

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

ALANA DE PAIVA NOGUEIRA FORNERETO GOZZI

**O processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental:
focalizando a avaliação inicial**

São Carlos

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

ALANA DE PAIVA NOGUEIRA FORNERETO GOZZI

**O processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental:
focalizando a avaliação inicial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Área de concentração: Processos de intervenção em Terapia Ocupacional

Linha: Redes Sociais e Vulnerabilidade.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi

São Carlos

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

G725pt

Gozzi, Alana de Paiva Nogueira Fornereto.

O processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental : focalizando a avaliação inicial / Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi. -- São Carlos : UFSCar, 2013.

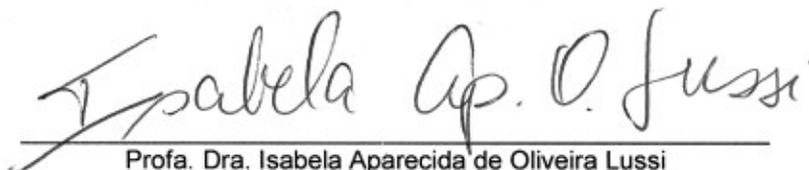
119 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Terapia ocupacional. 2. Saúde mental. 3. Processo de trabalho. 4. Avaliação. I. Título.

CDD: 615.8515 (20^a)

FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA
ALANA DE PAIVA NOGUEIRA FORNERETO GOZZI, DEFENDIDA
PUBLICAMENTE EM 18 DE DEZEMBRO DE 2012.



Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
Orientadora, Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Profa. Dra. Regina Célia Fiorati
Universidade de São Paulo / USP



Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Homologado na CPG-PPGTO na
_____. Reunião no dia

____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos Reginaldos, Marias, Josés, Danielas, Franciscos, e tantos outros com os quais a terapia ocupacional se depara e irá se deparar no caminho por uma saúde mental.

Às terapeutas ocupacionais que cotidianamente constroem em suas equipes, um caminho através do fazer.

“The theoretical foundation of occupational therapy, as with the theoretical foundation of all professions, changes over time as new phenomena are studied, new theories developed, and older theories further verified or refuted” (MOSEY, 1981, p. 73).¹

¹ A fundamentação teórica da terapia ocupacional, assim como a fundamentação teórica de todas as profissões, muda ao longo do tempo conforme novos fenômenos são estudados, novas teorias desenvolvidas e as teorias mais antigas são ainda verificadas ou refutadas (tradução nossa).

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida e por cada amanhecer.

Ao PPGTO, por me aceitar nesta minha primeira etapa enquanto pesquisadora.

À Prefeitura Municipal de Ibaté, especialmente na pessoa de Luiz Henrique de Oliveira, por permitir que eu conciliasse meus difíceis horários de pesquisa com meus horários de trabalho. E, principalmente, de onde surgiram meus primeiros questionamentos para esta pesquisa.

À Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi, minha querida orientadora, por nosso aprendizado compartilhado e por suas orientações cuidadosas com sua primeira orientanda de mestrado.

À Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura, pelas primeiras leituras desde que este era apenas um projeto, por seu incentivo e pelas valiosas contribuições durante a banca de qualificação, juntamente com a Profa. Dra. Regina Célia Fiorati, meu agradecimento.

À Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino, amiga e companheira de trabalho desde a atenção básica, com quem troco e aprendo todos os dias e me incentiva na caminhada da vida acadêmica.

À Profa. Dra. Regina Dakuzaku Carretta, hoje além de minha querida professora, amiga e companheira, por me despertar o desejo de pesquisar e de compreender ainda mais a terapia ocupacional. Através de quem aproveito para agradecer à USP-Ribeirão Preto, por minha formação.

Às terapeutas ocupacionais participantes dessa pesquisa, que tão prontamente me receberam em seus ambientes de trabalho, para conversarmos sobre terapia ocupacional.

Aos meus colegas de turma do mestrado, com quem dialoguei muito durante a consolidação deste projeto.

Às minhas companheiras de trabalho, Eliane, Cidinha e Rosângela, que muito me ajudaram e me apoiaram nos momentos de sobrecarga pesquisa e trabalho.

Às minhas amigas de infância, Natália, Pamela, Lygia, Andréia e Felipe, por compreenderem minha ausência, mas nem sempre as minhas escolhas.

Às minhas amigas de graduação, Pâmela, Juliana, Vanessa, pelos afetivos encontros recheados de descontração e pelo apoio, sempre. Em especial à Carolina, pela revisão do texto.

