UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

BÁRBARA COSTA SACRAMENTO SANTOS

"QUEM SÃO ELES?": PERFIL SOCIOECONÔMICO E DESEMPENHO OCUPACIONAL DE ADOLESCENTES ASSISTIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA

RECIFE, 2023

BÁRBARA COSTA SACRAMENTO SANTOS

"QUEM SÃO ELES?": PERFIL SOCIOECONÔMICO E DESEMPENHO OCUPACIONAL DE ADOLESCENTES ASSISTIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA

Artigo científico elaborado segundo as normas da Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, como exigência final para obtenção do grau de Terapeuta Ocupacional, pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientadora: Prof.ª DSc. Marina Araújo Rosas

Coorientadora: Espc. Débora Danielle Andrade dos Santos

RECIFE, 2023

"QUEM SÃO ELES?": PERFIL SOCIOECONÔMICO E DESEMPENHO OCUPACIONAL DE ADOLESCENTES ASSISTIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA.

"WHO ARE THEY?": SOCIOECONOMIC PROFILE AND OCCUPATIONAL PERFORMANCE OF ADOLESCENTS ASSISTED IN A PSYCHIATRIC OUTPATIO. *

"¿QUIÉNES SON?": PERFIL SOCIOECONÓMICO Y DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE ADOLESCENTES ASISTIDO EN UN PATIO EXTERNO PSIQUIÁTRICO. *

RESUMO

Introdução: Adolescentes com transtornos mentais normalmente se encontram em situação de vulnerabilidade social e podem ter seu desempenho ocupacional prejudicado em várias áreas. Dessa forma, o terapeuta ocupacional é o profissional que trabalha na habilitação e reabilitação, promoção de saúde e bem-estar das ocupações, fazendo-se necessário sua atuação com esse público. **Objetivo:** apresentar o perfil socioeconômico clínico e o desempenho ocupacional dos adolescentes assistidos no ambulatório de psiquiatria infanto-juvenil de um Hospital Universitário em Pernambuco. **Métodos:** Trata-se de um estudo de campo realizado de maneira descritiva com abordagem quantitativa, de corte transversal. Realizou-se uma amostra aleatória simples ao período da coleta com adolescentes de 11 à 21 anos que tivessem diagnóstico relacionado a algum transtorno mental. **Resultados:** Existiu um total de 20 adolescentes para pesquisa, que em sua maioria possuíam 15 anos, não existindo predominância de sexo, moravam distantes da região metropolitana e se deslocavam de ônibus pelo menos uma vez na semana para o hospital, viviam numa residência com 4 pessoas e sobreviviam com até um salário mínimo, cursavam o ensino fundamental e não possuíam Acompanhante Terapêutico Escolar. Tiveram predominância no diagnóstico de depressão e ansiedade e majoritariamente acompanhados apenas por psiquiatra. Quanto ao resultado da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional as atividades com maior destaque foram "procurar emprego" e "tarefas domésticas". **Discussão:** Observou-se que a relação do contexto socioeconômico repercutiu diretamente no desempenho ocupacional dos adolescentes. **Conclusão:** Percebeu-se a escassez na literatura referente ao desempenho ocupacional de adolescentes com transtornos mentais, sendo sugerido estudos futuros sobre o tema.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Adolescente; Terapia Ocupacional.

SUMMARY

Introduction: Adolescents with mental disorders are usually in a situation of social vulnerability and may have their occupational performance impaired in several areas. Thus, the occupational therapist is the professional who works in habilitation and rehabilitation, promoting health and well-being in occupations, making it necessary to work with this public. **Objective:** to present the clinical socioeconomic profile and occupational performance of adolescents assisted at the child and youth psychiatry clinic of a University Hospital in Pernambuco. **Methods:** This is a descriptive field study with a quantitative, cross-sectional approach. A simple random sample was carried out during the collection period with adolescents between 11 and 21 years old who had been diagnosed with a mental disorder. **Results:** There were a total of 20 adolescents for the research, most of whom were 15 years old, with no gender predominance, lived far from the metropolitan area and commuted by bus at least once a week to the hospital, lived in a residence with 4 people and survived with up to one minimum wage, attended elementary school and did not have a School Therapeutic Companion. They had predominance in the diagnosis of depression and anxiety and mostly followed only by a psychiatrist. As for the result of the Canadian Occupational Performance Measure, the most prominent activities were "looking for a job" and "domestic chores". **Discussion:** Note that the relationship of socioeconomic context had a direct impact on the occupational performance of adolescents. **Conclusion:** It was noticed the economy in the literature regarding the occupational performance of adolescents with mental disorders, suggesting future studies on the subject.

Keywords: Mental Disorders; Adolescent; Occupational therapy.

RESUMEN

Introducción: Los adolescentes con trastornos mentales suelen encontrarse en una situación de vulnerabilidad social y pueden tener deteriorado su desempeño ocupacional en diversas áreas. Así, el terapeuta ocupacional es el profesional que actúa en la habilitación y rehabilitación, promoviendo la salud y el bienestar en las ocupaciones, siendo necesario trabajar con este público. **Objetivo:** presentar el perfil socioeconómico clínico y el desempeño ocupacional de los adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil y juvenil de un Hospital Universitario de Pernambuco. **Métodos**: Se trata de un estudio descriptivo de campo con enfoque cuantitativo, transversal. Se realizó un muestreo aleatorio simple durante el período de recolección con adolescentes entre 11 y 21 años que habían sido diagnosticados con un trastorno mental. **Resultados:** Se contó con un total de 20 adolescentes para la investigación, la mayoría tenían 15 años, sin predominio de género, vivían lejos del área metropolitana y se desplazaban en bus al menos una vez por semana al hospital, residían en una residencia con 4 personas y sobrevivían con hasta un salario mínimo, asistían a la escuela primaria y no contaban con Acompañante Terapéutico Escolar. Tuvieron predominio en el diagnóstico de depresión y ansiedad y en su mayoría

seguidos solo por un médico psiquiatra. En cuanto al resultado de la Canadian Occupational Performance Measure, las actividades más destacadas fueron "buscar trabajo" y "tareas domésticas". **Discusión**: Nótese que la relación del contexto socioeconómico tuvo un impacto directo en el desempeño ocupacional de los adolescentes. **Conclusión**: Se percibió la economía en la literatura sobre el desempeño ocupacional de los adolescentes con trastornos mentales, sugiriendo futuros estudios sobre el tema.

Palabras llave: Trastornos Mentales; Adolescente; Terapia ocupacional.

SUMÁRIO

1. **Introdução.....5**
2. **Método.....8**
3. **Resultados.....9**
4. **Discussão.....14**
   - **4.1. Perfil Socioeconômico e clínico 14**
   - **4.2. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.....17**
5. **Conclusão.....19**
6. **Referências.....21**
7. **Anexos.....25**
8. **Apêndices.....30**

1. INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional é uma profissão majoritariamente da área da saúde, mas também abarca outras áreas como a educação, o social e a cultura. Tem como foco a habilitação, reabilitação e promoção de saúde e bem-estar nas ocupações de um indivíduo que tenha algum grau de comprometimento que afete seu desempenho ocupacional. Dessa forma, para direcionar suas intervenções, o terapeuta ocupacional precisa compreender quais ocupações são pertinentes a cada faixa etária e ao contexto que o indivíduo está inserido. Sendo assim, o terapeuta ocupacional entende essa relação transacional entre o sujeito, suas ocupações e o seu contexto para delinear o planejamento da sua intervenção (AOTA, 2021).

De acordo com a *World Health Organization*– WHO (2014) é considerado adolescente o indivíduo de dez a dezenove anos, ampliando o marco para a jovem até os vinte e quatro anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (2021) considera adolescente o indivíduo que possui idade entre doze anos e dezoito anos de idade. Em virtude do exposto, a adolescência é enquadrada em um período de vida marcado por várias transições e particularidades, sendo caracterizada por impulsos no desenvolvimento físico, mental, social, emocional e sexual (EISENSTEIN, 2005).

Os principais marcos da adolescência incluem a puberdade, período de grandes mudanças morfológicas e fisiológicas, o desenvolvimento da personalidade e o início da independência emocional, física e algumas vezes financeira (EISENSTEIN, 2005). Considerando tais mudanças, a adolescência é um período marcado por uma possibilidade maior de fragilidade e instabilidade emocional, o que muitas vezes pode trazer agravos para a saúde mental do adolescente (SILVA, 2012).

