo foi definido entre aqueles pacientes que a escala previu que não teriam alta, quantos realmente não tiveram. E valor preditivo positivo foi definido entre aqueles pacientes que a escala previu que teriam alta e que realmente tiveram.

Comparamos ainda, os dos escores totais médios na última sessão de aplicação, de pacientes que obtiveram alta nos primeiros 10 dias após a última aplicação, com os daqueles que obtiveram alta após a última aplicação. Nosso objetivo era avaliar o valor preditivo da escala, através da observação dos escores dos pacientes que obtiveram alta médica em comparação com os que não tiveram alta no período de dez dias. _

RESULTADOS

4 - RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados, buscaram responder nossas questões elaboradas a partir de nosso objetivo e dizem respeito as propriedades psicométricas da EOIPPI/TO, portanto apresentamos a seguir o estudo da análise fatorial, da fidedignidade e validade da escala.

Apresentamos inicialmente, na TABELA I, a média dos escores totais atribuídos pelos 2 avaliadores em cada item, nas 4 sessões. O Anexo IV, apresenta os escores atribuídos por cada um dos avaliadores em cada item nas 4 sessões.

TABELA I - Média dos escores atribuídos em cada item nas 4

sessões	
ITEM	MÉDIA
1	0.033
2	0.500
3	0.508
4	0.241
5	0.233
6	0.341
7	0.125
8	0.266
9	0.366
10	0.241
11	0.416
12	0.333
13	0.275
14	0.108

A análise fatorial dos escores dos 14 itens da EOIPPI/TO, nas 120 observações permitiram a extração de 4 fatores, os quais explicam 76.4% da variabilidade total dos dados originais.

O Fator 1 explica 48% da variância total dos fatores, seguido do Fator 2 que explica 15%, o Fator 3 9%, e o Fator 4 6% da variância total dos fatores, respectivamente.

A TABELA II apresenta as cargas fatoriais dos 14 itens da EOIPPI/TO.

Os fatores foram então assim denominados: Fator 1- ***Execução da Atividade***- onde encontramos os itens relacionados com a execução da atividade propriamente dita, que é composto execução da atividade, mostrar interesse, psicomotricidade aumentada, aceitação de limites, linguagem acelerada, irritabilidade.

Fator 2- ***Psicoticismo***- onde encontramos itens relacionados com sintomas psicóticos, composto por :alucinações, orientação, referência a fatos irreais e comportamento inabitual.

Fator 3- ***Interação Social***- onde encontramos os itens interação social e comunicação verbal, que estão diretamente relacionados a interação social .

Fator 4- ***Cuidado Pessoal***- onde encontramos os itens cuidado pessoal e expressão de auto estima.

TABELA II - Carga fatorial dos 14 itens da EOIPPI/ TO

	FATOR1	FATOR2	FATOR3	FATOR4	
Q1	0.03125	0.16846	-0.03142	0.76664	Cuidado Pessoal
Q2	0.89257	0.06375	0.31099	-0.01169	Execução das Atividades
Q3	0.88976	0.03268	0.30521	0.00753	Mostrar Interesse
Q4	0.01214	0.11112	0.91801	-0.01995	Comunicação Verbal
Q5	0.19859	0.07231	0.91860	0.05626	Interação Social
Q6	0.50445	0.64947	0.20397	0.27209	Referencia a Fatos Reais
Q7	0.06884	0.87777	0.07299	-0.08045	Alucinações
Q8	0.44205	0.67241	0.24716	0.20158	Orientação
Q9	0.76812	0.41276	-0.06185	0.18406	Psicomotricidade
Q10	0.64526	0.30421	-0.20552	0.48792	Linguagem Acelerada
Q11	0.57181	0.39254	0.13565	0.33288	Irritabilidade
Q12	0.72515	0.38535	-0.17957	0.30394	Aceitação de Limites
Q13	0.34279	-0.09080	0.35658	0.57146	Expressão Auto Estima
Q14	0.15653	0.62976	-0.11420	0.46587	Comportamento Inabitual

A TABELA III apresenta a distribuição dos itens da EOIPPI/TO nos 4 fatores de acordo com sua maior carga.

TABELA III - Distribuição dos 14 itens da EOIPPI/TO, nos quatro fatores segundo o sua maior carga

Execução da Atividade	Execução da Atividade	0.892
	Mostrar Interesse	0.889
	Psicomotricidade Aumentada	0.768
	Aceitação de limites	0.725
	Linguagem Acelerada	0.845
	Irritabilidade	0.571
Psicoticismo	Alucinações	0.877
	Orientação	0.872
	Referência a Fatos Irreais	0.849
	comportamento Inabitual	0.629
Interação Social	Interação Social	0.918
	Comunicação Verbal	0.918
Cuidado Pessoal	Cuidado Pessoal	0.766
	Expressão de auto estima	0.571

O resultado do teste do Coeficiente de Correlação de Pearson (r^2), que utilizamos para avaliar a correlação entre os itens dentro de cada fator, quando correlacionados entre si, onde: $-1 < r^2 > 1$, valores próximos de -1 apresentam uma correlação negativa (um cresce o outro diminui), e valores próximos de 1 apresentam uma correlação positiva (ambos crescem ou ambos diminuem), é apresentado na TABELA IV

O Fator 1 apresentou uma forte correlação positiva entre os itens que o compunham quando correlacionados entre si, apresentando: $r^2=0.75$. Enquanto que os fatores 2, 3, 4, apresentaram uma correlação positiva menor dos itens que os compunham quando correlacionados entre si, dentro de cada item respectivamente. Apresentando os seguintes valores de r^2 : Fator 2 $r^2=0.47$, Fator 3 $r^2=0.314$, Fator 4 $r^2=0.326$.

TABELA IV - Valores do teste de Coeficiente de Correlação de Pearson para cada fator da EOIPPI/TO

Coeficiente de Correlação de Pearson / Prob > R under Ho: Rho=0 / N = 120	
ESCORE	
FATOR 1	0.75548 0.0001
FATOR2	0.47083 0.0001
FATOR3	0.31642 0.0004
FATOR4	0.32643 0.0003

A TABELA V, apresenta a média e o desvio padrão dos escores atribuídos por cada avaliador nas diferentes sessões, e a média total e desvio padrão para cada sessão. Estes dados são apresentados como contribuição para avaliação da fidedignidade da EOIPPI/TO. O ANEXO II, apresenta os escores médios totais dos sujeitos, atribuídos por cada avaliador, nas quatro sessões de aplicação da EOIPPI/TO.

TABELA V - Média e desvio padrão dos escores atribuídos pelo avaliador 1 e avaliador 2 e média totais e desvio padrão para cada

sessão

SESSÃO	AVALIADOR 1	AVALIADOR 2	MÉDIA
	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)
1	5.47 (5.51)	5.40 (5.74)	5.43 (5.53)
2	4.73 (5.80)	4.73 (5.92)	4.73 (5.76)
3	3.33 (4.58)	3.27 (4.57)	3.30 (4.50)
4	2.47 (3.70)	2.53 (4.07)	2.50 (3.82)

Quando avaliamos o coeficiente de correlação intra classe dos escores médios obtidos independentemente pelos 2 avaliadores respectivamente, e para avaliarmos a fidedignidade entre os pares de observações para os fatores da EOIPPI/TO, pudemos constatar que os escores médios da EOIPPI/TO obtidos, independentemente pelos terapeutas ocupacionais, mostraram que todos os coeficientes de correlação intra classe foram estatisticamente significantes a um nível de $p > 0.001$

A TABELA VI, mostra os valores totais dos coeficientes de correlação intra classe para os escores totais e dos fatores da EOIPPI/TO, indicando que a escala mostra índices elevados de fidedignidade.

TABELA VI - Valores totais dos Coeficientes de Correlação Intra

Classe para os fatores e escores totais da EOIPPI/TO

FATORES	VALORES
EXECUÇÃO DA ATIVIDADE	0.980
PSICOTICISMO	0.990
INTERAÇÃO SOCIAL	0.822
CUIDADO PESSOAL	0.555
ESCORE TOTAL	0.986

Quando comparamos os dois tratamento dos avaliadores, os 60 pares. de observações, para verificar o acordo entre avaliadores, considerando-se um nível de significância de 0.05, não rejeitamos a hipótese de igualdade de opinião dos avaliadores, portanto os avaliadores concordam. O teste global, independente das sessões, apresenta $T=0.018$, $Prob> [T]=0.9858$. Mostrando tanto no teste global, independente das sessões, como em cada sessão um índice significativo de concordância entre os avaliadores.

Os avaliadores concordam nas quatro sessões. A TABELA VII apresenta o valor de T e o nível descritivo da estatística de T para as quatro sessões.

Tabela VII - Comparação dos escores totais médios entre os 2 avaliadores

TESTE GLOBAL	T = 0.018	PROB> [T] = 0.98
SESSÃO	T	PROB> [T]
1	0.032	0.97
2	0.000	1.00
3	0.039	0.96
4	0.046	0.96

A validade de conteúdo da EOIPPI/TO, foi comprovada quando submetida ao parecer de 5 juízes, terapeutas ocupacionais. O parecer dos 5 juízes foi unânime ao concordar com o conteúdo da escala e a clareza de seus itens. Houve portanto um consenso entre os juízes, apresentando-se então como um instrumento adequado e de utilidade para prática clínica.

O teste Kruskal Wallis, um teste não paramétrico, cujo o objetivo é comparar dois ou mais tratamentos, consideramos os escores dos pacientes, as sessões e diferentes atividades a que cada paciente foi submetido, realizado neste estudo, para verificarmos se os escores médios das quatro sessões, (independente dos avaliadores e das diferentes atividades aplicadas em cada paciente nas diferentes sessões), eram iguais ou não, e em caso de rejeição desta hipótese, verificarmos quais diferiam.