À minha família, meu porto seguro, por compreender minhas escolhas, minhas ausências, meus silêncios e, nas presenças, se fazerem parte dessa caminhada.

Aos meus queridos pais, Izilda e Antonio, pela vida, pelo estímulo, pelo carinho, pela compreensão, por me mobilizarem sempre a criar oportunidades e a seguir meu caminho, pessoal e profissional... meu carinho, amor e agradecimento, sempre.

Ao meu marido Giovani, com quem compartilho diariamente meus sucessos e minhas dificuldades. Que me apoia em minhas escolhas, por hoje caminharmos a quatro pés, por hoje não serem mais “minhas”, mas nossas escolhas. Que me ajudou durante a realização desta pesquisa. Meu amor, meu respeito, minha admiração...

RESUMO

A terapia ocupacional se constitui como área do conhecimento e de assistência que faz uso das atividades humanas, como uma tecnologia diferenciada e coerente com as políticas públicas de saúde mental recentes. Na atualidade, a terapia ocupacional no campo da saúde mental faz uso de diferentes referenciais para o desenvolvimento de sua prática, para os quais os principais objetivos são a ampliação do cuidado e a possibilidade de resgate dos direitos de cidadania de pessoas com algum transtorno mental. Observa-se a importância de se verificar como os terapeutas ocupacionais inseridos na rede de serviços de saúde mental realizam a avaliação das demandas dos usuários em seus cenários de atuação. O presente estudo teve como objetivos compreender as formas de avaliação utilizadas pelos terapeutas ocupacionais nos diferentes equipamentos que compõem a rede de serviços de saúde mental e identificar os critérios de admissão utilizados pelos terapeutas ocupacionais para acolher os usuários de serviços de saúde mental. Trata-se de um estudo de caso transversal descritivo, que fez uso da abordagem qualitativa. A coleta de dados se deu por meio de entrevista com terapeutas ocupacionais inseridos nos equipamentos de saúde mental em uma região de saúde de um Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo. A análise dos dados foi realizada por meio do método de análise temática, que possibilitou a identificação de categorias de análise. Os resultados mostraram que, em sua totalidade, os profissionais entrevistados são mulheres, com tempo de serviço entre nove meses e dezoito anos. A rede de serviços da região escolhida para a coleta de dados contou com equipamentos que vão desde a atenção básica, como Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e equipes mínimas inseridas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), até ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospital psiquiátrico. Com relação à realização da avaliação inicial, as entrevistadas compreendem esse momento do processo de trabalho como importante para conhecer o usuário e as necessidades que o mesmo demanda. Em sua maioria, a avaliação inicial é realizada em formato informal, contando com instrumentos construídos pelas próprias profissionais em suas práticas. São admitidos nos serviços de terapia ocupacional, pessoas com transtornos mentais crônicos, em sua maioria. É esperado que o estudo contribua para a construção de critérios técnicos de entrada dos usuários nos serviços de terapia ocupacional em saúde mental, para a ampliação do conhecimento e suscite reflexões acerca da prática dos terapeutas ocupacionais na área da saúde mental, assim como possa trazer contribuições acerca das formas de avaliação inicial do terapeuta ocupacional atuante na área de saúde mental.

Palavras-chave: Terapia ocupacional. Saúde mental. Processo de trabalho. Avaliação inicial.

ABSTRACT

Occupational therapy is constituted as a field of knowledge and service that makes use of human activities, such as a differentiated technology and public policy consistent with recent mental health. Currently, occupational therapy in the mental health field makes use of different benchmarks for the development of their practice, for which the main objectives are to broaden health care and the possibility of redemption citizenship rights of people with a mental disorder. Note the importance of verifying how occupational therapists that are inserted into the network of mental health services perform the assessment of user demands on their performance scenarios. The present study aimed to understand the forms of assessment used by occupational therapists in different equipment that make up the network of mental health services and to identify the admission criteria used by occupational therapists to users of mental health services. This is a descriptive cross-sectional case study, which made use of a qualitative approach. Data collection was through interviews with occupational therapists inserted in mental health services in a health region of a Regional Health Department of the State of São Paulo. Data analysis was performed using the method of thematic analysis, which allowed the identification of categories of analysis. The results showed that, in its entirety, the respondents are women, with service time between nine months and eighteen years. The network of services in the area chosen for the data collection relied on equipment ranging from basic care, such as the Center for Support Family Health (NASF) and minimum teams entered in basic health units, up clinics, psychosocial care center (CAPS) and psychiatric hospital. With respect to performing the initial assessment, the respondents include this point in the process of work as important to meet the user's needs and that the same demand. In most cases, the initial evaluation is conducted in informal format, with tools built by professionals in their own practices. People with chronic mental illnesses are admitted to occupational therapy services, mostly. It is expected that the study will help in the construction of technical criteria for admission from users of occupational therapy services in mental health, the expansion of knowledge and ideas about the practice of occupational therapists in mental health, as well as contributions to bring about forms initial assessment of the occupational therapist who works in the area of mental health.