Para além dos marcos supracitados, alguns contextos, episódios de vida, herança genética e convívio social podem ser potencializadores para o desenvolvimento de transtornos mentais em adolescentes. Com isso, é possível elencar como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na adolescência: o acúmulo de situações traumáticas, violência, drogas, pobreza, doenças crônicas, baixa autoestima, eventos estressores familiares, escolares e sexuais (SILVA, 2012).

Nesse sentido, é visto atualmente que a fase da adolescência dispõe de alguns transtornos mentais mais comumente encontrados. Concordantemente com o DSM-5 e o CID-10 os transtornos mentais prevalentes na adolescência são: depressão, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtornos de Ansiedade e os Transtornos Disruptivos. Somado a esses, os transtornos do desenvolvimento intelectual (TDI) se apresentam em uma porcentagem significativa da população mundial infantojuvenil,

podendo ser encontrado como comorbidade a outros transtornos (THIENGO et al, 2014; POISK et al, 2019).

Para entender um pouco melhor como esses transtornos se manifestam é necessária uma breve conceituação dos mesmos. Nesse sentido, a depressão é um transtorno mental caracterizado em maior parte por um humor triste e um desânimo com poucas oscilações, sendo intensamente desproporcional à um sofrimento psíquico comum. Posto isso, além dos fatores biológicos, genéticos e neuroquímicos, a depressão se enquadra enquanto um transtorno bastante atrelado à luto e perdas significativas na vida do indivíduo (DALGALARRONDO,2019).

Seguidamente, o Transtorno de Ansiedade é um transtorno caracterizado por uma constante preocupação e/ou medo excessivo (em parte majoritária do dia, durante vários meses) que comumente não provém de um perigo real ou eminente, o que prejudica a vida ocupacional do adolescente. Somado a isso, é comum se observar sintomas físicos nesses indivíduos, sendo mais encontrados as cefaleias, as dores musculares e dores (sensação de queimação) no estômago, taquicardia e sudorese fria (DUMAS, 2018; DALGALARRONDO, 2019).

Os outros dois transtornos mentais mais prevalentes na adolescência são os Transtornos Disruptivos e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Desse modo, os Transtornos Disruptivos são caracterizados como transtornos "agressivos", muito ligados ao autocontrole das emoções e alteração do comportamento, caracterizando adolescentes com dificuldade de regular as emoções. Além disso, exibem comportamentos de autoagressividade e heteroagressividade, apresentando desacordo com figuras de autoridade e regras, sejam elas sociais, morais e institucionais (DSM-V, 2014).

Ainda, de acordo com o DSM-V (2014), o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento, transtorno do início do desenvolvimento do indivíduo, caracterizado por "desatenção, desorganização ou hiperatividade-impulsividade" em níveis prejudiciais para o sujeito. Unissonamente, assim como o TDAH, o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI) é um transtorno do neurodesenvolvimento, contudo, o TDI caracteriza-se significativamente pela dificuldade em funções intelectuais, como leitura, escrita e compreensão verbal, apresentando maior déficit cognitivo (ANJOS et al, 2019).

Os adolescentes que apresentem quaisquer um dos transtornos mentais supracitados necessitam de acompanhamento profissional. Nesse sentido, a portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que diz respeito a Rede de Atenção Psicossocial, dispõe sobre um tratamento multidisciplinar para indivíduos com transtornos mentais e uma Assistência Especializada em Saúde Mental. A portaria aponta uma equipe multiprofissional mínima

com médico clínico, médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico e técnicos de enfermagem.

Consonantemente com a Portaria nº1.608, de 3 de agosto de 2004, que dispõe sobre a ampliação da assistência em saúde mental infantojuvenil, a equipe citada anteriormente, também será encontrada ao cuidado com adolescentes com transtornos mentais nos serviços especializados em saúde mental. Nesse sentido, os adolescentes podem obter acompanhamento multiprofissional em serviços especializados, como os CAPS infantojuvenil e nos ambulatórios especializados em saúde mental nos Hospitais Gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Conforme previsto na Rede de Atenção Psicossocial, o terapeuta ocupacional está entre os profissionais que atuam com adolescentes com transtornos mentais. Seu trabalho se constitui através de atendimentos individuais, grupais e territoriais. Na prática, auxilia os adolescentes a se envolverem em atividades significativas que possibilitem a participação social nas suas ocupações, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar. A partir disso, a reorganização da rotina e o treino de AVD são exemplos de práticas utilizadas por terapeutas ocupacionais com esse público (PEREIRA et al, 2014).

Diante das sintomatologias supracitadas, os transtornos mentais poderão acarretar em repercussões negativas no desempenho ocupacional dos adolescentes. De acordo com a AOTA (2021, p.23) o desempenho ocupacional "é a realização da ocupação selecionada resultante da transação dinâmica entre o/a cliente, os seus contextos e a ocupação". Posto isso, os fatores do cliente, que são características e capacidades específicas de uma pessoa, influenciam diretamente no desempenho ocupacional.

Nesse sentido, os fatores do cliente são afetados pela presença de doença/transtorno, privação, incapacidade e experiências de vida. Dessa forma, os transtornos mentais na adolescência enquanto fator que afeta a vida do indivíduo, irá influenciar diretamente no desempenho ocupacional do adolescente (AOTA, 2021; PEREIRA et al, 2014).

Dessarte, pensando no desempenho ocupacional afetado a partir de um transtorno mental em adolescentes, a Terapia Ocupacional se utiliza de instrumentos para avaliar esse desempenho. Posto isso, a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) é um dos instrumentos mais utilizados por terapeutas ocupacionais brasileiros para avaliar o desempenho ocupacional do sujeito (CALDAS, FACUNDES e SILVA, 2011; DE ALMEIDA BASTOS, MANCINI e PYLÓ, 2010).

Por fim, a partir da temática abordada, o objetivo desse artigo é apresentar o perfil socioeconômico e o desempenho ocupacional dos adolescentes assistidos no ambulatório de psiquiatria infantojuvenil de um Hospital Universitário em Pernambuco.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo realizado de maneira descritiva com abordagem quantitativa, de corte transversal, utilizando o *survey* (levantamento). Obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), obedecendo os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sob o número de CAAE 59869422.1.0000.5208 sob o parecer de número 5.539.688.

A coleta ocorreu no ambulatório de psiquiatria infantojuvenil de um Hospital Universitário em Pernambuco, durante o turno da manhã das quartas-feiras de novembro de 2022 até fevereiro de 2023. Foram incluídos no estudo adolescentes de 11 à 21 anos que tivessem diagnóstico, segundo a Classificação Internacional de Doença (CID) relacionado a algum transtorno mental. A abrangência da faixa etária dos participantes levou em consideração o marco estendido estabelecido pela OMS e as idades atendidas pelo serviço.

Foi realizada uma amostra aleatória simples atrelada ao período da realização da pesquisa. E de acordo com Gil (2008), a amostra aleatória simples é um tipo de amostragem na qual o pesquisador atribui um número a cada elemento da população para depois selecionar alguns desses números de maneira casual. Sabendo disso, a amostra dos participantes foi dada a partir de um cálculo amostral do número total de adolescentes atendidos no ambulatório infantojuvenil de psiquiatria, a partir dos prontuários abertos em vigência.

Dessa forma, foi realizado um cálculo amostral baseado nas informações da chefia do setor do ambulatório de psiquiatria infanto-juvenil (APIJ) a qual discursou que no ambulatório eram atendidos 64 adolescentes, 8 deles por turno, a partir disso foi estabelecido para essa pesquisa o número(n) 33 adolescentes. O cálculo amostral (n) se deu a partir do software *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS*, considerando uma população finita no tamanho (N) de 64 adolescentes, com um desvio padrão(s) de 2, erro absoluto tolerável (d) de 0,5 e coeficiente de confiança de 95%.

O recrutamento dos participantes se deu após a seleção dos adolescentes através da indicação do psiquiatra e dos residentes que atendem no ambulatório. A partir da indicação de quais pacientes por faixa etária e diagnóstico poderiam participar da pesquisa, foi aproveitado o momento da sala de espera, local onde os pacientes e cuidadores aguardavam o atendimento por profissionais de saúde, para realizar a coleta de dados (TEXEIRA E SILVA, 2006).