Hipótese: $H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$

H_1 : pelo menos dois diferem

Considerando-se sempre um nível de significância de 5%, rejeitamos a hipótese de que os escores das quatro sessões são iguais.

A TABELA VIII, apresenta os valores de KW e Prob >KW.

TABELA VIII - Valores de KW e Prob > KW obtidos no teste de KRUSKAL WALLIS

SESSÕES	KW	PRO > KW
1 - 2	0.873	0.349
1 - 3	4.136	0.042
1 - 4	6.785	0.009
2 - 3	1.663	0.197
2 - 4	2.347	0.125
3 - 4	0.014	0.905
TESTE GLOBAL	8.001	0.046

O teste global apresenta os seguinte resultados:

KW = 8.001 e a Prob > KW= 0.04, portanto, < 0.05. Isto aponta-nos que os escores atribuídos nas quatro sessões são diferentes e que a EOIPPI/TO, detecta essas mudanças.

A primeira e a terceira sessão diferem , o escore médio da primeira sessão é estatisticamente maior do que o da terceira sessão. Com KW=4.136,Prob> KW=0.042,<0.05. E a primeira e a quarta sessão também diferem , com o escore médio da primeira é estatisticamente maior que o da quarta sessão, KW=6.785, Prob>KW=0.009, < 0.05.

Calculamos a validade preditiva da EOIPPI/TO através dos valores preditivos positivo e negativo, baseados nos seguintes dados: consideramos o grupo de sujeitos que tiveram alta antes dos primeiros dez dias da última aplicação, que denominamos grupo 1 e grupo 2 consideramos os pacientes que tiveram alta após estes período. Do total da amostra, 15 sujeitos, 6 desses sujeitos, portanto 40% da amostra total,

compuseram o grupo 1, enquanto que, os outros 9 sujeitos, representando 60% da amostra, compuseram o grupo 2 .

Importante ressaltar que no grupo 1, dos 6 sujeitos que o compunham, 66%, obteve escore 0 na última sessão de aplicação e 34% escore maior que 0, entre 2 e 4. Enquanto que no grupo 2, 33% dos sujeitos tiveram escore 0 e 67% obtiveram escore maior que 0, entre 1 e 12. A Tabela IX, apresenta os valores dos escores médios dos pacientes na última sessão de aplicação e quantos dias após a última aplicação da escala teve alta.

TABELA IX - Valores dos escores médios dos pacientes na última aplicação da EOIPPI/TO e quantos dias o paciente levou para receber alta

PACIENTE	ESCORE	DIAS / ALTA
1	6	10
2	0	15
3	1	20
4	1.5	20
5	10	35
6	1	26
7	<i>0</i>	<i>8</i>
8	<i>4</i>	<i>2</i>
9	0	18
10	0	26
11	12	28
12	<i>0</i>	<i>1</i>
13	<i>0</i>	<i>2</i>
14	<i>2</i>	<i>6</i>
15	<i>0</i>	<i>4</i>

Tabela X - Valores de Sensibilidade e Especificidade para o estudo da EOIPPI/TO

PONTO DE CORTE	SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE
0	0.66	0.66
1	0.66	0.44
1.5	0.66	0.33
2	0.83	0.33
4	1	0.33
6	1	0.22
10	1	0.11
12	1	0

O teste de sensibilidade e especificidade da EOIPPI/TO, detectou o melhor ponto de corte em 0, de onde se obteve um valor preditivo negativo (VPN) igual a 0.75, portanto, 75% dos sujeitos que não teriam alta realmente não obtiveram alta nos primeiros dez dias, e apresentam escore médio na última sessão, superior a 0. Enquanto que o teste apresentou um valor preditivo positivo (VPP) igual a 0.57, o que representa que 57% dos sujeitos que tiveram alta no período até dez dias após a última aplicação, o teste previu que teriam alta e realmente tiveram. Os valores de sensibilidade e especificidade deste estudo são apresentados na TABELA X.

A comparação dos escores médios dos pacientes na última sessão de aplicação da escala mostra que no grupo 1 onde os sujeitos que tiveram alta nos dez primeiros dias em seguida da última aplicação da escala e apresentaram um escore total médio 1.0, e no grupo 2 os sujeitos

que tiveram alta após esse período, apresentaram um escore total médio na última sessão de 5.25.

Nota-se nitidamente que o grupo de pacientes que não obteve alta nos primeiros dez dias apresentava um escore médio mais elevado sugerindo-nos que não tem condições de alta.

Os testes de validade preditiva da EOIPPI/TO, realizados neste estudo apresentaram resultados que sugerem esta propriedade da escala.

DISCUSSÃO

5 - DISCUSSÃO

Passamos agora apresentar a discussão dos resultados, onde discutiremos a aplicação da EOIPPI/TO no contexto de uma enfermaria psiquiátrica, seus resultados e aspectos importantes observados em nossos procedimentos, quando comparados aos estudos de instrumentos de mensuração de terapia ocupacional, enfermagem e com a EOIPPI em sua forma original, além de em um segundo tópico propormos uma observação sistemática em terapia ocupacional e os aspectos da EOIPPI/TO que possibilitam este procedimento em nosso meio.

5.1 - A EOIPPI/TO NO CONTEXTO DE UMA ENFERMARIA DE PSIQUIATRIA

A estrutura fatorial da EOIPPI/TO sugere-nos que sua distribuição de itens nos fatores está ligada ao enfoque da atuação da terapia ocupacional, no que diz respeito a seus princípios definidos pela tríade paciente-atividade-terapeuta, onde a ação do indivíduo é manifestada na execução da atividade, e através da qual são apresentadas as manifestações psicopatológicas que influenciam diretamente suas relações sociais conforme considera FERNANDES (1988).

Importante ressaltar, que este fato é facilitado pela principal característica da EOIPPI/TO, a necessidade de interação entre o avaliador e o paciente, estimulando atitudes terapêuticas. O uso do objeto intermediário proposto pela terapia ocupacional, proporciona para o paciente psicótico alívio nas dificuldades das relações interpessoais, como já observado por vários autores.(FERNANDES,1988; NASSIF, 1988; CASTRO & SILVA,1990).

A EOIPPI/TO apresentou uma estrutura fatorial semelhante às encontradas nos estudos de escalas de terapia ocupacional na área de psiquiatria. Quando comparada com o estudo de SPERMON et al.,(1991) e em relação aos demais instrumentos que apresentam propriedades satisfatórias de mensuração como: a “The Morningside Rehabilitation Status Scale”, (AFFLECK & McGUIRE, 1984); e a “The Bay Area Functional Performance Evaluation, (HOUSTON et al.,1989). Vale aqui destacar, que este último instrumento é um dos mais estudados e utilizados nos meios da terapia ocupacional em saúde mental

A estrutura fatorial da EOIPPI/TO mostrou tanto semelhança como algumas diferenças na distribuição de fatores, quando comparadas aos estudos originais da EOIPPI, realizados para avaliar pacientes num período de quatro a oito horas, durante um plantão de enfermagem abrangendo todas as rotinas da enfermagem. E mostrou-se capaz de avaliar os pacientes em um período muito mais curto, uma hora a uma hora e trinta minutos, período de uma sessão de terapia ocupacional. Este é pois um aspecto importante na seleção de instrumento de mensuração, e quando consideramos as escalas para área de psiquiatria, encontramos instrumentos que exigem um tempo muito grande para sua aplicação. Como podemos observar nos trabalhos de HOUSTON et al. (1989), por exemplo.

Cabe aqui destacar que a EOIPPI/TO, respeita o postulado de STANLEY em 1972, no que diz respeito ao formato e “layout” dos instrumentos e suas instruções que devem ser claro e conciso, além de serem completos quando mostram simplicidade de apresentação, fator essencial para a ocupação clínica, e instruções claras para a complexidade do treino para aplicação o que deve ser adequada para a situação clínica.

A EOIPPI em seu estudo original apresenta cinco fatores: Interesse Social, Psicomotricidade Aumentada, Psicoticismo, Cuidado Pessoal, e Irritabilidade. Enquanto que quando aplicada às situações de terapia ocupacional foi reduzida a quatro fatores: Execução da atividade, Psicoticismo, Interação Social e Cuidado Pessoal.

Os fatores que apresentaram maior semelhança foram Psicoticismo e Cuidado Pessoal. Aos dois fatores contudo foram acrescentados itens que no estudo original estavam alocados em outros fatores. Ao fator Psicoticismo foi acrescentado o item Comportamento Inabitual, que nos parece melhor colocado pois na maioria das vezes que apareceu estava ligado aos outros itens deste fator, como alucinações ou referência a fatos irreais.

E ao fator Cuidado Pessoal houve a retirada do item que o compunha inicialmente, Deixar o Leito, porém para situações de terapia ocupacional, o item Expressão de Auto Estima apresentou-se neste fator. Este fato sugere uma tendência desse fator para avaliação de um dado que não é apresentado na escala, que diz referência ao humor do paciente, pois em várias situações durante a avaliação pacientes com humor deprimido e que manifestavam uma expressão de auto estima negativa, mostraram-se também, sem cuidados pessoais, como por exemplo o cabelo em desalinho. O mesmo ocorrendo em situações inversas onde pacientes que apresentavam euforia, mostraram manifestações de uma auto estima exacerbada e um cuidado pessoal exagerado. Para exemplificar podemos aqui citar uma paciente que se apresentava neste estado dizia repetidas vezes que era linda e se apresentava com batom e muitos adornos.

Importante ressaltar que em nossa percepção, no estudo original este fato também parece ser notado, tendo em vista que excluindo questões orgânicas que impeçam o paciente de deixar o leito, e cuidar de si, a ausência destes comportamentos está intimamente ligada ao humor do paciente.