Keywords: Occupational therapy. Mental health. Working process. Initial assessment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividade de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CDQ-SUS	Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CONEP/CNS	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/ Conselho Nacional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
LOTCA	Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEP	Centro Universitário Central Paulista

SUMÁRIO

1	Introdução	15
1.1	Um breve panorama histórico da atenção ao doente mental	15
1.2	A terapia ocupacional na saúde mental: caminhos trilhados	19
1.3	Políticas públicas na mudança do cenário da saúde mental no Brasil	21
1.4	O processo de trabalho em saúde: apontamentos	27
1.5	O processo de trabalho do terapeuta ocupacional em saúde mental	29
2	Apresentação do problema	35
3	Objetivos gerais do estudo	36
3.1	Objetivos específicos	36
4	Percurso metodológico do estudo	37
5	Resultados e discussão.....	47
5.1	Caracterização dos sujeitos participantes do estudo	48
5.2	Caracterização dos serviços onde os profissionais estão alocados.....	50
5.3	Processo de avaliação do terapeuta ocupacional	58
5.3.1	Trabalho em equipe	58
5.3.2	Demandas para atendimento em terapia ocupacional.....	64
5.3.3	Avaliação da terapia ocupacional	72
5.3.4	Formas de atendimento do terapeuta ocupacional: como se faz?	82
5.3.5	Formação profissional.....	87
5.4	Papel da terapia ocupacional	90
5.5	Políticas públicas de saúde mental	93
5.6	Desafios e dificuldades encontradas no trabalho	96
6	Considerações finais	100
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICES.....	111
	ANEXO.....	117

APRESENTAÇÃO

Nasci em São Paulo e, como boa paulistana, nunca pensei na possibilidade de sair da vida corrida e agitada da capital. E apenas com dezessete anos, fui aprovada no vestibular para terapia ocupacional em um curso recém-aberto em Ribeirão Preto. Logo vieram os questionamentos da família, mas o que é essa terapia ocupacional?

Na verdade, eu também não sabia direito o que envolvia essa questão de reabilitar a partir de uma atividade e tornar o sujeito apto a viver na sociedade, apesar de suas dificuldades, fossem elas físicas, mentais ou sociais. Era este meu conceito nessa época.

Na universidade, um mundo se abriu de possibilidades no que diz respeito à atuação profissional, e pude experimentar lidar com o envelhecimento das pessoas, estudar os cuidadores destes idosos e a carga que este cuidado lhes trazia, adentrei o universo da atenção básica realizando grupos de adolescentes, sensibilizando a equipe para esta população, e criando espaços de cuidado de agentes comunitários de saúde, através dos referenciais da saúde do trabalhador. Conheci o grande e imponente Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e suas diversas enfermarias e ambulatórios.

A saúde mental foi aos poucos sendo revelada aos meus olhos e mãos, desde os estágios supervisionados e, nos estágios obrigatórios, é que me deparei com a complexidade do sofrimento mental e as implicações no cotidiano que estas dificuldades traziam às pessoas.

Já formada, continuei minha trajetória na atenção básica na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, onde todo e qualquer problema aparecia e precisava ser ouvido, dentre eles os problemas mentais, ainda tidos como uma grande incógnita para as equipes de saúde da família. Eu, enquanto terapeuta ocupacional, fui mostrando quando e como podiam me solicitar e, rapidamente, os acometimentos mentais se tornaram o grande motivo de encaminhamentos para mim.

Minha família começou a compreender melhor meu papel profissional e, nisso, a mídia auxiliou, sinalizando a importância de profissões da reabilitação em

uma sociedade em que se vive mais e que a qualidade de vida é primordial neste contexto.

