

Terapia ocupacional en contextos hospitalarios: la especialidad, atribuciones, competencias y fundamentos**Terapia ocupacional em contextos hospitalares: a especialidade, atribuições, competências e fundamentos****Occupational therapy in hospital contexts: the specialty, duties, skills and fundamentals****Recibido: 10/04/2017****Aprobado: 15/08/2017****Publicado: 30/03/2018****Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo¹****Victor Augusto Cavaleiro Corrêa²**

Se trata de una reflexión con el objetivo de contextualizar la actuación de la Terapia Ocupacional en contextos hospitalarios. Muchos son los referenciales teóricos observados en la práctica terapéutica ocupacional en este campo, dentro de los que se destacan la estructura de la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso, y la Ciencia Ocupacional o Ciencia de la Ocupación. Independientemente de los referenciales teóricos que subsidian la actuación del profesional especialista en contextos hospitalarios, se espera que las habilidades y competencias del terapeuta ocupacional no se restrinjan a una visión fragmentada del conocimiento en subespecialidades clásicas de la formación, como: salud mental y rehabilitación física, ya que el cuidado a la persona en proceso de enfermedad e intención, exige una visión integral y ampliada de la persona y su relación con las ocupaciones en un cotidiano singular.

Descriptor: Terapia ocupacional; Atención hospitalaria; Cuidados paliativos.

Trata-se de uma reflexão que teve como objetivo contextualizar a atuação da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares. Muitos são os referenciais teóricos observados na prática terapêutica ocupacional neste campo, dentre eles destacam-se a estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo, e a Ciência Ocupacional ou Ciência da Ocupação. Independientemente dos referenciais teóricos que subsidiam a atuação do profissional especialista em contextos hospitalares, espera-se que as habilidades e competências do terapeuta ocupacional não se restrinjam a visão fragmentada do conhecimento em subespecialidades clássicas da formação, tais como: saúde mental e reabilitação física, uma vez que o cuidado à pessoa em processo de adoecimento e hospitalização, exige uma visão integral e ampliada da pessoa e sua relação com as ocupações num cotidiano singular.

Descriptor: Terapia ocupacional; Assistência hospitalar; Cuidados paliativos.

Se trata de una reflexión con el objetivo de contextualizar la actuación de la Terapia Ocupacional en contextos hospitalarios. Muchos son los referenciales teóricos observados en la práctica terapéutica ocupacional en este campo, dentro de los que se destacan la estructura de la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso, y la Ciencia Ocupacional o Ciencia de la Ocupación. Independientemente de los referenciales teóricos que subsidian la actuación del profesional especialista en contextos hospitalarios, se espera que las habilidades y competencias del terapeuta ocupacional no se restrinjan a una visión fragmentada del conocimiento en subespecialidades clásicas de la formación, como: salud mental y rehabilitación física, ya que el cuidado a la persona en proceso de enfermedad e intención, exige una visión integral y ampliada de la persona y su relación con las ocupaciones en un cotidiano singular.

Descriptors: Occupational therapy; Hospital care; Palliative care.

1. Terapeuta Ocupacional. Especialista en Administración Hospitalaria. Especialista en Acupuntura. Especialista en Información en Salud. Máster en Ciencias Médicas en Salud Mental. Doctora en Ciencias. Post Doctora en Ciencias, Tecnología y Sociedad. Profesora Adjunta del Curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7661-0353 E-mail: heloisa.frizzo@yahoo.com.br

2. Terapeuta Ocupacional. Especialista en Salud de la Familia. Máster en Psicología. Doctor en Enfermedades Tropicales. Profesor Adjunto de la Faculdade de Fisioterapia y Terapia Ocupacional da Universidad Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. ORCID: 0000-0003-0133-7927 E-mail: victorcavaleiro@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La creación de las Especialidades en Terapia Ocupacional es un hecho relativamente reciente del final de la última década, más precisamente en 2009¹.

Este escenario es visto actualmente por una parcela de profesionales como resultado de la movilización de la categoría frente a las necesidades y realidades del mercado de trabajo, que delimita, consecuentemente, campos y núcleos de competencias de actuación profesional.

Este movimiento ha sido legitimado por el Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional (COFFITO) junto con los Consejos Regionales y Asociaciones y entidades representativas de clase, a saber, Asociación Brasileña de Terapeutas Ocupacionales (ABRATO) y Asociación Científica en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos (ATOHOSP). En contrapartida, la definición de especialidades en Terapia Ocupacional es cuestionada por muchos profesionales terapeutas ocupacionales en función del raciocinio disciplinar, fragmentado y reduccionista.