Um aspecto que a EOIPPI/TO mostra-se limitada, diz respeito ao material projetivo trazido pelos pacientes na execução da atividade, como por exemplo: aspectos destrutivos, comportamentos regredidos, entre outros.

A EOIPPI/TO apresentou também, o fator Interação Social como apresentado na forma original do estudo, porém apresenta-se com uma distribuição de apenas dois itens Comunicação Verbal e Interação Social, isto sugere-nos estar relacionado ao entendimento que norteia a terapia ocupacional, onde estes dois aspectos estão intimamente ligados, e os utilizamos para avaliar como o paciente mostra-se em suas relações sociais.

O fator Execução da Atividade apresentado na EOIPPI/TO apresentou itens que no estudo original estavam distribuídos em três fatores separados: Psicomotricidade Aumentada, Interesse Social, Irritabilidade. Com exceção dos itens :Participação nas Rotinas que foi retirado para forma adaptada da escala, dos itens Expressão de Auto Estima e Comportamento Inabitual, que já foram citados acima, além dos itens Interesse Social e Comunicação Verbal também, já referidos que estiveram distribuídos no Fator Interesse Social.

Este fator apresentou-se com uma distribuição de itens que enfatizam aspectos importantes a partir dos quais terapeutas ocupacionais se baseiam para a avaliação do indivíduo. A atividade, por

sua vez é instrumento de tratamento utilizado em nossa especialidade. A relação que o paciente estabelece com esse instrumento é importante para a possibilidade do estabelecimento do vínculo terapêutico, como é relatada em toda a literatura profissional específica.

No estudo original da EOIPPI os autores utilizaram-se da Escala NOSIE, como referência, tendo em vista ser esta a escala de enfermagem mais conhecida e estudada, apresenta índices de validade e fidedignidade elevados, além de apresentar grande estabilidade entre seus fatores, ZUARDI et al, (1989). Nós repetimos esse procedimento, tendo em vista que a estrutura fatorial da EOIPPI/TO mostra grande semelhança com a estrutura e os índices de fidedignidade da Escala NOSIE.

O fator apresentado na EOIPPI/TO como Execução da Atividade assemelha-se muito ao fator Competência Social apresentado na NOSIE, porém, cabe aqui lembrar que o item Psicomotricidade aumentada e linguagem acelerada não são encontrados em itens equivalentes na NOSIE, onde em contraposição encontramos um fator Retardamento. Os outros fatores mostram-se muito semelhantes aos da NOSIE.

Os resultados do teste de fidedignidade apresentaram índices significantes para os escores totais da escala e de seus fatores. Estes resultados são comparáveis aos obtidos em outras escalas de enfermagem e são superiores aos encontrados em outras escalas de terapia ocupacional da área de psiquiatria. Assim, nas condições deste experimento, a EOIPPI/TO mostrou-se um instrumento fidedigno para que terapeutas ocupacionais, após um curto período de treinamento,

possam avaliar quantitativamente a evolução clínica de pacientes psiquiátricos.

O acordo entre os avaliadores foi estatisticamente significativo, o que demonstra a viabilidade da replicabilidade, adequação da escala e clareza de seu conteúdo para as situações de terapia ocupacional em situações de psiquiatria.

A EOIPPI/TO respeitou as bases teóricas para o desenvolvimento de uma mensuração adequada

Para a validade de conteúdo o parecer dos 5 juízes foi unânime ao concordar com o conteúdo da escala e a clareza de seus itens. Houve portanto um acordo por consenso entre os juízes: apresentando-se então, como um instrumento de utilidade e adequado para a prática clínica.

Ressalvas contudo, foram feitas com relação o item orientação, onde a sugestão unânime também, dos juízes foi de que deveria fazer referência a aspectos ligados ao cognitivos do paciente.

Outro aspecto levantado pelos juízes foi a respeito do item comunicação verbal, tendo em vista que a terapia ocupacional não considera de forma relevante a comunicação verbal do paciente, importando-se sim, com os aspectos não verbal da comunicação.

Porém, levando-se em conta que esses aspectos são também importantes quando considerados como colocados na escala original, para avaliar a interação social do paciente e sua patologia, e que esse estudo objetiva adequar o instrumento já existente para as situações de terapia ocupacional, considerou-se importante pelo juízes que mantivéssemos esses dois itens em sua forma apresentada.

O item cuidado pessoal mereceu destaque dos juízes, no sentido de ser adaptado para as situações da sessão de terapia ocupacional, esse procedimento foi realizado.

Os critérios de validade de constructo também, foram satisfeitos, uma vez, que os escores médios obtidos no teste KRUSKAL WALLIS foram significativamente menores na terceira e quarta sessão em relação a primeira sessão de avaliação, sugerindo que a escala é capaz de medir mudanças clínicas dos pacientes.

Os testes de validade preditiva da EOIPPI/TO, realizados neste estudo apresentam resultados que sugerem esta propriedade da escala, tendo em vista, o valor preditivo positivo e o valor preditivo negativo, e o teste de especificidade e sensibilidade da mesma. E os escores totais médios obtidos pelos pacientes na última sessão mostram que realmente os pacientes com escores próximos de 0 tiveram alta nos primeiros dez dias em seguida da alta, e que pacientes com escores mais elevados tiveram alta em um período maior.

A EOIPPI/TO mostrou-se como um instrumento de mensuração para descrever o problema do cliente, para formular um prognóstico e para avaliar o efeito da intervenção da terapia como descreve LAW, em 1987, quando refere-se a importância de um instrumento de mensuração na prática clínica.

A EOIPPI/TO apresentou uma característica importante em seus estudos estatísticos, com relação aos dados discriminativos da observação na adequação da atividade proposta e os fatores que foram mais facilmente observados em cada atividade. Um exemplo disto foram as atividades mais estruturadas e com regras estabelecidas, como ensaio de quadrilha, favoreceram o mascaramento de comportamentos

inabituais, e de referências a fatos irrealis; enquanto que atividades mais expressivas, como por exemplo: cartões de sentimentos e construção da casa mostraram de forma mais nítida o quadro geral do paciente.

Porém, estudos mais aprofundados se fazem necessários, nesse sentido, tendo em vista que a amostra deste estudo foi pequena e que a maior parte das atividades foi observada em uma frequência muito baixa. Isto ficou evidente, quando observamos a influência dos fatores na atividade que apresenta maior frequência, na aplicação do teste T para uma amostra.

5.2 - PROPOSIÇÃO DE UMA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA EM TERAPIA OCUPACIONAL

Considerando-se que a forma de avaliação pode trazer valiosa assistência na definição da incapacidade do paciente e no planejamento do programa de tratamento. A EOIPPI/TO mostra-se como um instrumento que mensura de forma padronizada comportamentos e pode providenciar um conciso mecanismo com o qual registros e relatórios do progresso do paciente possam facilitar além da comunicação mais fácil e precisa entre profissionais e pacientes, o trabalho da pesquisa na área, entre outros fatores.

Seguindo a proposta de LAW (1987), a respeito do papel da mensuração como um processo clínico terapêutico importante, a EOIPPI/TO pode desempenhar esse papel, com propriedades psicométricas adequadas. E o terapeuta ocupacional poderá usa-la como mensuração para descrever o problema do cliente, para formular um prognóstico e para avaliar o efeito da intervenção da terapia.

O uso da EOIPPI/TO para o registro e quantificação dos processos em terapia ocupacional poderá favorecer: a sistematização das observações, através de um registro quantitativo das manifestações psicológicas e dos progressos clínicos, permitindo ainda, a utilização de um instrumento científico para avaliação da prática clínica.

A produção científica da área de terapia ocupacional no Brasil é recente, tendo crescido na última década, e a EOIPPI/TO, como um instrumento de mensuração com propriedades psicométricas adequadas, poderá colaborar muito para pesquisas clínicas.

A EOIPPI/TO apresenta-se como uma mensuração estandardizada que pode ajudar ao terapeuta ocupacional obter uma avaliação fidedigna e valida do status do paciente. E está adequada para a situação clínica e de programas terapêuticos ocupacionais de nosso meio.

A Terapia ocupacional tem, nestes últimos anos, demonstrado estar mais ciente das necessidades do uso de avaliações padronizadas em sua prática clínica, a EOIPPI/TO contempla essa necessidade e responde a ênfase da literatura na identificação das propriedades psicométricas destes instrumentos como descrito por HALSSELKUS et al. em 1972. E à necessidade de desenvolvimento de mensurações individuais descritas por HARLOWE et al. em 1982. Apresenta um catálogo de definições que descreve e sumariza as propriedades de mensuração do instrumento.

A EOIPPI/TO respeitou as bases teóricas para o desenvolvimento de uma mensuração adequada.

A EOIPPI/TO, pode contribuir de forma especial, facilitando o trabalho realizado em enfermarias psiquiátricas em nosso meio onde a demanda atendida é na maioria das vezes, muito grande, e o

procedimento de registro apresenta deficiências, imprecisões, formas subjetivas e pouco sistemáticas de descrição.

Sugere-nos também, como um instrumento possível de ser utilizado em outros níveis de atenção à saúde mental, como hospitais-dia e ambulatórios. Porque mostra-se um instrumento apto para medir mudanças em pacientes em período de sessões de terapia ocupacional

Além de mostrar-se apropriada para ser utilizadas em outras áreas de prática clínica da terapia ocupacional que trabalham com sintomas que não são exclusivamente psiquiátricos, como inter consulta psiquiátrica, trabalhos com pacientes em tratamento de hemodiálise, transtornos psicossomáticos, algumas áreas da neurologia, entre outras. Este fato sugere a necessidade de estudos mais aprofundados neste sentido.