Depois dessa experiência, diferentemente de muitos colegas, fui apresentada ao desafio de retornar ao serviço especializado, um Ambulatório de Saúde Mental em uma cidade de pequeno porte. O caminho não foi fácil: da atenção básica onde o sujeito e sua família são cuidados em suas necessidades de forma integral, para a especialidade de tratar da pessoa com transtorno mental em um serviço de média complexidade.

Comecei a me deparar com dificuldades elementares, por exemplo, quando observei a quantidade de prontuários que havia no serviço. Para uma cidade com aproximadamente 30.000 habitantes, 1.400 prontuários eram surpreendentes! Hoje, após três anos no serviço, já passamos dos 2.100 prontuários abertos, o que ainda continua me chamando a atenção e nos evidencia, mais uma vez, um problema que é eminente tanto para os profissionais quanto para as políticas de saúde.

Passei então a chamar os usuários que participavam das modalidades assistenciais oferecidas pela profissional anterior, para uma avaliação e retomada destas ações. E assim, as atividades de terapia ocupacional direcionadas ao adulto foram retomadas, após alguns meses.

Com o tempo, comecei a reparar que, em alguns momentos, os usuários caminhavam através da rede de serviços de saúde mental de nossa região, quando necessitavam de internação, por exemplo. E o contato com estes outros serviços nem sempre acontecia de forma habitual.

Em reuniões dos colegiados (principalmente de saúde mental) da nossa região de saúde, passei a entender melhor a organização desta rede de serviços e percebi que as dificuldades de contra-referência dos usuários eram enfrentadas por outros profissionais também. O número reduzido de serviços e de terapeutas ocupacionais neles incluídos também se revelou aos meus olhos, o que me levou a pensar que eu, terapeuta ocupacional, em uma cidade de pequeno porte, era uma raridade.

Em meu serviço, passei a ser questionada a respeito da atuação do terapeuta ocupacional e quais usuários poderiam ser encaminhados para fazerem parte das modalidades de assistência oferecidas. E comecei a observar que essa não era uma dificuldade minha específica, mas de outros colegas inseridos em serviços de diferentes complexidades na região.

E, como sempre foi um desejo, escolhi então voltar para universidade, com uma questão, a partir da prática, que merecia ser estudada a partir de um olhar de profissional inserida na rede de saúde mental desta região de saúde.

E, por este motivo, minha procura pelo Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, o primeiro do Brasil, aconteceu, entendendo que este projeto se aproximava da área de concentração intitulada Processo de intervenção em terapia ocupacional e merecia ser discutido de forma disciplinar. O meu desejo era, como colocado durante a banca de qualificação, encontrar um interlocutor que entendesse do que se tratava este trabalho e a sua complexidade, discutindo-o no contexto da terapia ocupacional.

Em alguns momentos, fiquei dividida entre meus papéis de pesquisadora e de profissional do serviço. Não há como negar o quanto minha prática influenciou, inclusive, a escolha deste tema de estudo. E nestes passos, fui também me descobrindo enquanto pesquisadora.

A fim de compreender melhor como a rede de serviços está organizada e como os terapeutas ocupacionais nela incluídos organizaram suas atividades é que surgiu este estudo. Assim como poder colaborar para a sensibilização dos gestores da saúde mental, para a valorização dos municípios que contrataram terapeutas ocupacionais e, inclusive, para aqueles que ainda não o fizeram.

Sendo a avaliação o momento inicial de contato e formação de vínculo terapeuta-usuário, meu estudo focou a entrada dos usuários nos serviços e quais situações são valorizadas por estes profissionais com relação à atuação do terapeuta ocupacional. Essa problemática, com relação aos procedimentos, instrumentos, avaliação e critérios de admissão nos serviços e o desenvolvimento epistemológico da profissão pode ser considerado um tema significativo para a clínica do terapeuta ocupacional e escasso entre as publicações dentro da literatura específica da terapia ocupacional.

Este foi meu caminho percorrido até aqui. E espero, com este trabalho, revelar mais possibilidades a caminhar.

1 Introdução

1.1 Um breve panorama histórico da atenção ao doente mental

“A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países.” (OMS, 2001)

Ainda hoje, falar em saúde mental remete à ideia dos manicômios, asilos e hospitais psiquiátricos. Embora tantas mudanças políticas e assistenciais venham ocorrendo no Brasil e no mundo, a institucionalização das práticas nesta área ainda acontece (AMARANTE, 2009).