Realizou-se a aplicação de um questionário sociodemográfico elaborado pelas pesquisadoras e um instrumento padronizado da Terapia Ocupacional, a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, que teve como finalidade descrever o perfil socioeconômico e o desempenho ocupacional dos participantes (JÚNIOR, 2011). Os dados foram coletados manualmente e diretamente com os participantes, de maneira que foi necessário que o cuidador respondesse aos questionamentos quando o adolescente não estivesse apto para responder integralmente sozinho. Conforme apontam os estudos de Caldas, Facundes e Silva (2011), é uma possibilidade que outra pessoa próxima responda ao instrumento em alguns casos, nessa pesquisa o cuidador respondia quando o participante apresentava comprometimento cognitivo significativo ou caso apresentasse não estar regulado no dia (DE ALMEIDA BASTOS, MANCINI e PYLÓ, 2010).

Nesse sentido, foi necessário que alguns cuidadores que acompanhavam os adolescentes respondessem à pesquisa. O questionário foi aplicado para traçar o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa com objetivo de caracterização dos mesmos, utilizando-se de perguntas básicas como nome, idade, sexo, cidade em que reside, renda domiciliar, CID, profissionais de saúde que o(a) acompanham, dentre outros.

Por outro lado, a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), instrumento padronizado da Terapia Ocupacional, traduzido e validado para o Brasil, tem como objetivo avaliar o desempenho ocupacional do indivíduo a partir da sua perspectiva (MCCOLL et al, 2005; CALDAS, FACUNDES e SILVA, 2011). Sabendo disso, o COPM é instrumento que pode ser utilizado por terapeutas ocupacionais brasileiros com o público adolescente, além disso um estudo já mostrou a aplicação do instrumento com o público dessa pesquisa: adolescentes com transtornos mentais (MAZAK et al, 2021; PEREIRA et al, 2014).

Posto isso, o instrumento possibilita a abrangência de 3(três) grandes áreas de desempenho ocupacional: o autocuidado, produtividade e lazer (PEREIRA et al, 2014). A partir disso, os(as) adolescentes puderam elencar até 5(cinco) ocupações afetadas no seu cotidiano e pontuaram, na sua perspectiva, o seu desempenho nessa ocupação e a sua satisfação no desempenho dessa atividade (CALDAS, FACUNDES e SILVA, 2011).

As informações obtidas foram divididas por categorias entre perfil sociodemográfico e os scores e resultados da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. Dessa forma, a análise descritiva dos dados foi realizada pelo *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS* e criado um banco de dados no *software Excel*, na qual foram tabuladas, avaliadas e comparadas as informações obtidas (GIL,2008).

3. RESULTADOS

A amostragem esperada para o presente estudo era de 33 adolescentes. Entretanto, diversos fatores influenciaram no não atingimento da meta numérica, ficando, apenas, um total de 20 adolescentes para análise. Justifica-se o fato devido ao período de coleta estimado, que ficou em torno de quatro meses, destes um mês sendo ampliado e, mesmo assim, a pesquisadora não conseguiu acesso a cerca de 39% do público esperado. A frequência de consultas com os psiquiatras era, em média de três em três meses, ou seja, na ausência de um adolescente em uma consulta, a possibilidade de ter acesso ao mesmo ocorreria apenas após três meses seguintes, extrapolando o período de coleta.

Outro fator foi em torno do diagnóstico, visto que mesmo sendo acompanhados por médicos psiquiatras, alguns não tinham um CID estabelecido, portanto, não se enquadravam nos critérios de elegibilidade da pesquisa. Além disso, parte considerável dos assistidos no ambulatório residiam em cidades distantes da capital, evidenciando um alto índice de falta nas consultas ao Hospital em questão.

Posto isso, os dados obtidos mostraram uma média de idade de 15,2 anos com um desvio padrão de 2,66, o percentual estatístico das demais faixas etárias estão descritas na tabela 1. Dentre os participantes da pesquisa 50% foram do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Com relação ao local em que residem foi visto a mesma frequência no interior do Estado de Pernambuco (30%) e na cidade do Recife 30%).

No que diz respeito ao diagnóstico relacionado a transtornos mentais existiu uma grande variabilidade e CIDs combinados. A maior porcentagem (20%) se deu para os CIDs de F70, F71 ou F72 que apontam respectivamente para retardado mental leve, moderado ou grave; 15% apresentaram o CID F33 relacionado ao Transtorno Depressivo e 15% ao CID F84 relacionado ao Transtorno do Espectro Autista; o CID F20 (Esquizofrenia) apareceu com frequência de 10%; 10% dos participantes apresentaram *combinados* o *Transtorno Depressivo(F33) com o Transtorno de Ansiedade(F41)* e outros 10% apresentaram *combinados* o *Retardo Mental leve(F71) com Transtorno de Ansiedade(F41)*. Por fim, os demais dados referentes ao resultado da prevalência dos diagnósticos se encontram na tabela 1.

No que tange a idade de descoberta do diagnóstico, a maioria deles (55%) descobriram na adolescência, entre 10 e 19 anos. Grande parte deles é acompanhado apenas por Psiquiatra (30%) e acompanhado por Psiquiatra e Psicólogo (30%). O acompanhamento por terapeuta ocupacional se deu combinado apenas com psiquiatra (15%) e com psiquiatra e outras profissões (20%) e, de maneira que 95% deles vão de 1 à 2 vezes na semana para aos profissionais indicados. Citando o transporte utilizado até o Hospital, 50% deles vão de ônibus; e no que tange a quantidade de pessoas por casa, a maioria (45%) afirmou morar 4 pessoas (incluindo a si próprio) na residência.

No que concerne à renda familiar, grande parte eram amparados pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), sendo que 30% tinham renda inferior a 1 salário mínimo nacional (R$ 1.213) e 45% recebiam exatamente 1 salário mínimo; 30% estão cursando o Ensino Fundamental I e 30% o Ensino Fundamental II; 20% estão cursando o Ensino Médio e 20% não estão matriculados por motivos diversos, dentre eles, majoritariamente a conclusão do Ensino Médio. E por fim, 70% não possuem ou nunca possuíram Profissionais de Apoio Escolar (PAE).

Tabela 1. – Dados Sociodemográficos dos adolescentes assistidos no ambulatório de psiquiatria infanto-juvenil, Recife, 2022/2023

Fator Avaliado	**N**	**%**
Idade		
11 anos	2	10%
12 anos	2	10%
13 anos	1	5%
14 anos	2	10%
15 anos	5	25%
16 anos	2	10%
17 anos	3	15%
18 anos	1	5%
19 anos	1	5%
21 anos	1	5%
Residência		
Interior de PE	6	30%
Recife	6	30%
Paulista	4	20%
Jaboatão	2	10%
Cabo de Santo Agostinho	1	5%
Camaragibe	1	5%
Gênero		
Feminino	10	50%
Masculino	10	50%
CID	**N**	**%**
F70, F71 ou F72	4	20%
F33	3	15%
F84	3	15%
F71+F41.1	2	10%
F33+F41.1	2	10%

F20	2	10%
F41.1	1	5%
F40.1	1	5%
F31+F33+F41.1	1	5%
F94	1	5%
Idade do diagnóstico		
3 a 9 anos	7	35%
10 a 19 anos	11	55%
Não souberam informar	2	10%
Profissionais que acompanham		
Psiquiatra	6	30%
Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional	3	15%
Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional e outros	4	20%
Psiquiatra e Psicólogo	6	30%
Psiquiatra e Fisioterapeuta	1	5%
Nº de vezes que vai as terapias		
1 a 2 vezes na semana	19	95%
2 a 3 vezes na semana	1	5%
Transporte		
Carro	4	20%
Ônibus RMR	10	50%
Outros	6	30%
Nº de pessoas morando na residência		
2 pessoas	3	15%
3 pessoas	6	30%
4 pessoas	9	45%
5 pessoas	1	5%
Mais de 5 pessoas	1	5%
Renda Familiar		
Menor que um salário mínimo	6	30%
Igual à um salário mínimo	9	45%
Maior que um salário mínimo	5	25%
Escolaridade		
Não está matriculado	4	20%
Cursando Ens. Fundamental I	6	30%
Cursando Ens. Fundamental II	6	30%

Cursando Ensino Médio	4	20%
Possuem PAE		
Sim	6	30%
Não	14	70%

Fonte: Elaboração própria; N, valor da amostra; %, valor percentual; F20-Esquizofrenia; F31- Transtorno Afetivo Bipolar; F33-Transtorno Depressivo; F40.1-Fobia Social; F41.1-Transtorno de Ansiedade; F70- Retardo Mental Leve; F71- Retardo Mental Moderado; F72-Retardo Mental Severo; F94- Mutismo Eletivo; F84- Transtorno do Espectro Autista.