Vale aqui lembrar que a formação do terapeuta ocupacional é bastante global, e portanto qualquer profissional tem formação para avaliação de aspectos emocionais, até porque os pacientes de outras áreas clínicas invariavelmente, apresentam-se com os aspectos emocionais alterados na medida em que na presença de um distúrbio o indivíduo está globalmente afetado por ele, ou seja, em seus aspectos bio psico sociais. Para exemplificar, podemos considerar um paciente que sofreu uma amputação, que apresenta seus aspectos físicos, emocionais e sociais comprometidos, a medida em que terá que adaptar-se as novas perspectivas de sua condição de vida, Onde terá que trabalhar sua perda, sua adaptação sem o membro amputado e sua independência física, reconsiderar suas condições para o trabalho que exercia, etc.

A escala sugere-nos ainda, a possibilidade de ser utilizada em psiquiatria infantil, evidentemente considerando-se o nível

de desenvolvimento da criança. Porém estudos mais aprofundados se fazem necessários nesse sentido.

Outro aspecto que podemos ressaltar, seria a possibilidade de utilização da EOIPPI/TO por outros profissionais da área de saúde que utilizam ou necessitam em sua prática clínica de um instrumento de mensuração.

Considera-se também que a EOIPPI/TO. s ser um instrumentos que pode ser utilizada por terapeutas ocupacionais de diferentes orientações teóricas, na medida em que segue os princípios básicos da terapia ocupacional em saúde mental.

E responde as necessidades da terapia ocupacional de poder contar com instrumentos com propriedades psicométricas adequadas, com manual delhado com explicações e definições do que deve ser avaliado e procedimentos para tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EOIPPI /TO satisfaz os requisitos de fidedignidade e validade exigidos para uma escala de avaliação mostrando um espectro de avaliação semelhante a EOIPPI, apresentados em sua forma original.

Os resultados do teste de fidedignidade apresentaram índices significantes para os escores totais da escala e de seus fatores. Estes resultados são comparáveis aos obtidos em outras escalas de enfermagem e são superiores aos encontrados em outras escalas de terapia ocupacional da área de psiquiatria. Assim, nas condições deste experimento, a EOIPPI/TO mostrou-se um instrumento fidedigno para que terapeutas ocupacionais, após um curto período de treinamento, possam avaliar quantitativamente a evolução clínica de pacientes psiquiátricos, possa usa-la como mensuração para descrever o problema do cliente, para formular um prognóstico e para avaliar o efeito da intervenção da terapia.

O acordo entre os avaliadores foi estatisticamente significativo, o que demonstra a viabilidade da replicabilidade, adequação da escala e clareza de seu conteúdo para as situações de terapia ocupacional em situações de psiquiatria.

Houve um acordo por consenso entre os juízes: apresentando-se então, como um instrumento de utilidade e adequado para a prática clínica.

Os critérios de validade de constructo também, foram satisfeitos, uma vez, que o teste global mostra isso e que os escores médios obtidos no teste KRUSKAL WALLIS foram significativamente menores na terceira e quarta sessão em relação a primeira sessão de

avaliação, sugerindo que a escala é capaz de medir mudanças clínicas dos pacientes.

Os testes de validade preditiva da EOIPPI/TO, realizados neste estudo apresentam resultados que sugerem esta propriedade da escala.

A EOIPPI/TO mostrou-se de grande valia para a terapia ocupacional no sentido de favorecer a sistematização das observações e possibilitar o registro quantitativo das manifestações psicopatológicas dos pacientes, possibilitando assim, mecanismos de registros e relatórios concisos, que contribuirão para uma comunicação mais fácil e precisa entre profissionais.

Considerando o exposto acima, a EOIPPI/TO, pode contribuir de forma especial, facilitando o trabalho realizado em enfermarias psiquiátricas em nosso meio onde a demanda atendida é na maioria das vezes, muito grande, e o procedimento de registro apresenta deficiências, imprecisões, formas subjetivas e pouco sistemáticas de descrição. Sugere-nos também, como um instrumento possível de ser utilizado em outros níveis de atenção à saúde mental, como hospitais-dia e ambulatórios. Porque mostra-se um instrumento apto para medir mudanças em pacientes em período de sessões de terapia ocupacional. Além de poder ser utilizada por outros profissionais e outras áreas de atuação clínica da terapia ocupacional.

Neste sentido sugerimos que o nome da escala seja substituído por **ESCALA DE OBSERVAÇÃO INTERATIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL (EOITO)**.

A estrutura fatorial da EOIPPI/TO mostrou-se semelhante às estruturas fatoriais encontradas na literatura estrangeira sobre o tema,

além de mostra-se muito adequada à prática clínica e orientações teóricas utilizadas em nosso meio.

Podemos concluir então, que nosso objetivo foi alcançado e que a EOIPPI/TO mostra-se como uma alternativa para soluções de problemas encontrados em nosso meio, com relação ao registro quantitativo das manifestações psicopatológicas dos pacientes que se submetem aos tratamentos de terapia ocupacional, contribuindo para a prática clínica, além de favorecer a pesquisa clínica de terapia ocupacional .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AFFLECK, J.W.; McGUIRE, R.J. The measurement of psychiatric rehabilitation status. Br. J. Psychiatry, n. 145, p. 517-525, 1984.
- AFFLECK, J.W.; AITKEN, R.C.B.; HUNTER, J.A.A.; McGUIRE, R.J.; ROY, C. W. Rehabilitation status: a measure of medicosocial dysfunction. Lancet, n. 30, p. 230-233, 1988.
- BARRIS, R.; DICKIE, V.; BARON, K.B. A comparison of psychiatric patients and normal subjects based on the model of human occupation. Occup. Ther. J. Res., v.8, n. 1, p. 3-23, 1987.
- BENNETON, M.J. Trilhas associativas: ampliando os recursos na clínica da psicose. São Paulo : Lemos Editorial, 1990. 113p.
- BERGNER, M.; BOBBIT, R.A.; CARTER, W.B.; GILSON, B.S. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status. Med Care, v. 19, p. 787-805, 1981.
- BERGNER, M.; BOBBIT, R.A.; KUSSEL, S. et al. The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. Int. J. Health Serv., v. 6, n. 3, p. 393-415, 1976.
- BLOOMER, J.S.; WILLIAMS, S.L. Bay area functional performance evaluation. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1978. 72p.
- BRONKER, A. Standardized test utilized by therapists in the file of physical disabilities. Amer. Ocup. Ther. Assoc. Phys. Dis. Neuroletter, v. 6, p. 1-3, 1983.
- BRUININKS, R. H. Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency. Minnesota: American Guidance Service, 1978. 67p.
- BRYAMAN, J.S. et al. Comprehensive occupational therapy evaluation scale. Amer. J. Ocup. Ther., v. 30, n. 2, p. 94-100, 1976.
- CAREY, R.G.; POSAVAC, E.J. Rehabilitation program evaluation using a revised level of rehabilitation scale: LORS II. Arch. phys. med. rehab., n. 63; p. 364-370, 1982.
- CASANOVA, J.S.; FEBER, J. Comprehensive evaluation of basic living skills. Amer. J. Occup. Therapy, v. 30, n. 2, p. 101-105, 1976.

- CASTRO, E.D.; SILVA, R.J.G. Processos criativos e Terapia Ocupacional. Revista de Terapia Ocupacional - USP, v.1, n. 2, p. 71-75. 1990.
- CHARPENTIER, P. The benefits of using the international classification of impairments, disabilities and handicaps in rehabilitation: a survey of 950 cases. Int. Disab. Stud., v. 11, n. 3, p. 110-113. 1989.
- CLARK, J.R.; KOCH, B.A.; NICHOLS, R.C. A factor analytical derived scale for rating psychiatric patients in occupational therapy: part 1. Development. Amer. J. Occup. Therapy, v. 19, n. 1, p. 14 - 18, 1965.
- CONTEL, J.O.B. Contribuição ao estudo da probabilidade de alta entre pacientes psiquiátricos cronicamente hospitalizados. Ribeirão Preto : FMRP, 1974. 57p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1974.
- Pensão protegida: alternativa comunitária para pacientes psiquiátricos cronicamente hospitalizados. R. Assoc. Bras. Psiqu., v. 3, n. 6, p. 186 - 190, 1981.
- DAVIDOFF, G.N.; ELLIOTT, J.R., HAUGHTON, J.S., ARDNER, M.S. Cognitive dysfunction in spinal cord injury patients: sensitivity of the Functional Independence Measure subclass vs Neuropsychologic Assessment. Arch. Phys. Med. Rehabil., n. 71, p. 326-329, 1990.
- DE WITTE. After the rehabilitation center. Amsterdam : Swets and Zeitlinger, 1991. 82 p.
- DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE & CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Guidelines for the client-centered practice of occupational therapy. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1983. (Report n. 1139 - 1133)
- DEYO, R.A.; INUI, T.S.; LEININGER, J.D.; OVERMAN, S.S. Measuring functional outcome in chronic disease: a comparison of traditional scales and a self-administered health status questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. Med. Care, v. 21; n. 2; p. 180 - 192, 1983.
- DONALDSON, S.W.; WAGNER, C.C.; GRESHAM, G.E. A unified ADI evaluation form. Arch. Phys. Med. Rehab., n. 54, p. 175-179, 1973.
- DONOHUE, M.V.; LABOVITS, D.R.; MILLER, R.J. Social competence of female psychiatric patients: a study of sociability, social presence, socialization, diagnose, and age of onset of psychosis. Occup. Ther. J. Res., v. 10, n. 3, p. 163 - 176, 1990.