La busca de legitimación de los campos y núcleos de competencia, y de la consolidación del conocimiento específico/especializado de las especialidades no siempre pasa por el diálogo y la reflexión con las políticas públicas en el área de la salud, educación, social y cultura, en la búsqueda de consonancia con las directrices curriculares nacionales para los cursos de graduación que preconiza la formación del profesional generalista, humanista y con los fundamentos y principios de la profesión. Esa realidad, cuando no es observada con criterio, puede causar la fragmentación del conocimiento y de las prácticas en Terapia Ocupacional.

La constitución de las especialidades se organiza según un juego de negociaciones provisorias, en cierta medida interminables porque son imposibles de ser arbitradas exclusivamente por una racionalidad técnica². La definición de estos campos depende también de intereses políticos, profesionales más amplios y no apenas de directrices de cada categoría profesional².

Con relación al área de actuación de la Terapia Ocupacional en contextos hospitalarios, hubo el reconocimiento de la Especialidad el 06 de noviembre de 2009, a partir de la Resolución COFFITO n° 371 - 06 de noviembre de 2009¹, que dispone sobre la alteración del artículo 1° de la Resolución COFFITO n° 366/2009, que no contemplaba la referida especialidad. Este documento reconoce así, las especialidades en Terapia Ocupacional: Salud Mental; Salud Funcional; Salud Colectiva; Salud de la Familia; Contextos Sociales; Contextos Hospitalarios y Acupuntura. No obstante, la transformación de la especialidad en una asignatura solo ocurrió en julio de 2013, a partir de la Resolución n° 429, que define las áreas de actuación y competencias del terapeuta ocupacional especialista en Contextos Hospitalarios³.

El objetivo de este estudio fue contextualizar la actuación de la Terapia Ocupacional en contextos hospitalarios.

MÉTODO

Se trata de una reflexión sobre la actuación de la Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios, con foco en la reglamentación de la especialidad en Brasil, las áreas de actuación del profesional, y respectivas atribuciones y competencias, así como fundamentos para la práctica.

Utilizamos el análisis crítico y reflexivo de las Resoluciones del Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional (COFFITO), documentos disponibles online con acceso abierto (<https://www.coffito.gov.br/nsite/>) y de la literatura especializada en el área de actuación de la Terapia Ocupacional en asistencia hospitalaria. Los datos disponibles fueron analizados y fundamentados a partir de revisión bibliográfica.

Como base usamos los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo se da la inserción del terapeuta ocupacional en la asistencia hospitalaria actualmente no Brasil? ¿Qué preconiza la especialidad Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos conforme lo expresa COFFITO? ¿Cuáles son las áreas consideradas de actuación del terapeuta ocupacional

especialista en Contextos Hospitalarios? ¿Cuáles son las atribuciones y competencias de ese profesional en esa especialidad? ¿Qué fundamentos subsidian su práctica en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos?

RESULTADOS

A partir de los cuestionamientos supra citados y con base en la revisión de bibliografías afines acerca de la reglamentación de la Especialidad Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos, fueron creados tres ejes temáticos, que son:

- 1) “La reglamentación, atribuciones, competencias del terapeuta ocupacional especialista en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos”;
- 2) “Fundamentos para la práctica en Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos”; y,
- 3) “Reflexiones acerca de la actuación de la Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos”.

DISCUSIÓN

La reglamentación, atribuciones, competencias del terapeuta ocupacional especialista en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos

La creación de la asignatura de la especialidad Contextos Hospitalarios ocurre en julio de 2013, a partir de la Resolución n.º 429, que define las áreas de actuación y competencias del terapeuta ocupacional especialista en Contextos Hospitalarios³.

Para el COFFITO¹, son consideradas áreas de actuación del especialista en Contextos Hospitalarios: Intrahospitalario, Extrahospitalario y Cuidados Paliativos. En este sentido, son considerados ambientes de actuación de la especialidad: los hospitales, los ambulatorios (unidades especializadas, clínicas, consultorios y centros de salud), los domicilios y los servicios de home care, sean de carácter público, privado, filantrópico, militar o tercer sector.

Las intervenciones en esa especialidad preconizan: el diagnóstico terapéutico ocupacional, la elección, ejecución y utilización de métodos, técnicas y recursos

pertinentes y adecuados a los contextos hospitalarios, interviniendo junto al individuo y colectividad (cliente/paciente/usuario, cuidadores y grupos), en todos los niveles de atención y fases de desarrollo ontogénico¹.