Por conseguinte, as informações obtidas a partir da *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)* apontaram que as ocupações mais elencadas pelos adolescentes ou responsáveis se destacaram na área de *Produtividade*. Foram citadas 10 vezes as atividades de *"Procurar Emprego"* e *"Limpeza da residência"* destacadas na área de Produtividade. Entre elas a *média de importância (MI)* destacada para a atividade foi maior em "Procurar Emprego", enumerada com 8,8 de importância, todavia essa atividade obteve um menor *desempenho da atividade (MD)* com um score de 4,3 e menor *satisfação desse desempenho (MS)* com 5,7 de score (todos os resultados disponíveis na tabela 2).

Seguidamente na área de *Atividades de Autocuidado*, as atividades mais listadas entre os participantes foram *"Mobilidade fora de casa",* aparecendo 8 vezes, e a Atividade Instrumental de Vida Diária - AIVD "Compras", aparecendo 7 vezes. No que tange ao grau de importância atribuída as atividades, "Mobilidade fora de casa" aparece em segundo lugar, perdendo apenas para "Compras" com 0,4 a mais de importância. Por outro lado, "mobilidade fora de casa" aparece como atividade mais prejudicada na categoria de autocuidado no que tange ao desempenho ocupacional da atividade, aparecendo com um score MD de 4,1 e um score MS de 4,8.

Por fim, a última área presente no instrumento, a área de *"Lazer"*, foi a *menos referenciada* pelos adolescentes, sendo a mais citada: *"Desenhar"* com 4 citações. Essa atividade apareceu com uma boa média de desempenho de 8,25 e um score de satisfação de 7,25. Na tabela abaixo estão listadas todas atividades citadas pelos participantes e os resultados da *média de importância (MI), média de desempenho (MD)* e *média de satisfação (MS)* de cada atividade elencada pelos mesmos.

Tabela 2. – Tabela dos resultados obtidos na Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, Recife, 2022/2023;

Autocuidado	***fi/fr***	***MI***	***MD***	***MS***
Mobilidade fora de casa	8(40%)	9	4,1	4,8
Compras	7(35%)	9,4	6,8	7,5
Banho	5(25%)	7,6	4,2	3,6
Higiene	4(20%)	10	5,25	6,75

Vestir	4(20%)	7,75	4,5	4
Transporte	4(20%)	8,75	6	5,25
Alimentação	3(15%)	9,3	6	5,6
Produtividade	***fi/fr***	***MI***	***MD***	***MS***
Procurar emprego	10(50%)	8,8	4,3	5,7
Limpeza da residência	10(50%)	7,1	6,8	6
Dever de casa	7(35%)	8,1	4,7	4,7
Preparar refeição	3(15%)	6	5,3	8
Atividade Voluntária	1(5%)	10	6	7
Lazer	***fi/fr***	***MI***	***MD***	***MS***
Desenhar	4(20%)	8,25	8,25	7,75
Visitas	3(15%)	7	6,6	5,6
Telefonema	3(15%)	9,6	5,6	2,6
Tocar instrumento	1(5%)	6	7	6
Festas	1(5%)	10	10	10
Brincar	1(5%)	10	9	7
Escrita	1(5%)	7	5	7

Fonte: Elaboração própria; fi- Frequência Absoluta; fr- Frequência Relativa; MI- Média da Importância; MD- Média do Desempenho; MS- Média da Satisfação;

4. DISCUSSÃO

4.1 Perfil Socioeconômico e clínico

Foi possível observar uma prevalência trazida em estudos brasileiros de uma faixa etária base, com maior incidência de adolescentes com transtornos mentais, entre 15 a 17 anos. Por outro lado, apesar dos dados da igualdade percentual do sexo dos participantes encontrados nessa pesquisa, a literatura aponta para um maior percentual de meninas com o diagnóstico, essa diferença pode ter se dado em virtude do tamanho da amostra desse estudo. Continuamente, é manifesto que a maior incidência de transtornos mentais abrange adolescentes mais velhos e a descoberta de diagnóstico é apresentada durante essa fase da adolescência. Da mesma forma é possível encontrar na literatura uma maior prevalência da descoberta diagnóstica de transtornos de ansiedade por volta dos 13 anos, afinadamente com o maior percentual da descoberta de diagnóstico na fase da adolescência dos participantes dessa pesquisa (LOPES et al, 2016; VIANA e ANDRADE, 2012).

Unissonamente, o percentual significativo apontou, de acordo com o CID 10, para os Retardos Mentais, atualmente nomeados no CID 11 de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, como mais prevalentes na amostra desse estudo. Contudo, quando é feita uma análise dos CIDs que estão combinados, há predominância dos Transtornos Depressivos e dos Transtornos de Ansiedade, uma vez que eles aparecem associados com outros transtornos, corroborando com a literatura. É posto que os transtornos mentais na

adolescência podem aparecer associados, inclusive, a existência de um ser fator de risco para ocorrência de outro. Dessa forma, justifica-se não encontrar um número mais significativo de adolescentes com o diagnóstico exclusivo de depressão ou ansiedade, mas grande parte deles possuía esses transtornos associados a outros (POISK et al, 2019).

Nos dados apresentados na tabela 2 observa-se que 3 adolescentes apareceram apenas com depressão, e outros 3 adolescentes com o transtorno depressivo associado a outro transtorno, resultando em um total de 6 adolescentes com depressão. Em um outro momento evidencia-se 1 adolescente apenas com transtorno de ansiedade, em adição a outros 5 adolescentes com transtorno de ansiedade associado a outros transtornos. Posto isso, concordantemente com estudos já apresentados, no "ranking" dos CIDs percebeu-se que qualitativamente e quantitativamente a maior parte dos adolescentes, apresentavam ao mesmo tempo transtorno depressivo (6) e transtorno de ansiedade (6), enquanto 5 deles possuíam apenas retardo mental ou retardo mental associado com outro diagnóstico (THIENGO et al, 2014).

No tocante ao aspecto socioeconômico da amostra, foi possível observar a vulnerabilidade social de acordo com os marcadores de pobreza. Grande parte dos adolescentes moravam no interior do estado de Pernambuco ou em cidades longe da região metropolitana, e 50% desses adolescentes transportavam-se de ônibus para o hospital, situado na região metropolitana do recife, pelo menos 1 vez na semana. Esse dado quando observado a parte pode não trazer alerta de imediato, mas quando somado ao dado da renda familiar, no qual 45% deles sobrevivem com um salário mínimo nacional, grande parte amparados pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), e 30% deles com menos que um salário mínimo, mostra-se um somatório de barreiras, sendo elas geográficas, financeiras e de locomoção. Além disso, esse percentual subjuga-se para um total de 45% da amostra residir numa casa com 4 pessoas, um somatório de barreiras que repercutem na adesão aos tratamentos e na possibilidade de comparecimento aos serviços (RAFAEL et al, 2011).

De acordo com estudos, o estado socioeconômico de um adolescente pode influenciar significativamente em todas as áreas da sua vida. Como já mencionado, além de ser um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais e sofrimentos psíquicos, também é sabido que um nível socioeconômico baixo repercute na saúde física e no desempenho escolar. De maneira que a baixa oportunidade do consumo de alimentos saudáveis e a elevada exposição a situações estressantes aumentam a probabilidade de doenças fisiológicas e a necessidade de afastamento escolar em detrimento do contexto socioeconômico (GASPAR e BALANCHO, 2017).

Dentro do contexto vivido pelos participantes, descortinou-se que a maior parte dos adolescentes (60%) estava cursando o ensino fundamental. É esperado, de acordo com a

legislação, que no final do ensino fundamental os adolescentes possuam até 14 anos de idade, contudo o maior número dessa amostra apresentava 15 anos ou mais, apontando para uma distorção idade-série. De acordo com o censo escolar de 2017, existe um grande percentual de distorção idade-série no ensino fundamental e esse percentual quase duplica em adolescentes que tenham algum diagnóstico. Além disso, o Nordeste se enquadra em uma das regiões mais afetas por essa distorção, de maneira que os moradores das áreas rurais foram verificados como os maiores alvos dessa realidade (UNICEF, 2018; INEP, 2017).