- EAKIN, P. Assessment of activities of daily living: a critical review. Brit. J. Occup. Ther., n. 52, p. 11 - 15, 1992.
- ERHARDT, R.P. Development hand dysfunction. Laurel, MD: Ramsco, 1982. 191p.
- ETHRIDGE, D.; McSWEENEY, M. Research in occupational therapy. IV data collection and analysis. Amer. J. Occup. Ther., v. 25, n. 1, p. 90 - 97, 1971.
- Prevocational assessment of rehabilitation potential of psychiatric patients. Amer. J. Occup. Ther., v. 23, n. 1, p. 161 - 167, 1968.
- FEIGENSON, J.; POLKOW, L.; MEIKLE, R.; FERGUSON, W. Burke Stroke Time Oriented Profile (BUSTOP): an overview of patient function. Arch. Phys. Med. Rehab., n. 60, p. 508 - 511, 1979.
- FEINSTEIN, A.; JOSEPHY, B.R.; WELLS, C.K. Scientific and clinical problems in indexes of functional disability. Annals Internal Med., n. 107, p. 413 - 420, 1986.
- FERNANDES, S.R. Reflexões sobre a Terapia Ocupacional, o uso de atividades e a psicose. Bol. Psiq., v.21, n.1/2, p. 31-34, 1988.
- FERRARI, M.L.; AGUIRRE, B. Aspectos do funcionamento da clínica de grupo e especificidade na T.O. Bol. Psiq., v. 22 -23, p. 21 - 23, dez. 1989/ jan. 1990.
- FIDLER, G.S.; FIDLER, J.W. Occupational therapy: communication process in psychiatry. New York, Macmillan, 1963. 163 p.
- FRANCISCO, B.R. Terapia ocupacional. Campinas: Papyrus, 1988. 104p.
- FRICKE, J.; UNSWORTH, C. The status of activities of daily living: a Victorian perspective. Austr. Occup. Ther. J., v. 39, n. 1, p. 29 - 31, 1992.
- FRICKE, J.; UNSWORTH, C.; WORELL, D. Reliability of the Functional Independence Measure with occupational therapists. Austr. Occup. Ther. J., v. 40, n. 1, p. 7 - 15, 1993.
- GOOD-ELLIS, M.A.; FINE, S.B.; SPENCER, J.H.; DIVITTIS, A. Developing a role activity performance scale. Amer. J. Occup. Ther., v. 41, n. 2, p. 232 - 241, 1987.

- GOUGH, H.G. The California psychological inventory. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1956. 49p.
- GRANGER, C.V. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSED profile and Bartel Index. Arch. Phys. Med. Rehab., v. 65, n. 5, p. 145 - 154, 1985.
- GRANGER, C.V.; ALBRECHT, G.L.; HAMILTON, B.B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSED profile. Arch. Phys. Med. Rehab., v.60, n. 4, p. 134-145, 1979.
- GRANGER, C.V.; SHERWOOD, C.C.; GREER, D.S. Functional status measures in a comprehensive stroke care program. Arch. Phys. Med. Rehab., n. 58, p. 555 - 561, 1977.
- GRECCO, F. Aspectos da terapia ocupacional em hospitais psiquiátricos: contribuição ao estudo de esquizofrênicos paranoides hospitalizados. São Paulo : USP, 1981. 97p. Tese (Mestrado), Universidade de São Paulo, 1981.
- GRIMBY, G.; FINNSTON, J.; JETTE, A. On the application of the WHO handicap classification in rehabilitation. Scand. J. Rehabil. Med., n. 20, p. 93 - 98, 1988.
- HASSELKUS, B.R.; & SAFRIT, M.J. Measurement in Occupational Therapy. Amer. J. Occup. Ther., v. 30, n. 4, p. 429-436, 1976.
- HAMADA, R.S.; SCHOEDER, C.V. Schoeder-Block-Campbell adult psychiatric sensory integration evaluation: concurrent validity and clinical utility. Occup. Ther. J. Res., v. 8, n. 2, p. 75 - 88, 1988.
- HAMILTON, B.B.; LAGHIN, J.A.; GRANGER, C.V.; KAYTON, R.M. Interrater agreement of the seven level functional independence measure. Arch. Phys. Med. Rehab., n. 72, p. 572, 1991.
- HARLOWE, D. ; VAN DUESEN, J. Construct validation of St. Mary's CVA evaluation: perceptual measure. Amer. J. Occup. Ther., v. 38, n. 1, p. 184 - 186, 1984.
- HEMPHILL, B.J. The evolutive process in psychiatric occupational therapy. New Jersey : Charles B., 1982. 105p.
- HONIGFIELD, G.; KLETT, C.L. The nurses observation scale for patients evaluation. J. Clin. Psychol., n. 21, p. 65 -71, 1965.
- HOPKINS, H. & SMITH, H. Williard and Spackman's occupational therapy. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1983. 27p.

- HOUSTON, D.; WILLIAMS, S.; BLOOMER, J.; MANN, W. The Bay Area Functional Performance Evaluation: development and standardization. Amer. J. Occup. Ther., v. 43, n. 1, p. 170 - 183, 1989.
- JEFFREY, L. I. H. Aspects of selecting outcome measures to demonstrate the effectiveness of comprehensive rehabilitation. Brit. J. Occup. Ther., v. 56, n. 11, p. 394 - 400, 1993.
- KATZ, S.; AKPOM, C.A. A measure of primary sociobiological functions. Int. J. Health Serv., n. 6, p. 493 - 507, 1976.
- KATZ, S.; DOWNS, T.D.; CASH, H.R.; GROTZ, R.C. Progress in development of the Index of ADL. Gerontologist, n. 10, p. 20 - 30, 1970.
- KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. J. Amer. Med. Assoc., n. 12, p. 914 - 919, 1963.
- KEITH, R.A. Functional assessment measures in medical rehabilitation: current status. Arch. Phys. Med. Rehabil., n. 65, p. 74 -78, 1984.
- KEITH, R.A.; GRANGER, C.V.; HAMILTON, B.B.; SHERWIN, F.S. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. Adv. Clin. Assessment, n. 1; p. 6 - 18, 1987.
- KLEIN, R.M.; BELL, B. Self-care skills: behavioral measurement with klein-bell ADL scale. Arch. Phys. Med. Rehab., n. 63, p. 335 - 338, 1982.
- KIRSHNER, B.; GUYATT, G.A. A methodological framework for assessing health and disease. J. Chron. Dis., v. 38, n. 1, p. 37 - 48, 1985.
- KIRSHNER, B.; GUYATT, G.A. A methodological framework for assessing health indices. J. Chron. Dis., v. 38, n. 1, p. 27 - 36, 1985.
- LAW, M.; BAPTISTE, S.; McCOLL, M.; OPZOOMER, A.; POLATAJKO, H.; POLLOCK, N. The Canadian Occupational Performance Measure: an outcome measure for occupational therapy. Can. J. Occup. Ther., v. 57, n. 2, p. 82 - 87, 1990.
- LAW, M.; LETTS, L.A. A critical review of scales of activities of daily living. Am. J. Occup. Ther., v. 43, n. 8, p. 522 - 528, 1989.
- LAW, M. Criteria for the evaluation of measurement instruments. Can. J. Occup. Ther., v. 54, n. 3, p. 121 - 132, 1987.

- LAW , M.; & USHER, P. Validation of the Klein-Bell ADL Scale for pediatric occupational therapy. Can. J. Occup. Ther., v. 55, n. 1, p. 63-68, 1988.
- LAW, M. Measurement in Occupational Therapy: scientific criteria for evaluation. Can. J. Occup. Ther., v. 54, n. 3, p. 133 - 138, 1987.
- LAWTON, M.; BRODY, E.M. Assessment of older people.: self-maintaining and instrumental activities of living. Gerontologist, n. 9, p. 179 - 186, 1969.
- LUNARDELLI HAERTLEIN, C.A. Ethics in evaluation in occupational therapy. Amer. J. Occup. Ther., v. 46, n. 10, p. 950 - 953, 1992.
- MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel index. Maryl. State Med. J., n. 14, p. 61 - 65, 1965.
- MANN, W.; KLYCZEK, J. ; FIEDLER, R. Bay Area Functional Performance Evaluation (BaFPE): standard score. Occup. Ther. Mental Health, n 9, p. 1 - 7, 1989.
- Standard scpres for the Bay Area Functional Performance: evaluation task oriented assessment. Occup. Ther. Mental Health, n. 11, p. 13 - 24, 1991.
- MATTISON, P.G.; AITKEN, R.B.; PRESCOTT, R.J. Rehabilitation status: the relationship between the Edinburgh Rehabilitation Status Scale (ERSS), Barthel Index and Pulses Profile. Int. Disabil. Stud., v. 13, n. 1, p. 9 - 11, 1991.
- MAXIMINO, V.S. O atendimento em grupo de terapia ocupacional. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v. 1, n. 2, p. 105 - 110, 1991.
- McCREADIE, R.G.; AFFLECK, J.W.; ROBINSON, A.D.T. A comparison of scales for assessing rehabilitation patients. Br. J. Psychiatry, n. 151, p. 520 - 522, 1987.
- McDOWELL, I.; NEWELL, C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York : Oxford Press, 1987. 104 p.
- MILLER, L.J. Miller assessment for preschoolers. Littleton: CO Foundation for Knowledge in Development, 1982. 56 p.
- MITCHELL, S.K. Inter-observer agreement: reliability and generalizability of data collected in observational studies. Psychol. Bull., n. 86, p. 376 - 390. 1979.