Así, la referida resolución prevé que el terapeuta ocupacional especialista en Contextos Hospitalarios deberá promover acciones de promoción, prevención, protección, educación, intervención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según principios y directrices del Sistema Único de Salud, en especial con relación a las concepciones de la integralidad y humanización de la atención a la salud, destacando el cuidado ofrecido en líneas de cuidado¹.

Las atribuciones ejercidas por el Especialista terapeuta ocupacional en Contextos Hospitalarios abarcan el gerenciamiento de servicios, la enseñanza y la investigación, y cabe al profesional la responsabilidad técnica, coordinación y supervisión, gestión, dirección, consultoría, auditoría, pericia, enseñanza e investigación¹.

En ese sentido, se espera que el terapeuta ocupacional especialista en Contextos Hospitalarios sea capaz de: realizar consulta, interconsulta y evaluación terapéutica ocupacional con paciente, cliente, usuario, familia, cuidadores y grupos; establecer diagnóstico Terapéutico Ocupacional y cuando necesario, solicitar interconsulta, exámenes complementares y pareceres para definir la conducta y el pronóstico terapéutico-ocupacional; realizar la planificación del tratamiento e intervención - constituida por una serie de acciones que abarcan tanto la selección, como la indicación y aplicación de métodos, técnicas y procedimientos terapéuticos ocupacionales, adecuados y pertinentes a las necesidades y características del paciente/cliente/usuario de los familiares, cuidadores y grupos, monitoreando su desempeño en las diferentes áreas ocupacionales¹.

Particularmente, el foco se da en las Actividades de Vida Diaria (AVD's), Actividades Instrumentales de Vida Diaria (AIVD's), productividad, ocio y participación social; determinar las condiciones de alta

terapéutica ocupacional y posibles orientaciones; emitir laudos, atestados, pareceres e informes terapéuticos ocupacionales; participar de órganos gestores, gerenciar áreas técnicas y administrativas¹.

Fundamentos para la práctica en Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos

Muchas teorías han sido observadas en la práctica terapéutica ocupacional en este campo.

Con relación a esta cuestión, las acciones de la Terapia Ocupacional deben garantizar al sujeto y a su red social la comprensión y el cuidado a partir de escuchar más ampliamente sus necesidades, evitando así tanto abordajes teórico-metodológicos adoptadas a priori (a partir de la opción de especialidad del terapeuta ocupacional), como racionalidades más idealizadas del sistema de salud y menos próximas a las necesidades de sus usuarios, inclusive considerándose el hospital como un lugar para promover la salud⁴.

Diversas teorías han sido utilizadas para nortear la práctica terapéutica ocupacional junto a los contextos hospitalarios y cuidados paliativos. Entre ellas, la estructura de la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso, propuesto por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), 3ª. Edición⁵, siendo posible que este enfoque guíe los principios y directrices de la Resolución nº. 429, de 2013, que define la actuación del terapeuta ocupacional especialista en Contextos Hospitalarios.

La AOTA⁵ comprende que el dominio de la Terapia Ocupacional se propone apoyar el compromiso, la participación y la salud. En el dominio de la Terapia Ocupacional el foco son las ocupaciones, los factores del cliente, las habilidades del desempeño, los padrones del desempeño, además de los contextos y ambientes, mientras el proceso terapéutico es ordenado por medio de la evaluación, intervención y monitoreo de los resultados.

Otra referencia teórica posible para subsidiar las prácticas en la Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios es la Ciencia Ocupacional o Ciencia de la Ocupación que comprende los fenómenos en una concepción multicausal y relacional, considerando las interacciones como dinámicas, vistas por el prisma de la complejidad⁶, en que ocuparse es comprendido como una acción que asume una forma, un sentido y un significado para una determinada persona, que se encuentra en un determinado contexto físico, social, cultural, económico.

Esta es una configuración de cuño individual y subjetivo, complejo e influenciada por diversos factores, que interactúan de forma no-lineal y dinámica.

Es sabido que la forma ocupacional comprende lo que las personas hacen y cómo esto ocurre con relación al tiempo y el espacio. Resulta de la interacción de una actividad con el ambiente en determinado tiempo y espacio físico y social. La forma hace referencia a las características visibles y observables de una ocupación^{6,7}.

Buscamos comprender ¿qué y cómo las personas hacen sus cosas? ¿Cómo completan su tiempo? En el contexto hospitalario y durante los cuidados paliativos, la forma en que se presentan las ocupaciones de rutina puede estar modificadas.

Con relación a la ocupación, la Sociedad Internacional de Científicos Ocupacionales⁸, cree en el valor que la ocupación tiene y afirma que “la ocupación engloba todas las actividades humanas, sean físicas, mentales, sociales y espirituales, y es fundamental para la autonomía, salud, bienestar y la justicia (p.2)”.