A loucura teve vários significados ao longo do tempo na sociedade. Alves et al. (2009) abordam o conceito de loucura na Grécia Antiga, período no qual o “louco” era tido como um sujeito com poderes diversos, não havendo necessidade de controle ou exclusão de tais manifestações humanas. Na Idade Média, ainda segundo os mesmos autores, a loucura passou a ser vista como algo da ordem do não humano, da expressão das forças da natureza. Para Amarante (1998), neste período, a percepção social da loucura era a de uma experiência originária, do homem integral e mais verdadeiro.

Um breve panorama histórico é revelado por Pinto e Ferreira (2010), por meio das contribuições de Michel Foucault, sobre a História da Loucura. Os autores sinalizam que, no Renascimento (século XVI), a loucura passou a ser motivo de condenação de cunho moral. No Período Clássico (séculos XVII e XVIII), a loucura se distancia da ordem da razão e os loucos são enclausurados junto a populações diferentes, ou seja, aqueles que expunham a sociedade a alguma periculosidade (prostitutas, feiticeiros, alquimistas, suicidas, dentre outros).

No século XVII, com o Mercantilismo, aqueles que não podiam colaborar com o movimento de produção e de consumo, começam a ser enclausurados, como forma de punição e não de tratamento para tal ociosidade (ALVES et al., 2009).

A Revolução Francesa (1789), um século mais tarde, trouxe o processo de reabsorção dos excluídos, baseado no conceito de liberdade que o período trouxe à tona. Estas pessoas se encontravam em espaços hospitalares que confundiam cuidado e segregação (ALVES et al., 2009).

No final do século XVIII, em 1793, Pinel inicia um movimento de novo *status* social para loucura, tratando-se da apropriação da loucura pelo saber médico, logo denominada doença mental. E, sendo doença, precisava ser tratada (ALVES et al., 2009). “Ao constituir um espaço específico para a loucura e para o desenvolvimento do saber psiquiátrico, o ato de Pinel é, desde o primeiro momento, louvado e criticado” (AMARANTE, 1998, p. 26).

Na Modernidade (século XIX em diante), os loucos se sentem libertos por Pinel e Tuke, porém, ainda dentro de espaços asilares e sob o estigma do transtorno mental (PINTO; FERREIRA, 2010).

A partir deste período, então, há a produção de um olhar científico sobre o fenômeno da loucura, no qual ocorre a transformação desta para objeto de conhecimento, a doença mental (AMARANTE, 1998).

Neste sentido, tanto para a história da Psiquiatria como para a da terapia ocupacional, surge o primeiro modelo de intervenção terapêutica, o tratamento moral, que via no trabalho uma estratégia central, disciplinar e de autossuficiência das instituições (MÂNGIA, 1997). Assim, o tratamento moral foi uma forma de organização do ambiente hospitalar, centrado principalmente no trabalho, por meio da classificação dos sujeitos a partir de sinais e sintomas possíveis de serem discriminados e a institucionalização da doença mental tornou-se um aspecto inovador para a época.

O internamento, neste momento, passa a ter características médicas e terapêuticas, diferentemente da forma como ocorria na Idade Clássica, no qual tal processo se tratava de uma prática de proteção e guarda. Neste cenário, o cuidar assume a centralidade no tratamento, em detrimento do vigiar. O hospital tinha, até então, uma função de *hospedaria*, responsável pela manutenção da ordem de marginais (AMARANTE, 1998).

Após as grandes guerras, críticas importantes direcionavam-se aos espaços destinados ao tratamento dos doentes mentais, questionando a sua eficácia, o seu alto custo, as suas medidas violentas e de exclusão social (ALVES et al., 2009; AMARANTE, 1998). Este processo crítico foi ganhando corpo e sendo reconhecido, tendo culminado, no final da década de 1960, no movimento denominado de reforma psiquiátrica, que se estendeu por todo o mundo, chegando também ao Brasil (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

A reforma psiquiátrica se caracterizou principalmente pelo processo de transformação do modelo pautado no asilamento psiquiátrico. Alguns movimentos na Europa e nos Estados Unidos foram os grandes responsáveis por estas mudanças nos saberes, práticas e políticas relacionados a este campo. Neste sentido, podem ser destacados

[...] a proposição de comunidade terapêutica na Inglaterra, o projeto de psicoterapia institucional e psiquiatria de setor na França, a psiquiatria preventivocomunitária nos Estados Unidos e, posteriormente, a antipsiquiatria inglesa e a desinstitucionalização italiana (NICÁCIO, 2003, p. 35).