Essa realidade com o passar dos anos ainda se manteve, de maneira que no censo escolar de 2021 a taxa de distorção idade-série no 6º ano caiu apenas 6%. Dessa forma, mesmo com um alto percentual (96,5%) de alunos de educação especial incluídos na classe comum, a distorção ainda existe. Além disso, foi observado nas matrículas de educação especial que o maior número se dá para adolescentes com deficiência intelectual e autismo, não aparecendo percentual de adolescentes diagnosticados com outros transtornos mentais por não entrarem na Política de Educação Especial de forma clara, ainda que eles também necessitem de inclusão. Por outro lado, é importante refletir que a permanência na sala de aula não garante uma inclusão eficiente, uma vez que ela está mais ligada a todo apoio e processo educacional do estudante que envolve a participação social efetiva nas atividades educacionais (NASCIMENTO, 2020; INEP, 2021).

Dessa forma, assim como mostrado no presente estudo, 95% dos adolescentes não possuem Profissionais de Apoio Escolar (PAE). De acordo com a Política Nacional de Educação Especial (2020) esses profissionais se encontram nas escolas, visando colaborar com a inclusão escolar dos seus assistidos em um ambiente escolar acolhedor e inclusivo, auxiliando nas atividades escolares e na participação das mesmas. Nesse sentido, o atendimento educacional especializado e individualizado além de ser um direito educacional estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (2019), também se apresenta como um facilitador no que diz respeito à melhora do desempenho dos adolescentes no dever de casa, elencado nessa pesquisa como uma dificuldade por 35% deles (OLIVEIRA, 2023).

Na perspectiva assistencial, foi possível examinar que tipo de acompanhamento profissional esses adolescentes tinham e qual -e se existia- a necessidade que eles apresentaram com relação as suas ocupações. Todos os adolescentes eram acompanhados por um psiquiatra, mas apenas 35% dos adolescentes eram acompanhados por um terapeuta ocupacional, apesar de todos elencarem no mínimo 3 ocupações com baixo desempenho ocupacional e desejo de melhora. Dessa forma, é sabido que a atenção interdisciplinar é benéfica no cuidado a pessoa com transtornos mentais, além disso, é direito de acordo com a Lei nº10.216 de abril de 2001, ter "atendimento no sistema de

saúde, consentâneo às suas necessidades". Sabido disso, é adversário o direito à necessidade de um acompanhamento terapêutico ocupacional e a falta desse cuidado (GALHEIGO e ANGELI, 2008).

Apesar da portaria nº 3.588 exigir uma equipe mínima multiprofissional nos serviços, a Terapia Ocupacional não se enquadra como obrigatoriedade, mas como possibilidade de "profissional de saúde mental de nível superior" ou "profissional de nível universitário". A partir disso, é visto uma carência de assistência multiprofissional na rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil. É observado que a presença do médico psiquiatra é colocado como imprescindível no serviço de saúde mental apontando ainda para resquícios de um modelo de cuidado centrado no médico (JÚNIOR & JUNIOR, 2022).

4.2 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM

Como já citado anteriormente, a adolescência é marcada por diversas mudanças fisiológicas, comportamentais e emocionais, e o desempenho de novos papéis ocupacionais. Dentre essas mudanças, o desejo de iniciar as atividades laborais costuma estar acompanhada da necessidade de independência financeira e, em muitos contextos, da necessidade de fornecer ajuda financeira no lar. Sabendo disso, é comum o anseio de procurar um emprego e a supervalorização dessa ocupação em adolescentes mais velhos, de maneira que 50% dos participantes dessa amostra apontaram desejo de desempenhar a realização dessa tarefa (LUCAS e SAIBRO, 2013; SOUSA et al, 2013).

A atividade produtiva de "procurar um emprego" envolve diversas competências de desempenho, mais especificamente as competências de processo e as competências de interação social, como escolha, planejamento, organização, elaboração de discurso, regular e expressar emoções, dentre outras. Sabendo disso, o baixo score de desempenho citado pelos adolescentes desse estudo (4,3) para essa atividade correlaciona-se com o contexto biopsicossocial desses adolescentes (FERREIRA et al, 2019; AOTA, 2021).

Nesse sentido, para realizar uma atividade que requeira competências de processo e de interação social, o indivíduo precisa ter algumas funções do corpo com preservação significativa, como por exemplo as funções mentais (atenção, memória, emoções) e psicossociais (interações sociais recíprocas). O que acontece é que pessoas com transtornos mentais costumeiramente apresentam disfunções cognitivas e de interação social, apresentando dificuldade com planejamento, linguagem expressiva e receptiva. Sabendo disso, da mesma forma, adolescentes com diagnóstico de transtornos mentais podem apresentar dificuldades em desempenhar uma atividade como procurar emprego (FERREIRA et al, 2019; FREITAS, 2017; AOTA, 2021).

Outra atividade elencada pela metade dos adolescentes desse estudo foi a atividade de limpezas em geral da residência, como: varrer a casa, lavar os pratos, estender roupa, colocar roupa na máquina e lavar o banheiro. As atividades domésticas são Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), consideradas como atividades que requerem diversas habilidades do indivíduo, consequentemente são atividades que possuem competências de desempenho necessárias para sua realização, especificamente as competências motoras e processuais. Nesse sentido, para sua realização o adolescente precisa estar apto para manusear, coordenar, organizar, planejar e executar o movimento e ação necessária para realização da tarefa (PESTANA et al, 2016; AOTA, 2021).

Sabendo disso, as habilidades necessárias que uma pessoa possui para realizar atividades domésticas, normalmente tem comprometimento significativo em pessoas com transtornos mentais, mais especificamente a depressão, esquizofrenia e deficiência intelectual. É sabido pela literatura que pessoas com esquizofrenia podem ter maior dificuldade de manuseio e coordenação, enquanto que pessoas com depressão podem ter conflitos para planejar e organizar uma tarefa (FREITAS, 2017; FERREIRA, 2019).

A partir do exposto percentual de 40% dos adolescentes dessa pesquisa apresentaram dificuldades na "mobilidade fora de casa", a AOTA- American Occupational Therapy Association (2021 p.30) classifica a mobilidade fora de casa como "planejar e movimentar-se na comunidade usando transporte público ou privado, tais como conduzir, caminhar, andar de bicicleta ...". A partir disso, entende-se que vários fatores influenciam a mobilidade na comunidade, não partindo apenas de questões físicas, mas todo o contexto biopsicossocial de um indivíduo, como fatores pessoais, familiares e sociais (GONÇALVES & MALFITANO, 2021).

A presença de transtorno mental é um fator pessoal do indivíduo, dessa forma, pessoas com diagnóstico podem ter dificuldade na mobilidade fora de casa, no que diz respeito a aspectos de funções cognitivas, como ideação, planejamento e execução. Além disso, existem aspectos subjetivos, como sentimentos e sensações a respeito do movimentar-se fora de casa e estar em locais desconhecidos que precisam ser considerados, uma vez que a mobilidade pode se mostrar como uma atividade bastante estressora e que pode mobilizar/despertar diferentes sentimentos para os jovens (GONÇALVES & MALFITANO, 2021; FERNANDES et al, 2022).

Consonantemente, a atividade "compras" também foi elencada com uma grande frequência, ficando apenas 5% abaixo do percentual de "mobilidade fora de casa". Isso pode acontecer porque a atividade "compras" é, assim como "mobilidade fora de casa",

uma Atividade Instrumental de Vida Diária -AIVD, caracterizada por um grau maior na complexidade de execução, uma vez que para desempenhá-la espera-se que o indivíduo consiga mobilizar-se fora de casa. Essa atividade requer um sequenciamento mais complexo, necessitando de um planejamento prévio mais elaborado, partindo desde o roteiro do percurso até o local das compras, ao meio de locomoção, ao planejamento do que se irá comprar e de fato a execução do comprar, o pagamento (AOTA, 2021).

Além de todo passo a passo, a execução do comprar também exige do sujeito um acesso educacional significativo e também repertório cognitivo mais abrangente. Isso se dá porque para comprar se faz necessário a compreensão dos números, das operações matemáticas de adição e subtração e da atribuição de valor aos produtos. Posto isso, são recrutadas diversas competências de desempenho motoras e de interação social para realização da tarefa, além de serem necessárias algumas funções cognitivas do indivíduo, normalmente deficitárias nos sujeitos com transtornos mentais (PESTANA et al, 2016, AOTA, 2021).

Por fim, no que concerne à etapa do lazer, o "desenhar" foi a mais apresentada, citada 4 vezes pelos adolescentes, contudo trazendo um bom nível de desempenho nessa atividade. A arte, em questão o desenho, como trazido pelo instrumento, é primariamente uma atividade de lazer, no que diz respeito ao que o sujeito faz em seu tempo livre que lhe proporcione prazer. Além disso, é uma forma de expressar sentimentos, sensações e percepções, sendo vista como uma atividade de lazer, mas também como uma atividade terapêutica para o indivíduo. Nesse sentido, o desenho, enquanto atividade de lazer pode ser um fator de proteção contra agravamentos psíquicos (OLIVEIRA, 2021; NÓBREGA, 2020).