En ese sentido, las ocupaciones son los quehaceres diarios de los seres humanos, que poseen una manera típica de ocurrir en la vida de cada persona, agregando y dando base a significados íntimos y específicos de cada persona que ejecuta un determinado quehacer, los cuales, por su vez, son reconocidos y organizados por las personas en contextos temporal, cultural y social⁸.

Las ocupaciones también pueden ser comprendidas como algo que puede generar

impactos negativos para la persona⁹. De esa forma, ¿cómo debe ocuparse o proseguir con las ocupaciones diarias, frente a una enfermedad o a una condición crónica o evolutiva de enfermedad?

Existe una necesidad de conocer la ocupación de acuerdo con la experiencia de quien la realiza. Esta indicación lleva a pensar y a la necesidad de comprender como las ocupaciones de las personas varían o se presentan en relación con cada tiempo, cultura, medio social y momento de vida de cada uno, a partir de una comprensión de la forma, de la función y del significado ocupacional¹⁰.

Así, es preciso examinar lo que los seres humanos hacen con su tiempo, comprender su variación de acuerdo con la habilidad de cada persona, cómo organizan las actividades y sus adaptaciones al medio, sus objetivos, lo que significan, cuál es su valor, identificar como las ocupaciones funcionan en un determinado momento de vida de una persona, entre otras. Esos cuestionamientos conducen a la comprensión de una dimensión ocupacional.

La centralidad del compromiso de las personas en ocupaciones y en la vida humana, principalmente cómo se relacionan con la salud, el bienestar y la participación social¹¹.

En este sentido, el foco no debe estar solamente en las actividades en sí, sino en el significado que les es atribuido. Se observa al individuo inserto en su contexto, en torno de sus ocupaciones, analizando las actividades y las relaciones que se establecen en el proceso de creación, adaptación, construcción y reconstrucción, o sea, un ser que se ocupa, en interacción con los contextos.

Reflexiones acerca de la actuación de la Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos

Independientemente de las referencias teóricas que subsidian la actuación del profesional especialista en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos, se espera que sus habilidades y competencia no se restrinjan a una visión fragmentada del conocimiento en subespecialidades clásicas

de la formación en Terapia Ocupacional, como son la salud mental y la rehabilitación física.

Se espera el cuidado a la persona en proceso de enfermedad, hospitalización y eminencia de muerte y sus repercusiones biopsicosociales, más allá de un modelo centrado en la enfermedad y el rescate de las habilidades y funciones comprometidas/perdidas.

Las acciones desarrolladas pretenden alcanzar un enfoque más ampliado de la clínica, que no tiene su foco en la enfermedad, en las señales y síntomas, sino en la comprensión de la persona en su singularidad, en la proposición de proyectos terapéuticos individuales, que buscan la autonomía, la toma de decisiones y la participación, en el desarrollo de acciones de cuidado integral y humanizado.

Además, debe ser capaz de considerar las dimensiones de una macro institución como es el hospital en relación con el proceso de cuidado, que impone una lógica positivista, normativa y poco singular, que comprende al hospital como una unidad de cuidado, en una perspectiva más amplia que incluye a la comunidad y al ambiente en el cual la persona está inserta.

La perspectiva del proceso de trabajo centrado en la clínica ampliada posibilita la ampliación del grado de autonomía y de la capacidad de que los usuarios comprendan y actúen sobre sí mismos y sobre el mundo de la vida, desde que el grado de autonomía se mide por la capacidad de autocuidado, de comprensión sobre el proceso salud/enfermedad, por la capacidad de usar el poder y de establecer compromiso y contrato con otros¹².

La alteración del "objeto" y del "objetivo" del trabajo clínico exigirá un cambio en los medios de intervención, ya sean diagnósticos o terapéuticos. La terapéutica no se restringe solamente a fármacos y cirugía, sino a los recursos terapéuticos que valorizan la escucha y la palabra, el poder de la educación en salud y el apoyo psicosocial¹².

En ese proceso para alcanzar la capilaridad es importante que cada hospital incorpore en su cotidiano dispositivo de educación continuada, que posibilite una

reconstrucción de conocimientos y de las posturas de la mayoría de sus trabajadores¹³.

Señala también que uno de esos recursos para esta perspectiva de cuidado es la elaboración de Proyectos Terapéuticos Singulares. Esos proyectos tienen por objetivo la realización de una revisión del diagnóstico, nueva evaluación de riesgos y una redefinición de las líneas de intervención terapéutica, redefiniendo tareas y solicitaciones de varios especialistas¹⁴.