Na década de 1950, surgiu na Inglaterra o movimento das Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones, enquanto proposta de superação do Hospital Psiquiátrico. A experiência da comunidade terapêutica, datada do período pós-guerra, acaba por chamar a atenção da sociedade para “a deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos” (AMARANTE, 1998, p. 28). Tal situação era comparada aos campos de concentração da Europa em guerra, uma situação intolerável de se vivenciar.

Outras experiências como a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, na França, também tentaram transformar o modelo de tratamento psiquiátrico vigente no momento e sustentavam que a internação era apenas uma das etapas do tratamento (ALVES et al., 2009).

Nos EUA, na década de 1960, surgiu um movimento chamado Psiquiatria Comunitária, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental como prerrogativa. Já na Inglaterra, na mesma época, o movimento da Anti-psiquiatria teve início, questionando a psiquiatria e a doença mental ao entender a loucura como um fato social (ALVES et al., 2009).

Na Itália, a Psiquiatria Democrática, na década de 1960, promoveu a maior ruptura e discussão no campo da saúde mental. Franco Basaglia influenciou fortemente este movimento e iniciou o processo de desinstitucionalização, com suas experiências na direção dos hospitais italianos. Em 1971, o projeto mais sólido de desinstitucionalização começou a aparecer, por meio do trabalho interdisciplinar e psicossocial (ALVES et al., 2009).

Fortemente influenciada pelos processos ocorridos na Itália no final dos anos 1960 e na década 1970, a reforma da psiquiatria brasileira foi iniciada e prezava pela democratização das relações, o desenvolvimento de novas terapias, melhorias

significativas das condições de cuidado e o deslocamento do sistema asilar para a comunidade, renovando, assim, a capacidade terapêutica da psiquiatria (AMARANTE, 2009; LUSI, 2009).

No cenário brasileiro, o movimento da reforma psiquiátrica acabou sendo denominado pelo percurso iniciado no final da década de 1970, *por uma sociedade sem manicômios*, que se caracterizou pela luta não institucional, para a transformação da assistência psiquiátrica no país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que teve início nessa mesma época, pode ser compreendido e tem sua importância expressa porque

[...] assumiu o relevante papel de produzir o debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação, reclusão e discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social (NICÁCIO, 2003, p. 37).

Manter e sustentar o processo da reforma psiquiátrica cotidianamente envolve construir equipamentos que respondam às demandas e exigências das novas práticas profissionais e da nova organização do trabalho na saúde mental (LIMA; GHIRARDI, 2008). Ainda neste mesmo sentido, redes de atenção psicossocial vêm sendo fortemente estimuladas a trabalharem pela implementação de uma rede integrada de base comunitária (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Muitos terapeutas ocupacionais estiveram envolvidos nos processos de transformação institucional a partir da década de 1970 no Brasil, na compreensão do significado do serviço psiquiátrico e da população atendida pela terapia ocupacional que estariam em situação de exclusão social e ausência de direitos.

Estes profissionais buscavam principalmente

[...] construir espaços múltiplos de agregação, expressão e reflexão que viabilizassem a transformação do cotidiano institucional, a superação da condição de objeto das pessoas internadas e da violência como forma de relação (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 73).

Na década de 1990, os municípios começaram a investir de forma significativa em políticas de saúde mental (NICÁCIO, 2003), no incentivo ao trabalho em equipe visando à solução dos conflitos mentais mais graves. Especialmente para

a terapia ocupacional, tais propostas vieram a promulgar uma nova identidade profissional, uma nova relação com a atividade e o usuário (BENETTON, 2006).

1.2 A terapia ocupacional na saúde mental: caminhos trilhados

“Terapeutas tentam criar experiências terapêuticas significativas e não simplesmente alcançar determinados objetivos da maneira mais eficiente possível.” (MATTINGLY, 2007, p. 12)

A terapia ocupacional se localiza, como área do conhecimento e de assistência que faz uso das atividades humanas, como uma tecnologia diferenciada e coerente com as propostas das políticas de saúde mental atuais (JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008).

Entende-se terapia ocupacional como sendo

[...] um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemática, específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e ou sociais, apresentam temporariamente ou definitivamente dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam pelo uso de atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico (USP, 1997, p. 68).

Com as iniciativas municipais e federais, a oferta de serviços de terapia ocupacional vem aumentando significativamente no setor público, em diversas áreas, como educação, assistência social e saúde (MEDEIROS, 1996).