Diante das demandas ocupacionais apresentadas nessa pesquisa, fica latente a necessidade do acompanhamento desses adolescentes por um terapeuta ocupacional. Nesse sentido, dentro da assistência multiprofissional, o profissional de Terapia Ocupacional é o único profissional qualificado para habilitação e reabilitação das ocupações humanas, de maneira que direciona sua prática diretamente para as demandas citadas. Dessa forma, o terapeuta ocupacional no exercício do seu fazer busca auxiliar esses adolescentes no aprimoramento do seu desempenho ocupacional e na participação social, promovendo uma maior autonomia, independência e qualidade de vida nas ocupações dos assistidos.

5. CONCLUSÃO

Todo o fazer de um indivíduo remete significado à sua vida e associa diretamente na construção da sua identidade, como ele se enxerga e quem ele é. Nesse sentido, as

ocupações e os papéis ocupacionais fazem parte daquilo que o indivíduo costuma nomear quando vai falar sobre si próprio. Isso diz respeito ao sentido que damos as atividades que desempenhamos e a importância que elas exercem na integridade da nossa vida, independente de faixa etária. Além disso, tudo que fazemos é influenciado e moldável pelos fatores externos e por nossos fatores pessoais, como a presença de algum transtorno.

Diante dos resultados apontados na presente pesquisa, o perfil da amostra revelou que os adolescentes assistidos no ambulatório em questão apresentaram baixo estatuto socioeconômico e baixo desempenho ocupacional em algumas atividades cotidianas. Apresentando um perfil generalizado dos adolescentes desse ambulatório e pensando numa representação humana fictícia para tal, visualizaríamos um(a) adolescente com 15 anos, residindo no interior do estado de Pernambuco com uma família numerosa mantida por um salário mínimo, provavelmente, frequentando o ensino fundamental sem Atendimento Educacional Especializado, com o diagnóstico de depressão e ansiedade, sendo acompanhado apenas por um psiquiatra.

Unissonamente, esse(a) adolescente apresentaria menor desempenho ocupacional e maior desejo de melhora nas atividades de "procurar emprego", "limpeza da residência", "mobilidade fora de casa" e no que perpassa o lazer, "desenhar". A partir disso, é sabido que o fazer dá o senso de importância e significância para a vida, nesse sentido, foi latente a necessidade desses adolescentes de acompanhamento por um profissional de Terapia Ocupacional, que compreende e atua na prática com reabilitação e habilitação para um melhor desempenho das ocupações citadas.

Esse estudo apresentou algumas limitações, dado a pequena abrangência territorial e ao tamanho da amostra. Além disso, foi possível perceber a escassez na literatura referente ao desempenho ocupacional de adolescentes com transtornos mentais, por outro lado, quanto as questões socioeconômicas dos adolescentes houve uma variabilidade de referenciais teóricos. Portanto, sugere-se para estudos futuros, a continuação da busca sobre o estado socioeconômico e o desempenho ocupacional dos adolescentes com transtornos mentais residentes em outros estados e no Brasil, que busquem serviços públicos, uma vez que a população desse estudo foi prioritariamente pessoas que fazem uso do serviço.

Por fim, apesar do citado, a presente pesquisa pode contribuir para que as instituições e os profissionais de saúde possam compreender a necessidade da assistência terapêutica ocupacional com adolescentes com transtornos mentais para melhora do quadro clínico a partir da sua maior funcionalidade e participação social. Além disso, dar visibilidade e poder enxergar o impacto da ausência dessa assistência na autonomia, independência e qualidade de vida desse público.

6. REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Anjos, A. B. L. D., Barbosa, A. L. D. A., & Azoni, C. A. S. (2019). Processamento fonológico em escolares com dislexia do desenvolvimento, TDAH e transtorno do desenvolvimento intelectual. *Revista CEFAC*, *21*.

de Almeida Bastos, S. C., Mancini, M. C., & Pyló, R. M. (2010). O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, *21*(2), 104-110.

Caldas, A. S. C., Facundes, V. L. D., & Silva, H. J. (2011). O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, *22*(3), 238-244.

Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

Decreto nº 10.502, de 30 de setembro de 2020. (2020). Institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. Brasília, DF. Recuperado em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm .

Dumas, J. E. (2018). *Psicopatologia da Infância e da Adolescência-3*. Artmed Editora.

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc. Saúde (Online)*, 6-7. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v2n2a02.pdf>

Feitosa, H. N., Ricou, M., Rego, S., & Nunes, R. (2011). A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Revista bioética*, *19*(1), 259-276.

Ferreira, J. P., Fernandes, J. R., Barbosa, R. D. M., Silva-Filho, J., & Barbosa, L. F. (2019). Alterações de memória e funções executivas em pacientes com depressão. *Psic., Saúde &Doenças.[Internet]*, *20*(1).

Freitas, L. P. (2017). Alterações cognitivas na Esquizofrenia.

Fernandes, R. R., Kanzaki, E. S., Morais, A. D., & Pereira, D. B. (2022). Práticas, desafios e reflexões na Educação Musical inclusiva.

Gomes, M. D., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo 4ª Edição.

Gil, A. C. (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Galheigo, S. M., & de Angeli, A. D. A. C. (2008). Terapia Ocupacional e o cuidado integral a saúde de crianças e adolescentes: a construção do Projeto ACCALANTO. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, *19*(3), 137-143.

Gaspar, T., & Balancho, L. (2017). Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: diferenças ligadas estatuto socioeconômico. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22*, 1373-1380.

Gonçalves, M. V., & Malfitano, A. P. S. (2021). O conceito de mobilidade urbana: articulando ações em terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *29*.

INEP (2017). Censo Escolar no Brasil. Ministério da Educação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/docman/janeiro-2018-pdf/81861-divulgacao-censo-2017-vi-pdf/file

INEP (2021). Censo Escolar no Brasil. Ministério da Educação. Disponível em: https://download.inep.gov.br/censo_escolar/resultados/2021/apresentacao_coletiva.pdf

Júnior, V. C. (2011). Bases introdutórias de iniciação científica em saúde na escolha do método de pesquisa. *Revista de Atenção à Saúde*, *9*(29).

Júnior, E. S., de Lima Figueiredo, A. J., & Junior, G. A. (2022). ANÁLISE SITUACIONAL DA GESTÃO DO CUIDADO NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO AMAZONAS. *Psicologia e Saúde em debate*, *8*(2), 39-55.

da Nóbrega, K. B. G., Gomes, M. C. P., de Oliveira Negrão, R., de Andrade Silva, T. M., de Albuquerque, V. M. A. P., Silva, E. F. S., ... & Rosas, M. A. (2020). Esporte e lazer na promoção da saúde mental de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Brazilian Journal of Health Review*, *3*(5), 13228-13241.

Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos

Humanos. Brasília, DF. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-acoes-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf>.

Lopes, C. S., Abreu, G. D. A., Santos, D. F. D., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B. D., Cunha, C. D. F., ... & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, *50*.

Lei nº10.216 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

Lucas, M. G., & de Saibro Fortunatti, Z. F. (2013). Jovem aprendiz: Benefícios do trabalho na adolescência. *Unoesc & Ciência-ACBS*, *4*(2), 155-164.

McColl, M. A., Law, M., Baptiste, S., Pollock, N., Carswell, A., & Polatajko, H. J. (2005). Targeted applications of the Canadian occupational performance measure. *Canadian journal of occupational therapy*, *72*(5), 298-300.

Mazak, M. S. R., Fernandes, A. D. S. A., Lourenço, G. F., & Cid, M. F. B. (2021). Instrumentos de avaliação da terapia ocupacional para crianças e adolescentes no Brasil: uma revisão da literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *29*.

Nascimento, V. G. (2020). Por uma inclusão escolar artesanal: para além da técnica, uma ética educativa (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Bahia e Université Paris 8, França, Salvador, BA. Disponível em: < https://repositorio.ufba.br/handle/ri/31373>.

Oliveira, A. M. F. D. (2023). Acompanhamento terapêutico escolar no encontro da saúde com a educação.(Artigo de Graduação em Psicologia), Universidade Federal do Tocantins, Miracema, TO. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/31373.

Oliveira, E. R. (2021). A arte é minha cura! A importância da arte para os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. *Muiraquitã: Revista de Letras e Humanidades*, *9*(2).