La actuación del terapeuta ocupacional junto al hospital debe buscar desarrollar el escuchar y recibir las necesidades y problemáticas de los sujetos bajo cuidado, modificando el perfil del hospital de una simple asistencia a la salud para una estación de cuidados⁴.

Al ofrecer atención a partir de líneas de cuidado (al niño y adolescente; al adulto bajo cuidados clínicos y quirúrgicos; a la salud materno-infantil; a la persona con HIV/AIDS, a la persona con cáncer; a la persona en cuidados paliativos, entre otras), las prácticas y saberes producidos por la Terapia Ocupacional podrán recorrer itinerarios en las diferentes líneas pasando por la atención primaria, secundaria y terciaria, y parando en varias 'estaciones de cuidado'⁴.

En esta perspectiva, el foco de las acciones del terapeuta ocupacional en el hospital serían las actividades y rutinas. El cuidado a la salud que la Terapia Ocupacional ofrece se constituye en poder entender e intervenir en las manifestaciones y discontinuidades de la cotidianidad ocasionadas por situaciones diversas de enfermedad, que transitan por el domicilio, hospital, y/o por otros equipamientos sociales y de salud⁴.

Esta visión ampliada y generalista de los procesos de enfermedad y hospitalización, en la perspectiva ampliada y en la desconstrucción del modelo institucional biomédico, no nos exenta del dominio, de habilidades y competencias técnicas relacionadas a las demandas particulares de clínicas complejas y específicas, que demandan visiones peculiares.

Unidades de terapia intensiva, centros de terapia renal, unidades de tratamiento

oncológico, unidades de pediatría y otras demandan conocimientos y habilidades afines. Esta realidad nos alerta para el hecho de que ofrecer interconsulta no garantiza un abordaje específico y particularizado. Para este fin es preciso la participación más activa y continua del profesional terapeuta ocupacional junto al equipo y unidad de referencia del área solicitada.

La interconsulta tiene como objetivos auxiliar profesionales de otras áreas en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con problemas psicosociales (situaciones emocionales emergentes) e intermediar la relación entre los involucrados en la situación (equipo de salud, pacientes y familiares), facilitando la comunicación, la cooperación y la elaboración de conflictos¹⁵.

En Brasil, un primer estudio realizado en el área fue producido junto a un servicio de interconsulta psiquiátrica de un hospital de clínicas del interior del estado de São Paulo. El objetivo de ese estudio fue identificar los motivos de solicitud de interconsulta direccionados por el equipo de interconsulta psiquiátrica para la atención en Terapia Ocupacional. Se comprobó que los principales motivos de solicitud estaban relacionados con las dificultades atribuidas por el equipo con relación al paciente, seguidos de dificultades relacionadas al apoyo del equipo¹⁶.

Entre los motivos atribuidos a los pacientes se destacan: las manifestaciones de sintomatologías psiquiátricas, la solicitud de acompañamiento psicosocial/psicoterápico; las reacciones emocionales causadas por procedimientos invasivos; los antecedentes psiquiátricos, y disfunciones, incapacidades o deficiencia física. Las solicitudes de acompañamiento psicosocial/psicoterápico se referían principalmente al apoyo a personas con mal pronóstico, en situación terminal de vida¹⁶.

Sobre los motivos relacionados al equipo, observamos las dificultades de manejo, solicitud de apoyo al diagnóstico diferencial e investigación diagnóstica. La resistencia al tratamiento y la aislación/restricción al lecho también fueron motivos para la solicitud de interconsulta,

además de los problemas causados por la internación prolongada y dilemas éticos. Los principales dilemas éticos identificados fueron: abuso sexual extrahospitalario, deseos de eutanasia, abandono familiar y apoyo en la comunicación de diagnósticos y noticias difíciles. Al momento de la realización de esta investigación, pocas eran las prácticas de Terapia Ocupacional en Hospitales Generales con registros y producciones científicas afines¹⁶.

Otro estudio¹⁷ señala que los motivos para solicitar interconsulta en Terapia Ocupacional en Hospital General están relacionados a períodos largos de internación; facilitar el manejo clínico con el paciente; ampliar el campo relacional (paciente-familiar, paciente-equipo, paciente-paciente); y crear condiciones de mejoría y adaptación del paciente a los procedimientos necesarios al tratamiento y a la internación.