- MOSS, R.H.; MOSS, B.S. Family environment scale: manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981. 42 p.
- NASSIF, V. Estudo comparativo sobre o uso de tinta e madeira como recurso terapêutico para pacientes psicóticos em Terapia Ocupacional. Pesquisa para a USP, 1988.
- NISSEN, M. I. Emphasis placed by Cedar Court Physical Rehabilitation Hospital on the Functional Independence Measure as the overall index for successful rehabilitation. Aust. Clin. Rev., v.9, p. 36 - 38, 1989.
- NUNNALLY, J.C. Psychometric theory. 2nd. ed. Toronto, McGraw-Hill, 1964. 112 p.
- OAKLEY, F.; KIELHOFNER, G.; BARRIS, R.; REICLER, R. The role checklist: development and empirical assessment of reliability. Occup. Ther. J. Res., n. 6, p. 157 - 170, 1986.
- OSTROW, P.C.; KAUFMAN, K.L. Improved productivity in an acute-care psychiatric occupational therapy program: quality assurance study. In:----. Productivity improvements in physical and occupational therapies. (AHA invoice nº 6024) Chicago : American Hospitals Association, 1981. [s.p.]
- PEACOCK, E.J.; REKER, G.T. The life Attitude Profile: Further evidence of reliability and empirical validity. Can. J. Behav. Sci., n. 14, p. 92 - 95, 1982.
- POLLARD, W.E.; BOBBITT, R.A.; BERGNER, M.; MARTIN, D.P.; GILSON, B.S. The sickness impact profile: reliability of a health status measure. Med.Care, v. 12, n. 2, p. 146 - 155, 1976.
- REID, D.W.; WARE, E.E. Multidimensionality of internal versus external control: addition of a third dimension and non-distinction of self versus others. Can. J. Behav. Sci., n. 6, p. 132 - 142, 1974.
- REINTEGRATION to normal living as a proxy to Quality of life. J. Chron. Dis., v. 40, n. 6, p. 491 - 499, 1987.
- SCHOENING, H.A. et al. Numerical scoring of self-care status of patients. Arch. Phys. Med. Rehabil., n. 47, p. 689 - 697, 1965.
- SCHROEDER, C.V.; BLOCK, M.P.; TROTTIER, E.C.; STOWELL, M.S. SBC adult psychiatric sensory integration evaluation. 3rd. ed. Kailua, Schroeder, 1983. 172 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - Proposta de trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Saúde Mental. Arquivos da CSM Estado de São Paulo. v. XLIII, n. especial, jan/82 a dez/83.

SMITH, R.O. The science of occupational therapy assessment. Occup. Ther. J. Res., n. 12, p. 3 - 15, 1992.

SPERMON, D.M.; WILSON, S.M.; HILL, M.A. Development and validation of the Psychiatric O.T.: evaluation of needs and treatment. Occup. Ther. Mental Health, v. 11, n. 4, p. 91 - 100, 1991.

STANLEY, J.C. Educational and psychological measurement and evaluation. New York, Prentice-Hall, 1972. 78 p.

TROMBLY, C.A., & SCOTT, A.D. Occupational therapy for physical dysfunction. Baltimore: Williards & Wilkins. 1983. 122 p.

WATTS, J.H.; BROLLIER, C.; SCHIMIDT, W. Why the use standardized patient evaluation? Commentary and suggestions. Occup. Ther. Mental Health, n. 8, p. 89 - 95, 1988.

WHITENECK, G.G.; CHARLITUE, S.W.; GERHART, K.A. OVERHOLSER, J.P.; RICHARDSON, G.N. Quantifying handicap: a new measure of long-term rehabilitation outcomes. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 73, p. 519 - 27, 1992.

WILLIAMS, S.L. ; BLOOMER, J.S. Bay area functional performance evaluation. 2nd. ed. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1989. 126 p.

WILSON, D.J.; BAKER, L. L.; GRADDOCK, J. A. Functional test for the hemiparetic upper extremity. Amer. J. Occup. Ther., v. 38, n. 34, p. 159 - 164, 1984.

WOLFF, R.J. A behaviour rating scale. Amer. J. Occup. Ther., v. 15, n. 1, p. 13 - 16, 1961.

WOOD-DAUPHINEE, S.L.; OPZOOMER, A.; WILLIAMS, J.I.; MERCHANT, B.; SPITZER, W.O. Assessment of global function: the reintegration to normal living index. Arch. Phys. Med. Rehabil., n. 69, p. 583 - 590, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-9 classification of mental and behavioral disorders. Geneva : WHO, 1978. 104 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva : WHO, 1980.
[s.p.]

YERXA, E.J.; BURNETT-BEAULIEU, S.; STOCKING, S.; AZEN, S.P.
Development of the satisfaction with performance scaled questionnaire (SPSQ). Amer. J. Occup. Ther., v. 42; n. 4, p. 215 - 221, 1988.

ZUARDI, A. W. et al. Elaboração de uma escola de enfermagem para observação participante de pacientes psiquiátricos internados. R. Bras. Psiq., v. 2, n. 25, p. 69 - 75, 1989.

ZUARDI, A.W. et al. Readability, validity and factorial dimensions of the interactive observation scale for psychiatric inpatients. (Submitted)

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE OBSERVAÇÃO INTERATIVA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS

ESCALA DE ENFERMAGEM PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS

NOME _____ REG _____ LEITO _____
 DATA _____ PERÍODO DE OBS. _____ A _____
 TEMPO DE INTERNAÇÃO _____ OBSERVADOR _____

INSTRUÇÕES

Assinale para cada um dos aspectos avaliados o item (apenas um) que lhe parece *descrever* melhor o que você pode observar durante esse período. Caso não seja possível a classificação e/ou acontecerem situações novas e/ou o paciente apresente limitação física que interfira na execução dos itens 1, 2, 3 e 4, assinale não avaliado e anote o motivo nas observações.

1	CUIDADO PESSOAL <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente cuida de si. <input type="checkbox"/> Só quando solicitado cuida de si. <input type="checkbox"/> Nega-se a cuidar de si.
2	DEIXAR O LEITO <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente. <input type="checkbox"/> Só quando estimulado. <input type="checkbox"/> Não deixa o leito, mesmo estimulado.
3	PARTICIPAÇÃO NAS ROTINAS <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente. <input type="checkbox"/> Só quando estimulado. <input type="checkbox"/> Não participa, mesmo estimulado.
4	EXECUÇÃO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente. <input type="checkbox"/> Só quando estimulado. <input type="checkbox"/> Não executa, mesmo estimulado.
5	MOSTRAR INTERESSE <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente. <input type="checkbox"/> Só quando estimulado. <input type="checkbox"/> Não mostra interesse, mesmo estimulado.
6	COMUNICAÇÃO VERBAL <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente. <input type="checkbox"/> Só estimulado responde verbalmente. <input type="checkbox"/> Não responde verbalmente, mesmo estimulado.
7	INTERAÇÃO SOCIAL <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente. <input type="checkbox"/> Só nas rotinas grupais. <input type="checkbox"/> Não interage, mesmo nas rotinas grupais.
8	REFERÊNCIA A FATOS IRREAIS <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente. <input type="checkbox"/> Comunicações sugestivas, porém aceita confrontação. <input type="checkbox"/> Comunicações sugestivas, não aceita confrontação.
9	ALUCINAÇÕES <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Ausentes. <input type="checkbox"/> Comportamentos sugestivos de alucinações. <input type="checkbox"/> Comentários e comportamentos sugestivos de alucinações.
10	ORIENTAÇÃO <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Permanece orientado. <input type="checkbox"/> Oscila quanto a orientação. <input type="checkbox"/> Desorientado.

11	PSICOMOTRICIDADE AUMENTADA <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente inquieto. <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora.
12	LINGUAGEM ACELERADA <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Aumenta. <input type="checkbox"/> Presente, porém ouve e interlocutor. <input type="checkbox"/> Presente, não consegue ouve e interlocutor.
13	IRRITABILIDADE <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente ou proporcional. <input type="checkbox"/> Desproporcional, com motivo. <input type="checkbox"/> Presente, sem motivo.
14	ACEITAÇÃO DE LIMITES <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Presente. <input type="checkbox"/> Aceita com dificuldade. <input type="checkbox"/> Não aceita.
15	EXPRESSÃO DE AUTO-ESTIMA <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Positiva. <input type="checkbox"/> Negativa. <input type="checkbox"/> Negativa, com idéias suicidas.
16	COMPORTAMENTO INABITUAL <input type="checkbox"/> Não avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente. <input type="checkbox"/> Presente, mas é interrompido com a interação. <input type="checkbox"/> Presente e não é interrompido com a interação.

Observações:

ESCALA DE ENFERMAGEM PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS

DEFINIÇÕES

01. Cuidado pessoal

Espontaneamente cuida de si — Sem que seja solicitado individualmente, lava o rosto, toma banho, e mantém-se limpo.

Só quando solicitado cuida de si — Só quando estimulado individualmente lava o rosto, toma banho, e mantém-se limpo.

Nega-se a cuidar de si — Mesmo depois de estimulado individualmente, não lava o rosto, não toma banho e não se mantém limpo.

02. Deixar o leito

Espontaneamente — Sem que seja solicitado individualmente, deixa o leito nos horários rotineiros.

Só quando estimulado — Só depois de ter sido estimulado a levantar-se, o paciente deixa o leito nos horários rotineiros, podendo voltar a deitar-se em seguida.

Não deixa o leito mesmo estimulado — Durante todo o período o paciente permanece deitado, mesmo depois de ter sido estimulado a levantar-se.

03. Participação nas rotinas

Espontaneamente — Sem que seja solicitado individualmente, segue a rotina da enfermaria quanto a atividades individuais e em grupo, ou seja, entrevistas individuais, uso do refeitório, grupo operativo, e atividades recreativas.

Só quando estimulado — Só quando solicitado e estimulado individualmente, segue a rotina da enfermaria quanto a atividades individuais e em grupo, ou seja, entrevistas individuais, uso do refeitório, grupo operativo, e atividades recreativas.

Não participa mesmo estimulado — Mesmo solicitado e estimulado individualmente, não acompanha a rotina da enfermaria quanto às atividades individuais e em grupo, ou seja, nega-se a participar de pelo menos uma dessas atividades: entrevistas individuais, uso do refeitório, grupo operativo, e atividades recreativas.