O campo da saúde mental acompanha este ciclo. Os terapeutas ocupacionais têm histórico de participação em projetos assistenciais transformadores e, desta forma, têm construído e participado do enfrentamento das questões que acompanham o novo paradigma da saúde mental (MEDEIROS, 1996).

Todavia, D’Amico, Jaffe e Gibson (2010) sinalizam que, nos Estados Unidos, o número de profissionais no campo da saúde mental vem diminuindo significativamente, por diversos motivos como, por exemplo, déficits na formação profissional com relação a especificidades da saúde mental, formas de tratamento e serviços, os quais podem e devem ser questionados pelos profissionais que a praticam e que estão intimamente ligados às políticas de saúde de um país, apesar da saúde mental estar intrinsecamente ligada à história da terapia ocupacional. Este

fato tem sido refletido pela baixa produção científica nos últimos anos, segundo os autores.

Segundo Medeiros (1996, p. 7), para as várias possibilidades que os instrumentais produzidos a partir de inovações práticas geram nos diferentes serviços, programas e instituições em que os terapeutas ocupacionais se encontram, ocorre um movimento que intitula “múltiplas terapias ocupacionais”. Esta consideração feita pela autora traz consigo um aspecto positivo, dada a plasticidade com que as práticas de atenção ao doente mental vêm se configurando frente à transformação assistencial.

Em contrapartida, Benetton (2006) afirma que, para uma profissão que começou suas ações na recreação e vem ampliando seu enfoque para uma abordagem ampla do indivíduo como ser humano complexo e cidadão, só existe uma terapia ocupacional que entende o fazer como um projeto para ser, na construção no meio em que se vive.

Mais recentemente, considerando a implantação de novas políticas de atenção à saúde mental e o aumento da inserção profissional do terapeuta ocupacional em vários campos, uma avaliação destas práticas e intervenções se torna importante.

Na atualidade, a terapia ocupacional no campo da saúde mental vem fazendo uso de diferentes referenciais para o desenvolvimento de sua prática, nos quais os principais objetivos são “a ampliação do cuidado e a possibilidade de resgate dos direitos de cidadania destes sujeitos” (RIBEIRO; MACHADO, 2008, p. 73). Faz-se necessário compreender os critérios que vêm sendo utilizados nestas intervenções no intuito de demonstrar e evidenciar o processo de trabalho do terapeuta ocupacional na área da saúde mental.

Algumas experiências atuais de inserção do terapeuta ocupacional podem ajudar a compreender os caminhos que vêm sendo trilhados, dentro da linha de cuidado em saúde mental, desde sua atuação em hospitais psiquiátricos, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia e ambulatórios de saúde mental, até nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em equipes de atenção primária à saúde (CALDEIRA, 2009; FORNERETO et al., 2009; UCHÔA-FIGUEIREDO; NEGRINI, 2009; JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008).

O grande desafio frente ao contexto histórico e político está em evitar que os atuais serviços que formam a rede de atenção à saúde/linha de cuidado² ainda reproduzam a lógica da exclusão e rupturas com o trabalho, a participação social e o exercício da cidadania ocasionados pelos transtornos mentais (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Para tanto, como sinalizam Ribeiro e Machado (2008), é preciso que sejam revistos os programas de formação de profissionais dentro dos serviços de atenção psicossocial, pois estes aspectos estão intimamente ligados à reformulação constante da assistência em saúde mental, seu questionamento, a não estagnação e a ascensão de ideias inovadoras.

1.3 Políticas públicas na mudança do cenário da saúde mental no Brasil

“Abrir a instituição não é apenas abrir as suas portas, mas abrir a cabeça frente a ‘esse’ doente.” (BASAGLIA³, 1983 apud NICÁCIO; CAMPOS, 2005, p. 44)

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua regulamentação em 1990, a partir da Constituição Federal no artigo 196, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado (BRASIL, 1990).

As políticas formuladas para a saúde mental no Brasil a partir da década de 1990 são embasadas pelo referencial da reabilitação psicossocial, importante norteador teórico-prático da reforma psiquiátrica (PINTO; FERREIRA, 2010).

² Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida na Portaria 4279/2010 como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Linha de cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO; FRANCO, 2013).

³ BASAGLIA, F. Lezione/conversazione con gli infermieri. In: MAURI, D. (a cura di). *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*. Milano: Feltrinelli, 1983. p. 41- 47.