Portaria nº 1.608, de 3 de agosto de 2004 (2004). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html#:~:text=Constitui%20Fórum%20Nacional%20sobre%20Saúde%20Mental%20de%20Crianças%20e%20Adolescentes.&text=IV%20-

%20produzir%20conhecimento%20e%20informações,nos%20diversos%20âmbitos%20de%20gestão.

Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (2017). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro**.** Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>

Pereira, D. C., Ruzzi-Pereira, A., Pereira, P. E., & Trevisan, É. R. (2014). Desempenho ocupacional de adolescentes de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI). *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, *25*(1), 11-17.

Poisk, C. C., Poisk, E. Á. C., Miotto, J. F. S., & Linartevichi, V. F. (2019). Psicopatologias na infância e na adolescência. *FAG JOURNAL OF HEAL TH (FJH)*, *1*(4), 91-99.

Prodanov, C. C., & De Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição*. Editora Feevale.

Pestana, L., Duarte, J., Coutinho, E., Chaves, C., Nelas, P., & Amaral, O. (2016). Repercussões das atividades domésticas e de lazer no rendimento escolar dos adolescentes. *Revista INFAD de Psicologia*, *1*(2), 347-357.

Rodrigues, T. A. D. S., Rodrigues, L. P. D. S., & Cardoso, Â. M. R. (2020). Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *69*, 103-110.

Rafael, G.O, Pedro, H.G.F.S., Sergei, S.D.S & Luis, F..B.O (2011). Perfil da pobreza no Brasil e sua evolução no período de 2004-2009. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Sousa, H. D., Frozzi, D., & Bardagi, M. P. (2013). Percepção de adolescentes aprendizes sobre a experiência do primeiro emprego. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *33*, 918-933.

SILVA, T.A. (2012). Principais Transtornos Mentais que acometem os Adolescentes: uma Revisão Integrativa. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Disponível em: <https://inisa.ufms.br/files/2019/08/PRINCIPAIS-TRANSTORNOS-MENTAIS-QUE-ACOMETEM-OS-ADOLESCENTES-UMA-REVIS%C3%83O-INTEGRATIVA.pdf>

Teixeira, E. R., & Veloso, R. C. (2006). O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *15*, 320-325.

Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *63*, 360-372.

UNICEF (2018). Panorama da distorção idade-série no Brasil. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/461/file/Panorama_da_distorcao_idade-serie_no_Brasil.pdf

Viana, M. C., & Andrade, L. H. (2012). Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *34*, 249-260.

World Health Organization. (2014). Saúde para os adolescentes do mundo: uma segunda chance na segunda década. *Geneva: WHO*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. ANEXOS

1. Normas gerais da Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional para estrutura do Manuscrito (texto)

Os manuscritos podem ser apresentados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Devem ser digitados em arquivo Microsoft Word 2007 ou posterior, folha tamanho A4, margens estreitas de 1,27 cm, espaço do texto de 1,5 entre linhas (com espaço antes e após o parágrafo), letra verdana, tamanho 10. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação (recuo de parágrafo) e justificado. Os titulos das partes devem seguir a mesa ordem dos tópicos dos resumos.

1.1. Título: O título deve estar em letra verdana, tamanho 10, negrito e caixa alta, centralizado em relação ao texto. Deve ser conciso e informativo. obrigatoriamente deve ser escrito em três línguas: português, inglês e espanhol.

***1.2. Resumo*:** Devem preceder o texto e obrigatoriamente ser escritos nas três línguas: português, inglês e espanhol. Não devem ser incluídas as referências no resumo. Não colocar abreviações ou siglas. Devem conter o mínimo e o máximo de palavras indicadas em cada seção.

***1.3. Palavras-chave (Descritores)*:** De três a seis, escritas nas três línguas obrigatórias, apresentadas após cada resumo. As palavras-chave devem vir separadas por ponto final "." E obrigatoriamente devem ser consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e/ou a Unesco Thesaurus para verificar a validação dos descritores.

*1.*4. Estrutura para a construção de Tabelas e Figuras no corpo do manuscrito:

Tabelas: Devem estar citadas no texto através de numeração crescente (ex.: tabela 1, tabela 2, tabela 3) e apresentar legenda numerada correspondente à sua citação. As tabelas deverão ser apresentadas em formato editável (indica-se, preferencialmente, o uso do programa Microsoft Word 2007 ou posterior para preparação e envio das tabelas em formato.doc). Tabelas devem estar também devidamente identificadas e em escala de cinza e inseridas no texto e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo quadro deve ser nomeado como tabela em sua **parte superior.**

Figuras: As figuras (diagramas, gráficos, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas ou em preto e branco, e devem estar legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo diagrama, gráfico, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura na **sua parte inferior.**

*1.*5. Citações no texto

A Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO adota as normas da edição mais recente da *American Psychological Association* (APA) (http://www.apastyle.org)

O nome dos(as) autores(as) deve ser escrito com as iniciais maiúsculas, seguido da data de publicação. Ex: Segundo Santos (2020) [...] ou (Santos, 2020). Quando houver dois autores, os nomes devem estar separados por "&". Ex: Segundo Amarantes & Gomes (2003) [...]" ou (Silva & Medeiros, 2010). Quando existirem mais de dois autores em citações dentro ou fora dos parênteses, deve-se apresentar o nome do primeiro autor seguido da expressão "et al."

- Citação direta: acontece quando a fonte textual é transcrita na íntegra. Deve ser colocada entre aspas (" ") quando inserida dentro do parágrafo e não atinge mais que três linhas seguido pelo número da página da fonte consultada.

- Citação direta no texto com mais de 3 linhas: Deve ser destacada com recuo de 4 cm da margem esquerda com fonte 10 (sem colocar a citação entre aspas).

- Citação indireta ou livre: acontece quando o autor do manuscrito reproduz o conteúdo, a ideia, do documento original. É descrita no próprio corpo do texto e deve ser indicado, em qualquer parte, o autor original seguido do ano da referência.

- Citação da fonte secundária (citação de citação): Trata-se de uma obra (secundária) que referencia a obra primária. Deve ser utilizada somente quando as fontes primárias não estão mais disponíveis em edição ou desatualizadas. Deve ser utilizado o termo apud (em itálico).

- Referências: Os(as) autores(as) são responsáveis pela organização das referências citadas no texto. Todos os autores dos trabalhos devem ser citados. No caso de artigos em periódicos, a colocação do número DOI é obrigatória. Caso o artigo não tenha DOI, deve ser fornecido o URL correspondente. Ao final do trabalho, as referências devem ser apresentadas em ordem alfabética. **Todas as referências devem seguir a orientação da edição mais recente das normas da American Psychological Association (APA)** (http://www.apastyle.org).

2. Normas da Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional para estrutura de Artigos Originais

Os artigos originais devem ter no máximo 6.000 (seis mil) palavras - não incluindo resumos, referências e ilustrações- e no máximo 5 (cinco) ilustrações/tabelas (quando houver).

Título: português, inglês e espanhol.

Resumo: Devem ter no mínimo 150 palavras e, no máximo, 250. Obrigatoriamente adotar explicitação da estrutura do trabalho, com colocação de subtítulos: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão.

Introdução: Deve contemplar a apresentação e/ou justificativa do trabalho, sua relação com outras publicações, esclarecendo o estado atual em que se encontra o objeto investigado e/ou apresentando a base teórica adotada. No último parágrafo deve ser descrito o objetivo.