Otros trabajos destacan cinco grupos de motivos de solicitud de interconsulta en Terapia Ocupacional. Ellos son: "hospitalización", que engloba cuestiones relacionadas a la dificultad del paciente de adaptarse a la rutina hospitalaria, de permanecer internado por un largo período y de relacionarse con el equipo; "ociosidad", que consiste en la constatación de ociosidad del paciente y en la necesidad de ocupación; "otros", que incluye auxilio para las prácticas de Actividades de Vida Diaria (AVD's), confecciones de órtesis, promoción de estimulación neuro psicomotora y/ o solicitud de Terapia Ocupacional por los pacientes, cuando estos ya habían sido atendidos en internaciones anteriores; "aspecto emocional del paciente", o sea, solicitud basada en quejas o diagnósticos psiquiátricos (como tristeza, desánimo, depresión, ansiedad); y "ausencia de descripción de los motivos de solicitud"^{18,19}.

Como funciones del Terapeuta Ocupacional interconsultor en hospital general se destaca: ampliar los aspectos saludables; disminuir ruptura y desorganización de la vida cotidiana; auxiliar en el proceso de alta y reinserción del individuo; discutir estrategias con el equipo

solicitante; y orientar al familiar en el cuidado con el paciente²⁰.

En el hospital general existe un sujeto temporariamente sin cotidiano, que puede o no estar inserto en una rutina hospitalaria^{18,19}.

Para evidenciar esta reflexión, existe una diferencia entre rutina en el contexto hospitalario y cotidiano. La rutina es un camino ya conocido, una secuencia de actos, usos, observada por fuerza de hábito, mientras el cotidiano es la vida de todo hombre, sin ninguna excepción, cualquiera sea su puesto en la división de trabajo intelectual y físico; y la vida cotidiana, es heterogénea en gran parte y bajo varios aspectos, sobre todo en lo que se refiere al contenido y la significación de nuestros tipos de actividades^{18,21}.

La rutina es una secuencia de actos desprovistos de significados y el cotidiano, por otro lado, se constituye por esa particularidad de los significados atribuidos por el sujeto a las acciones¹⁸.

Así, como el cotidiano está relacionado a la participación social, se puede pensar que en el ambiente hospitalario, los terapeutas ocupacionales van a tratar directamente con la rutina y no con el cotidiano del individuo, aunque pueden proveer un espacio de vivencia de nuevas capacidades que van a auxiliar al individuo a reconstruir, retomar o crear su cotidiano, ya que "(la organización de cotidianos) se inicia desde que una relación se instala en la transferencia, permitiendo que, a través de actividades construidas, ese cotidiano sea significado para el sujeto en Terapia Ocupacional".

Se destaca, en ese sentido, otra perspectiva de pensar sobre lo cotidiano en los contextos hospitalarios a partir de la definición de "cotidiano", como "cada día", como la unidad de medida de la sucesión de la vida humana hecha de un día después del otro de forma fluida, sucesiva y continuada; agregando que el cotidiano incluye al individuo en el plano de vida en común con los otros, que integra al individuo en la comunidad²².

Por esto, enfermarse y estar hospitalizado tiene relación directa en el vivir de cada día en la vida humana, teniendo en

cuenta que esta experiencia restringe una vida de forma fluida, sucesiva y continuada, limitando y amenazando el vivir, en uno de los momentos más vulnerables de la persona. Es necesario reconstruir este cotidiano inclusive en condiciones adversas, donde se perpetúa una rutina tan impuesta, pero necesaria para continuar la vida.

Desde una perspectiva basada en la Ciencia Ocupacional, la ocupación circunscribe a la Terapia Ocupacional, en que la actuación profesional va a fundamentar sus intervenciones en el quehacer humano y sus repercusiones en la vida, conduciendo a una forma de dimensionar, percibir, interpretar e intervenir con su quehacer. En esta perspectiva, la Terapia Ocupacional considera la ocupación como producto y medio de construcción del propio hombre²³.

Busca entender las relaciones que la persona establece con su condición de vida y las ocupaciones, considerándolas, como instrumentos de dominio científico para comprender la ocupación humana, una vez que las ocupaciones posibilitan que la persona sea reconocida y reconocerse por sus quehaceres, además de permitir conocer su historia de vida y ocupacional y la manera como las desempeña en el contexto en que está incluida²³.

Dependiendo de cómo las personas interactúan y perciben sus ocupaciones diarias, podrán influenciar en la percepción de una determinada identidad ocupacional y personal de sí mismo. Esas ocupaciones reflejan valores culturales, proveen estructuras, los sentidos, los 'por qué de una ocupación', de los quehaceres que satisfacen o no las necesidades humanas¹¹.