04. Execução de atividades ocupacionais

Espontaneamente — Sem que seja solicitado individualmente, inicia e executa as atividades ocupacionais.

Só quando estimulado — Precisa ser solicitado e estimulado individualmente para que consiga iniciar ou permanecer executando as atividades ocupacionais.

Não executa mesmo estimulado — Mesmo estimulado individualmente, não consegue executar as atividades propostas.

05. Mostrar interesse

Espontaneamente — Mostra-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas, por pelo menos alguma destas atividades: alimentação, passeio, TV, cuidado pessoal, alta.

Só quando estimulado — Só estimulado mostra-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas, por alguma destas atividades: alimentação, passeio, TV, cuidado pessoal, alta.

Não mostra interesse mesmo estimulado — Mesmo estimulado não consegue mostrar-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas, por qualquer coisa: alimentação, passeio, televisão, cuidado pessoal, alta.

06. Comunicação verbal

Espontaneamente — Sem que seja solicitado diretamente, inicia comunicação verbal com paciente ou técnicos, como também responde a comunicações destes, dando continuidade à conversação.

Só estimulado responde verbalmente — Só quando solicitado diretamente e estimulado, responde às comunicações verbais, sem dar continuidade ou iniciar nova comunicação.

Não responde verbalmente mesmo estimulado — Mesmo solicitado diretamente, permanece calado sem responder às comunicações feitas.

07. Interação social

Espontaneamente — Sem que seja solicitado diretamente, mesmo quando as rotinas não são grupais, permanece próximo a outros pacientes e/ou técnicos, no mesmo local, e interagindo com estes.

Só nas rotinas grupais — Só quando as rotinas são grupais permanece próximo a outros pacientes e/ou técnicos, no mesmo local, e interagindo com estes.

Não interage mesmo nas rotinas grupais — Mesmo quando as rotinas são grupais, nega-se a participar ou permanece próximo de outros pacientes e/ou técnicos, no mesmo local, sem interagir com estes.

08. Referência a fatos reais

Ausente — Suas comunicações verbais são relacionadas a fatos aparentemente reais.

Comunicações sugestivas, porém aceita confrontação — Suas comunicações verbais parecem relacionadas a fatos aparentemente reais, porém, diante de argumentos que sugiram a irrealidade desses fatos, fica em dúvida ou reformula a sua comunicação.

Comunicações sugestivas, não aceita confrontação — Suas comunicações verbais parecem relacionadas a fatos aparentemente reais, rejeitando qualquer argumento que sugira a irrealidade desses fatos, mantendo a sua comunicação prévia.

09. Alucinações

Ausentes — Não apresenta indícios de falar consigo mesmo, sorrir ou gesticular consigo mesmo, nem refere-se a vozes e/ou visões de coisas inexistentes na realidade.

Comportamentos sugestivos de alucinações — Fala consigo mesmo, sorri, e gesticula, aparentemente como resposta a estímulos reais; contudo nega que isto esteja ocorrendo ou que se relacione com vozes e/ou visões de coisas inexistentes na realidade.

Comentários e comportamentos sugestivos de alucinações — Refere-se a vozes e/ou visões de coisas inexistentes na realidade como se fossem reais, apresentando ou não comportamentos sugestivos de falsas percepções como: falar consigo mesmo, sorrir, e gesticular, aparentemente como resposta a estímulos reais.

10. Orientação

Permanece orientado — Orientado quanto ao estar em um Hospital reconhece as pessoas e as identifica com relação ao local e locomove-se neste, identificando suas funções.

Oscila quanto à orientação — Às vezes reconhece as pessoas e o local no qual se encontra, outras vezes confunde-se quanto ao local e/ou pessoas.

Desorientado — Desorientado quanto às pessoas e ao local.

11. Psicomotricidade aumentada

Ausente — Seus movimentos ocorrem em um ritmo normal ou diminuído.

Ocasionalmente inquieto — Permanece nos lugares previstos; contudo, algumas vezes executando movimentos em um ritmo contínuo (por exemplo: esfregar as mãos, bater os pés, etc.), sugestivo de inquietação psicomotora.

Agitação psicomotora — Não permanece nos lugares previstos, apresentando movimentação em um ritmo acelerado, através de ações incabadas, bruscas, sugestivas de agitação psicomotora.

12. Linguagem acelerada

Ausente — Expressa-se verbalmente em um ritmo normal ou diminuído.

Presente, porém ouve o interlocutor — Expressa-se verbalmente em um ritmo acelerado, conseguindo parar para ouvir o interlocutor.

Presente, não consegue ouvir o interlocutor — Expressa-se verbalmente em um ritmo acelerado, não conseguindo parar para ouvir o interlocutor.

13. Irritabilidade

Ausente ou proporcional — Não foi observado qualquer sinal de irritação na ausência de situações que a justifiquem ou quando alguma coisa não lhe agrada, reage sem demonstrar irritação e/ou agressividade desproporcional, sendo possível detectar na realidade o que lhe desagradou.

Desproporcional com motivo — Quando alguma coisa não lhe agrada, reage demonstrando muita irritação e/ou agressividade desproporcional à situação, sendo contudo possível detectar na realidade o que lhe desagradou.

Presente sem motivo — Mostra-se irritado e/ou agressivo sem que seja possível detectar na realidade o que lhe desagradou, independente da intensidade da reação.

14. Aceitação de limites

Presente — Facilmente reconhece e aceita os limites colocados para o seu comportamento.

Aceita com dificuldade — Só depois de confrontado reconhece e aceita os limites colocados para o seu comportamento.

Não aceita — Mesmo depois de confrontado não reconhece e não aceita os limites colocados para o seu comportamento.

15. Expressão de auto-estima

Positiva — Os comentários que faz com relação a si próprio e a sua vida manifestam auto-estima positiva.

Negativa — Os comentários que faz com relação a si próprio e à sua vida são ligados predominantemente e não ter valor.

Negativa com idéias suicidas — Os comentários que faz com relação a si próprio e à sua vida são ligados predominantemente a não ter valor, a ausência de planos para o futuro e/ou manifestação do desejo de terminar com a própria vida.

16. Comportamento inabitual

Ausente — Não apresenta comportamentos que raramente são vistos na maioria das pessoas tais como: repetição de gestos ou ações, presença de caretas, gestos ou ações sem motivo aparente, imitações de ações de outros, permanência na mesma posição durante longo tempo.

Presente, porém é interrompido com a interação — Apresenta comportamentos que raramente são vistos na maioria das pessoas, tais como: repetição de gestos ou ações, presença de caretas, gestos ou ações sem motivo aparente, imitação de ações de outros, permanência na mesma posição por longo tempo; porém, o comportamento é interrompido quando outra pessoa tenta estabelecer alguma interação.

Presente e não interrompido com a interação — Apresenta comportamentos que raramente são vistos na maioria das pessoas, tais como: repetição de gestos ou ações, presença de caretas, gestos ou ações sem motivo aparente, imitação de ações de outros, permanência na mesma posição durante longo tempo; porém, o comportamento não é interrompido quando outra pessoa tenta estabelecer alguma interação.

**ANEXO II - ESCALA DE OBSERVAÇÃO INTERATIVA DE
PSIQUAATRIA APLICADA ÀS SITUAÇÕES DE TERAPIA
OCUPACIONAL**

Cuidado Pessoal >Não Avaliado	>Espontaneamente >Só quando solicitado cuida de si >Nega-se a cuidar de si
Execução das Atividades >Não Avaliado	>Espontaneamente >Só quando estimulado >Não executa, mesmo estimulado
Mostrar Interesse >Não Avaliado	>Espontaneamente >Só quando estimulado >Não mostra interesse, mesmo estimulado
Comunicação Verbal >Não Avaliado	>Espontaneamente >Só quando estimulado responde verbalmente >Não responde verbalmente, mesmo estimulado
Interação Social >Não Avaliado	>Espontaneamente >Só quando estimulado >Não interage, mesmo quando estimulado
Referência a Fatos irreais >Não Avaliado	>Ausente >Comunicações sugestivas, porém aceita confrontação >Comunicações sugestivas, não aceita confrontação
Alucinações >Não Avaliado	>Ausente >Comunicações Sugestivas, porém aceita confrontação >Comentários e comportamentos sugestivos de alucinação
Orientação >Não Avaliado	>Permanece Orientado >Oscila quanto à orientação >Desorientado
Psicomotricidade Aumentada >Não Avaliado	>Ausente >Ocasionalmente inquieta >Agitação psicomotora
Linguagem Acelerada >Não Avaliado	>Ausente >Presente, porém ouve o interlocutor >Presente, não consegue ouvir o interlocutor
Irritabilidade >Não Avaliado	>Ausente ou proporcional >Desproporcional - com motivo >Presente sem motivo
Aceitação de Limites >Não Avaliado	>Presente >Aceita com dificuldade >Não aceita
Expressão de Auto-Estima >Não Avaliado	>Positiva >Negativa >Negativa com idéias suicidas
Comportamento Inabitual >Não Avaliado	>Ausente >Presente, mas é interrompido com a interação >Presente e não é interrompido com a interação

CATÁLOGO DE DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

CUIDADO PESSOAL

Espontaneamente cuida de si - Sem que seja solicitado individualmente, paciente apresenta-se para a atividade limpo e com banho tomado

Só quando estimulado cuida de si - Só quando estimulado individualmente, paciente apresenta-se para atividade limpo e com banho tomado

Nega-se a cuidar de si - Mesmo depois de estimulado Individualmente, paciente apresenta-se para atividade sem estar limpo e sem tomar banho.

EXECUÇÃO DA ATIVIDADE PROPOSTA

Espontaneamente - Sem que seja solicitado individualmente, inicia e executa a atividade proposta.