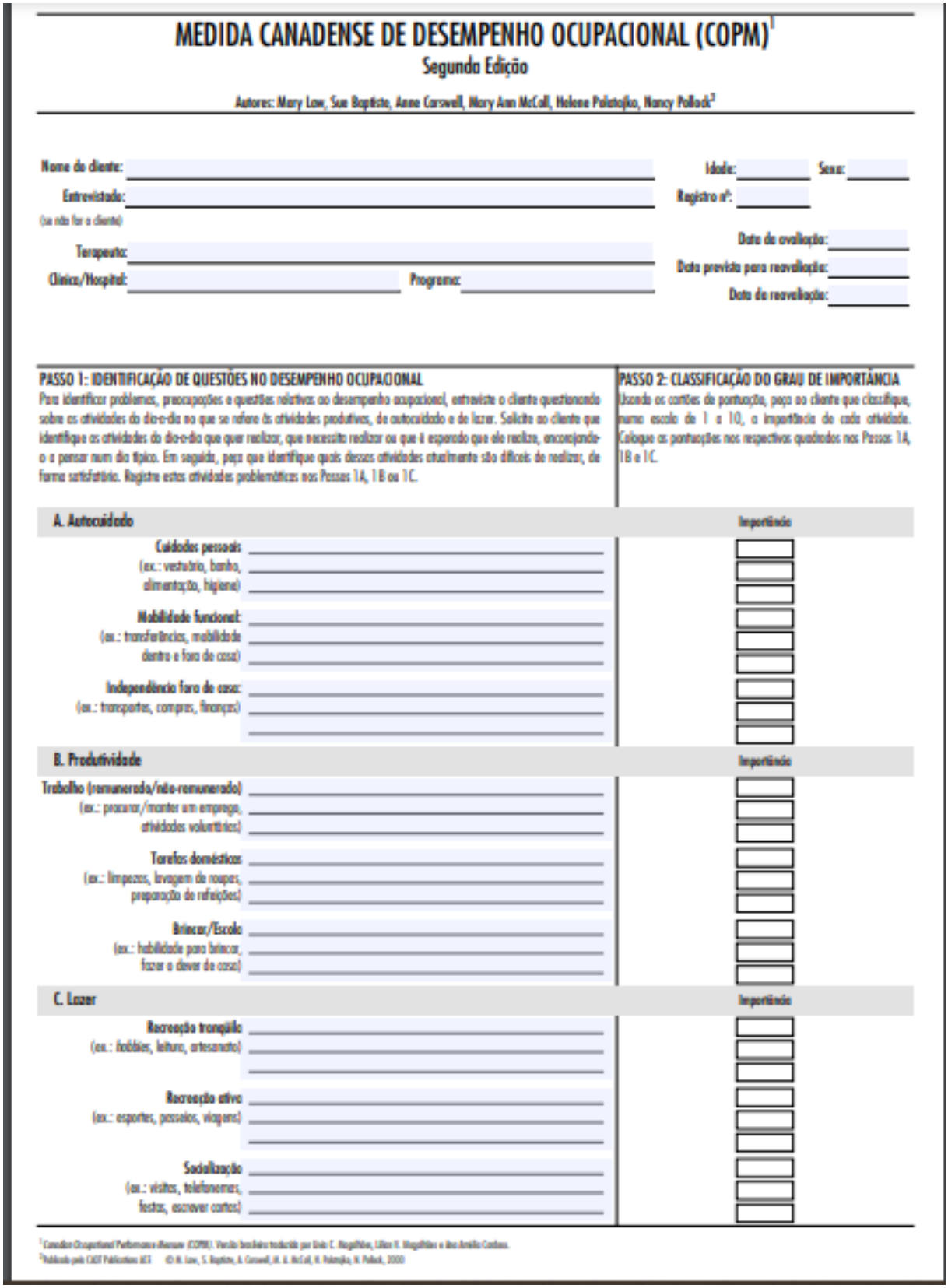
Métodos: Inclui a descrição das ferramentas e procedimentos empreendidos para o desenvolvimento do trabalho, a caracterização do contexto da pesquisa e/ou da população estudada, o período de realização, o referencial teórico e/ou as formas escolhidas para a análise de dados e/ou discussão do tema proposto. Resultados: Descreve a exposição objetiva do que foi observado em relação aos objetivos propostos. Pode ser apoiado em gráficos e tabelas.

Discussão: Apresenta a relação teórica e argumentativa com os resultados obtidos, estabelecendo compatibilidade ou não com resultados anteriores de outros autores e/ou dialogando com o referencial teórico adotado. Deve conter aprofundamento reflexivo sobre a área da Terapia Ocupacional.

Conclusões: Apresentam as considerações fundamentadas dos Resultados e Discussão. Devem responder ao objetivo inicial.

Referências: Seguir a orientação do formato/normas da American Psychological Association (APA). Devem ter obrigatoriamente o mínimo de 10 referências e no máximo 30.

3. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM.



MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)[1]

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock[2]

Nome do cliente: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Entrevistado: _____ Registro nº: _____

(se não for o cliente)

Terapeuta: _____ Data da avaliação: _____

Clínica/Hospital: _____ Programa: _____ Data prevista para reavaliação: _____

Data da reavaliação: _____

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

A. Autocuidado	Importância
Cuidados pessoais (ex.: vestuário, banho, alimentação, higiene)	
Mobilidade funcional: (ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)	
Independência fora de casa: (ex.: transportes, compras, finanças)	

B. Produtividade	Importância
Trabalho (remunerado/não-remunerado) (ex.: procurar/manter um emprego, atividades voluntárias)	
Tarefas domésticas (ex.: limpezas, lavagem de roupas, preparação de refeições)	
Brincar/Escola (ex.: habilidade para brincar, fazer o dever de casa)	

C. Lazer	Importância
Recreação tranquila (ex.: hobbies, leitura, artesanato)	
Recreação ativa (ex.: esportes, passeios, viagens)	
Socialização (ex.: visitas, telefonemas, festas, escrever cartas)	

[1] Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lívia C. Magalhães, Liliane V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

[2] Publicado pela CAOT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL
Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

PASSO 4: REAVALIAÇÃO
No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
Pontuação Total = Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação / Nº de Problemas	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA
Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Avaliação inicial:

Reavaliação:

[1] Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lívia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.
[2] Publicado pela CAOT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

8. APÊNDICES

1. Questionário Sociodemográfico.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE RESPONSÁVEL: MARIANA ARAÚJO ROSAS

DISCENTE: BÁRBARA COSTA SACRAMENTO SANTOS

Questionário Sociodemográfico

1. **Nome do adolescente:** _____;
2. **Data:** _____ de _____ de 2022;
3. **Data de nascimento:** (___/____/____);
4. **Gênero:** ( ) Feminino ( ) Masculino; ( ) Prefere não responder;
5. **Cidade em que reside:** _____;
6. **Nome do responsável:** _____;
7. **Diagnóstico(s) de acordo com CID-10:**

( ) F20- Esquizofrenia;

( ) F31- Transtorno Afetivo Bipolar;

( ) F33- Transtorno Depressivo;

( ) F41.1- Transtorno de Ansiedade Generalizada;

( ) F42- Transtorno Obsessivo Compulsivo;

( ) F60.3- Transtorno da Personalidade Boderline;

( ) F70- Retardo Mental Leve;

( ) F71- Retardo Mental Moderado;

( ) F72- Retardo Mental Grave;

( ) F73- Retardo Mental Profundo;

( ) F84.1- Autismo Atípico;

( ) F84.4- Transtorno com Hipercinesia associado a retardo mental e a movimentos estereotipados;

( ) F84.5- Síndrome de Asperger;

( ) F90.0/F90.1- Transtorno Hipercinético (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade;

( ) Outro: _____;

8. **Ano de descoberta do diagnóstico:** _____;
9. **Assinale por quais profissionais da saúde o adolescente é acompanhado:**

( ) Psiquiatra;

( ) Psicólogo;

( ) Terapeuta Ocupacional;

( ) Fisioterapeuta;

( ) Fonoaudiólogo;

( ) Neurologista;

( ) Outros: _____.

10. **Indique a quantas vezes, em média, o adolescente faz reabilitação na semana (terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta ou fonoaudiólogo):**

( ) De 1 a 2 vezes na semana;

( ) De 2 a 3 vezes na semana;

( ) Mais de 3 vezes na semana;

11. **Assinale qual o tipo de transporte utilizado para chegar no Hospital das Clínicas- UFPE:**

( ) Carro;

( ) Ônibus da Região Metropolitana do Recife- RMR;

( ) Moto;

( ) Outros: _____.

12. **Assinale a quantidade de pessoas que moram na sua residência INCLUINDO você:**

( ) 2 Pessoas;

( ) 3 pessoas;

( ) 4 pessoas;

( ) 5 pessoas;

( ) Mais de 5 pessoas.

13. Assinale a renda total na sua residência:

( ) Menor que R$ 1.212 reais;

( ) Igual a R$ 1.212 reais;

( ) Entre R$ 1.212 e R$ 3.636 reais;

( ) Maior que R$ 3.636 reais;

14. Indique o nível de escolaridade atual do adolescente ou caso não estiver matriculado indique o motivo:

( ) Não está matriculado em nenhuma escola. Motivo:_____;

( ) Cursando Ensino Infantil;

( ) Cursando o Ensino Fundamental II;

( ) Cursando o Ensino Fundamental III;

( ) Cursando o Ensino Médio.

15. O adolescente possui Acompanhante Terapêutico (AT)?

( ) Sim; ( ) Não.