En la condición de enfermedad y hospitalización se puede exigir cambios y adaptaciones en la manera como se relaciona, interactúa con su entorno por medio de sus ocupaciones o con la necesidad de redescubrir la función y el significado de sentirse capaz.

Es posible conducir al individuo a rever, a partir de las nuevas condiciones, las habilidades para ejecutar aquello que le da placer y sentido a la vida.

Las ocupaciones antes, durante y después de una enfermedad e internación

pueden encontrarse desconectadas. Funciones y ocupaciones diarias pueden ser bruscamente alteradas, y pueden ocurrir tristezas, angustias, sentimientos de inutilidad y apatía, donde la forma, el sentido y el significado del hacer y de la vida pueden estar modificados.

Algunos estudios se han ocupado de algo más que las experiencias individuales. Estos han enfocado los factores que influyen y determinan la participación de las personas en ocupaciones, destacando los aspectos positivos y negativos asociados al compromiso y/o privación de este en esas acciones. Además, también priorizan investigaciones que desvelan el intercambio de esas experiencias y sus repercusiones en la colectividad²⁴⁻²⁷.

En la asistencia y en el cuidado a las personas en el contexto hospitalario y cuidados paliativos, la Terapia Ocupacional busca comprender como las personas se ocupan en el entorno en que viven, o como los modos de ocuparse han influenciado o implicado en la condición de salud, de vida y en su participación en el entorno social.

¿Por qué o qué lleva a las personas a ocuparse de aquello que hacen todos los días? ¿Será que las personas siempre se ocupan de aquello que quieren y en el momento que desean? Y, ¿qué piensan las personas sobre sus ocupaciones diarias? ¿Son importantes? ¿Por qué? ¿Qué significados son atribuidos?

Las respuestas a estas preguntas pueden ayudar a entender la dimensión ocupacional de las personas que se encuentran con las vidas y las ocupaciones modificadas a causa de enfermedades e internaciones.

En estas condiciones, es necesario estar abierto a comprender lo que sustenta y/o alimenta o no el movimiento y la intención de ocuparse todos los días. Esa puede sembrar producciones de conocimiento que revelan la importancia de las ocupaciones en diferentes contextos de vidas, condición que ha influenciado la práctica de la Terapia Ocupacional.

CONCLUSIÓN

El terapeuta ocupacional en la especialidad en Contextos Hospitalarios y Cuidados Paliativos busca, junto a la persona enferma y hospitalizada, identificar factores facilitadores y limitadores de las ocupaciones en ese momento y contexto de la vida.

Por estos motivos, es importante para la práctica profesional la construcción de proyectos Terapéuticos Singulares junto al equipo multiprofesional.

En el hospital, es necesario comprender, entre otros aspectos, ¿de qué manera ocurren las ocupaciones? ¿Cuáles son sus sentidos y significados? ¿Cuáles son los quehaceres que dejaron de ser realizados? ¿Qué se volvió rutinario o habitual en el hospital?, y especialmente, ¿cómo la persona se siente y que percibe sobre las ocupaciones vividas en el hospital?

Con esta base, el terapeuta ocupacional puede facilitar el (re) conocimiento del hospital como lugar-territorio, de pertenencia, de posibilidades, y que la mera repetición de acciones diarias es ilusoria, y de que el cotidiano presenta un potencial transformador. El proceso terapéutico ocupacional puede ser, entonces, un catalizador para tomar consciencia y despertar para un vivir más pleno, saludable, creativo y con producción de vida.

La práctica del terapeuta ocupacional puede dirigirse a las posibilidades y recursos, donde hay un compromiso con la potencialización, intensificación de la vida, que permite interacciones y relaciones humanas.

Busca comprender de qué forma las ocupaciones humanas pueden ser utilizadas para reunir y (re) significar fragmentos de sus experiencias y transformarlos en nuevos elementos, que posibiliten ampliar la vida práctica y concreta, y enfrentar de modo más activo y saludable el período de hospitalización y/o para más allá de él.

REFERENCIAS

1. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 371, de 06 de novembro 2009. Dispõe sobre a alteração do artigo 1º da Resolução COFFITO nº 366

[Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 30 nov 2009 [citado en 13 ago 2017]; 228(Seção 1):852. Disponible en:

<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3134#more-3134>

2. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública. 1997; 13(1):141-4.

3. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 429, de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 02 set 2013 [citado en 13 ago 2017]; 169(Seção I). Disponible en: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3191#more-3191>

4. Galheigo SM. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. Rev Ter Ocup. 2008; 19(1):20-8.

5. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. 3rd ed. Am J Occup Ther. 2014; 68(1):1-48.