Só quando estimulado - Precisa ser solicitado e estimulado individualmente para que consiga iniciar ou permanecer executando a atividade proposta.

Não executa mesmo estimulado - Mesmo estimulado individualmente, não consegue executar a atividade proposta.

MOSTRA INTERESSE

Espontaneamente - Mostra-se interessado através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas e realização da atividade proposta.

Só quando estimulado - Só quando estimulado mostra-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas e realização da atividade proposta.

Não mostra interesse mesmo estimulado - Mesmo estimulado não consegue mostrar-se interessado, através de perguntas, comentários, sugestões ou críticas por qualquer atividade.

COMUNICAÇÃO VERBAL

Espontaneamente - Sem que seja solicitado diretamente, inicia comunicação verbal com pacientes ou técnicos, como também responde a comunicação destes, dando continuidade a conversação.

Só estimulado responde verbalmente - Só quando solicitado diretamente e estimulado, responde as comunicações verbais, sem dar continuidade ou iniciar nova comunicação.

Não responde verbalmente mesmo estimulado - Mesmo solicitado diretamente, permanece calado sem responder às comunicações feitas.

INTERAÇÃO SOCIAL

Espontaneamente - Sem que seja solicitado diretamente, permanece próximo a outros pacientes e/ou técnicos e interagindo com estes.

Só quando estimulado - Só quando estimulado diretamente, permanece próximo a outros pacientes e/ou técnicos e interagindo com estes.

Não interage, mesmo quando estimulado - Mesmo quando estimulado, nega-se a participar ou permanecer próximo de outros pacientes e/ou técnicos, sem interagir com estes.

REFERÊNCIAS A FATOS IRREAIS

Ausente - Suas comunicações verbais são relacionadas a fatos aparentemente reais.

Comunicações sugestivas, porém aceita confrontação - Suas comunicações verbais parecem relacionadas a fatos aparentemente irrealis, porém, diante de argumentos que sugiram a irrealidade desses fatos, fica em dúvida ou reformula a sua comunicação.

Comunicações sugestivas, não aceita confrontação - Suas comunicações verbais parecem relacionadas a fatos aparentemente irrealis, rejeitando qualquer argumento que sugira a irrealidade desses fatos, mantendo a sua comunicação prévia.

ALUCINAÇÕES

Ausentes - Não apresenta indícios de falar consigo mesmo, sorrir ou gesticular consigo mesmo, nem refere-se a vozes e/ou visões de coisas inexistentes na realidade.

Comportamento sugestivos de alucinações - Fala consigo mesmo, sorri e gesticula, aparentemente como resposta a estímulos irreais; contudo nega que isto esteja ocorrendo ou que se relacione com vozes e/ou visões de coisas inexistentes na realidade.

Comentários e comportamentos sugestivos de alucinações- Refere-se a vozes e/ou visões de coisas inexistentes na realidade como se fossem reais, apresentando ou não comportamentos sugestivos de falsas percepções como: falar consigo mesmo, sorrir, e gesticular, aparentemente como resposta a estímulos irreais.

ORIENTAÇÃO

Permanece Orientado - Orientado quanto ao estar em um hospital, reconhece as pessoas e as identifica com relação ao local e locomove-se neste, identificando suas funções.

Oscila quanto à orientação - Às vezes reconhece as pessoas e o local no qual se encontra, outras vezes confunde-se quanto ao local e/ou pessoas.

Desorientado - Desorientado quanto às pessoas e ao local.

PSICOMOTRICIDADE AUMENTADA

Ausente - Seus movimentos ocorrem em um ritmo normal ou diminuído.

Ocasionalmente Inquieto - Permanece nos lugares previstos; contudo, algumas vezes executando movimentos em um ritmo contínuo (por exemplo: esfregar as mãos, bater os pés, etc.), sugestivo de inquietação psicomotora.

Agitação Psicomotora - Não permanece nos lugares previstos, apresentando movimentação em um ritmo acelerado, através de ações inacabadas, bruscas, sugestivas de agitação psicomotora.

LINGUAGEM ACELERADA

Ausente - Expressa-se verbalmente em um ritmo normal ou diminuído.

Presente, Porém ouve o interlocutor - Expressa-se verbalmente em ritmo acelerado, conseguindo parar para ouvir o interlocutor.

Presente, não consegue ouvir o interlocutor - Expressa-se verbalmente um ritmo acelerado, não conseguindo parar para ouvir o interlocutor.

IRRITABILIDADE

Ausente ou proporcional - Não foi observado qualquer sinal de irritação na ausência de situações que a justifiquem ou quando alguma coisa não lhe agrada, reage sem demonstrar irritação e/ou agressividade desproporcional, sendo possível detectar na realidade o que lhe desagradou.

Desproporcional com motivo - Quando alguma coisa não lhe agrada, reage demonstrando muita irritação e/ou agressividade desproporcional à situação, sendo contudo possível detectar na realidade o que lhe desagradou.

Presente sem motivo - Mostra-se irritado e/ou agressivo sem que seja possível detectar na realidade o que lhe desagradou, independente da intensidade da reação.

ACEITAÇÃO DE LIMITES

Presente - Facilmente reconhece e aceita os limites colocados para o seu comportamento.

Aceita com dificuldade - Só depois de confrontado, reconhece e aceita os limites colocados para o seu comportamento.

Não aceita - Mesmo depois de confrontado não reconhece e não aceita os limites colocados para o seu comportamento.

EXPRESSÃO DE AUTO ESTIMA

Positiva - Os comentários que faz com relação a si próprio e a sua vida manifestam auto-estima positiva.

Negativa com idéias suicidas - Os comentários que faz com relação a si próprio e à sua vida são ligados predominantemente a não ter valor.

Negativa com idéias suicidas - Os comentários que faz com relação a si próprio e à sua vida são ligados predominantemente a não ter valor, a ausência de planos para o futuro e/ou manifestação de desejo de terminar com a própria vida.

COMPORTAMENTO INABITUAL

Ausente - Não apresenta comportamentos que raramente são vistos na maioria das pessoas tais como: repetição de gestos ou ações, presença de caretas, gestos ou ações sem motivo aparente, imitações de ações dos outros, permanência na mesma posição durante longo tempo.

Presente, porém é interrompido com a interação - Apresenta comportamentos que raramente são vistos na maioria das pessoas, tais como: repetição de gestos ou ações, presença de caretas, gestos ou ações sem motivo aparente, imitação de ações de outros, permanência na mesma posição por longo período de tempo; porém, o comportamento é interrompido quando outra pessoa tenta estabelecer alguma interação.

Presente e não interrompido com a interação - Apresenta comportamentos que raramente são vistos na maioria das pessoas, tais como: repetição de gestos ou ações, presença de caretas, gestos ou ações sem motivo aparente, imitação de ações de outros, permanência na mesma posição durante longo tempo; porém, o comportamento não é interrompido quando outra pessoa tenta estabelecer alguma interação.

ANEXO III - Escores médios totais dos sujeitos, atribuídos por cada avaliador nas quatro sessões de aplicação da EOIPPI/TO

	Sessão 1	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 4
	AV1	AV2	AV1	AV2	AV1	AV2	AV1	AV2
Paciente	escore médio	escore médio	escore médio	escore médio	escore médio	escore médio	escore médio	escore médio
1	8	8	10	10	7	7	6	6
2	1	1	0	0	0	0	0	0
3	3	2	1	1	0	1	1	1
4	0	0	1	1	1	0	2	1
5	13	11	17	18	13	13	10	10
6	16	19	13	13	10	9	1	1
7	2	2	2	2	0	0	0	0
8	2	2	0	0	4	4	4	4
9	6	4	7	5	0	0	0	0
10	9	7	4	3	0	0	0	0
11	15	15	13	13	10	11	11	13
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0
14	3	5	3	5	5	4	2	2
15	4	5	0	0	0	0	0	0

ANEXO III - Escore de cada paciente atribuído por cada avaliador nos 14 itens, em cada sessão

SESSAO 1a Sessao

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
		SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM
PACIEN-TE	Avaliador														
1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	2	1
	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	2	1
2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
3	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	1	0	2	2	0	0	2	0	1	1	1	2	2	0	0
	2	0	2	1	0	0	2	0	1	1	0	2	2	0	0
6	1	0	1	1	0	0	2	1	2	2	2	2	2	0	1
	2	2	1	1	0	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1
7	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
8	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0
10	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1
	2	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0
11	1	0	1	1	1	1	2	2	2	1	0	2	1	0	1
	2	0	1	1	1	1	2	2	2	1	0	2	1	0	1
12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1

SESSAO 2a Sessao

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	
		SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	
PACIENTE	Avaliador															
1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0
	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0
2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
5	1	0	2	2	1	2	2	0	1	1	1	1	2	2	1	0
	2	1	2	2	1	2	2	0	1	1	1	2	2	1	0	0
6	1	0	1	2	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	1	1
	2	0	1	1	1	1	2	0	2	1	1	0	1	1	1	1
7	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0
10	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
11	1	0	2	1	1	1	2	1	2	1	1	0	0	1	0	0
	2	0	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0
12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SESSAO 3a Sessao

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
		SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM
PACIENTE	Avaliador														
1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	1	0	2	2	0	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
	2	0	2	2	0	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
6	1	0	1	1	0	0	1	0	1	2	1	0	2	1	0
	2	0	1	1	0	0	1	0	1	2	1	0	2	0	0
7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	0	1	0
	2	0	1	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2	0
12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SESSAO 4a Sessao

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
		SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM	SUM
PACIEN- TE	Avaliad- or														
1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	2	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	2	1	1	0
	2	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	2	1	1	0
6	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1	0	2	2	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0
	2	0	2	2	1	2	1	0	1	1	0	2	0	1	0
12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0