6. Carrasco J, Olivares D. Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la ocupación para la investigación y práctica de la terapia ocupacional. Rev Chil Ter Ocup. Dec 2008; (8):5-16.

7. Jáuregui JG, Lucero DC. Forma, función y significado de la conducción de automóviles en un grupo de adultos mayores residentes en Santiago de Chile. Rev Chil Ter Ocup. 2013; 13(1):23-32.

8. International Society of Occupational Science Disponible em: <http://www.isocsci.org>. Acesso em: 13 ago. 2017.

9. Magalhães L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. Cad Ter Ocup UFSCar. 2013; 21(2):255-63.

10. Dickie V. O que é ocupação? In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB., editores. Willard e Spackman: Terapia ocupacional. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 15- 21.

11. Clark F, Lawor MC. A elaboração e o significado da ciência ocupacional. In: Crepeau

- EB, Cohn ES, Schell BAB., editores. Willard e Spackman: Terapia ocupacional. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2-14.
12. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):849-59.
13. Campos GWS. Um método para análise e gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
14. Cunha GT. A clínica ampliada na atenção primária. São Paulo: Hucitec; 2005.
15. Gazotti TC, Prebianchi, HB. Caracterização da interconsulta psicológica em um hospital geral. *Psicol Teor Prát*. 2014; 16(1):18-30.
16. Frizzo HCF. Inserção do Terapeuta Ocupacional em um hospital geral universitário: sua participação em um serviço de consultoria psiquiátrica. [Dissertação] Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo; 2002.
17. Tedesco S, Ceccato TL, Nori AM, Citero VA. A Terapia ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In: Marco MA. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 151-155.
18. Gomes MGJPB. A interconsulta de terapia ocupacional no hospital geral: um convite feito há mais de 10 anos. *Rev Ceto*. 2010; 1(12):21-6.
19. Gomes MGJPB. Caracterização clínica e sócio-demográfica da população atendida por um serviço de interconsulta de terapia ocupacional em um hospital geral universitário. [Dissertação]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo; 2008.
20. Morais LV. A Interconsulta de terapia ocupacional no hospital geral: um espaço para a saúde. *Rev Ceto*. 2001; 6:9-13.
21. Heller A. O Cotidiano e a história. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
22. Kujawski GM. A crise do século XX. 2ed. São Paulo: Ática; 1991.
23. Corrêa VAC. Luto: intervenção em terapia ocupacional. Belém: Amazônia Editora; 2010.
24. Glover JS. The literature of occupational science: a systematic, quantitative examination of peer-reviewed publications from 1996-2006. *J Occup Sci*. 2009; 16(2):92-103.
25. Guajardo CA. Enfoque y praxis en terapia ocupacional: reflexiones desde una perspectiva de la terapia ocupacional crítica. *TOG (A Coruña)* [Internet]. 2012 [citado en 13 ago 2017]; 9(5):18-325. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/prologo.pdf>
26. Hocking GE, Whiteford C. Introduction to critical perspectives in occupational science. In: Hocking GE, Whiteford C. Occupational science: society, inclusion, participation. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. p. 3-7.
27. Molineux M, Whiteford GE. Occupational science: genesis, evolution and future contribution. In: Duncan EAS. Foundations for practice in occupational therapy. 5ed. [Londres]: Churchill livingstone; 2012. p. 243-253.

COLABORACIONES

Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo colaboró con la concepción del trabajo, el levantamiento de datos, el análisis y la discusión además de la redacción. **Victor Augusto Cavaleiro Corrêa** actuó en la concepción del trabajo, el levantamiento de datos, el análisis y la discusión además de la redacción.

Como citar este artículo (Vancouver)

Frizzo HCF, Corrêa VAC. Terapia ocupacional en contextos hospitalarios: la especialidad, atribuciones, competencias y fundamentos. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado en *colocar día, mes y año de acceso*]; 6(1):130-139. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link do DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

FRIZZO, H. C. F.; CORRÊA, V. A. C. Terapia ocupacional en contextos hospitalarios: la especialidad, atribuciones, competencias y fundamentos. *REFACS*, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 130-139, 2018. Disponible en: *<insertar link de acceso>*. Acceso en: *colocar día, mes y año de acceso*. DOI: *colocar link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Frizzo, H. C. F. & Corrêa, V. A. C. (2018). Terapia ocupacional en contextos hospitalarios: la especialidad, atribuciones, competencias y fundamentos. *REFACS*, 6(1), 130-139. Recuperado en: *colocar día, mes y año de acceso de colocar link de acceso*. DOI: *insertar link do DOI*.