O principal objetivo dessa reorganização proposta pelas políticas de saúde mental e da reforma sanitária que o país passou na década de 1970 e 1980 é a afirmação da cidadania da pessoa com transtorno mental e a valorização da reorganização de sua existência, entendendo que

[...] no Brasil, a nova política de saúde mental, além da universalização da atenção, cuidou de construir um novo paradigma de conhecimento. Uma evidência dessa singularidade foi o novo modelo de atenção em saúde mental do SUS e que vem resultando na criação e implementação de novos arranjos organizacionais, como o são os Centro de Atenção Psicossocial, as Residência Terapêuticas etc. (CAMPOS, 2008, p. 98).

Aos indivíduos com transtornos mentais, a Portaria 224/1992 garante atendimento ambulatorial, multiprofissional, com atividades individuais e em grupo. Cria os chamados NAPS/CAPS (Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial), que “são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar” (BRASIL, 1992, p. 2).

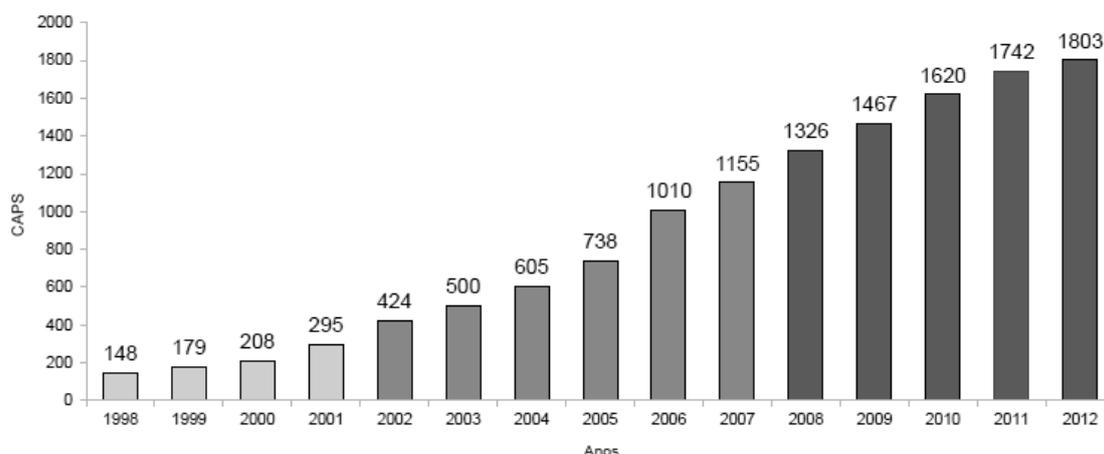
O projeto de lei Paulo Delgado, que após 12 anos de tramitação no Congresso nacional foi aprovado, gerando a Lei 10.216, garante os direitos da pessoa portadora de transtorno mental que, em resumo, abrange: recebimento de melhor tratamento, proteção contra formas de abuso e exploração, tratamento com humanidade, garantia do sigilo, recebimento de informações com relação aos seus acometimentos, entre outros (BRASIL, 2001). Esta lei foi considerada um grande avanço nas políticas destinadas às pessoas com transtorno mental, firmando uma discussão bastante presente com relação ao redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental: a reinserção social dos indivíduos e o desmantelamento do aparato asilar em internações involuntárias (PINTO; FERREIRA, 2010).

Somente em 2002, com a portaria 336, a rede substitutiva de saúde mental de base comunitária/territorial começa a tomar corpo, por meio da constituição e

caracterização dos CAPS em I, II e III⁴, diferenciados em complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

A seguir, no Gráfico 01, é possível visualizar como a expansão dos CAPS vem sendo cada vez mais utilizada como ferramenta na reorientação da rede e das práticas em saúde mental no Brasil.

Gráfico 01 – Série histórica da expansão dos CAPS (1998 a junho/2012)
Fonte: BRASIL, 2012.



A força da atenção comunitária é tamanha, que cada vez mais esta demanda de saúde mental vem ganhando visibilidade. O Programa “De volta para casa” é um dos programas de ressocialização de pessoas com transtorno mental egressas de internações de longa permanência, no qual os objetivos principais são a reintegração social e desenvolvimento da autonomia das mesmas (BRASIL, 2001, 2003).

Os beneficiários deste programa só aumentam. Em levantamento realizado, através da Saúde mental em dados, o número de pessoas que recebiam este auxílio em 2003 era 206; em julho/2012, este número cresceu para 4085, ainda que apenas

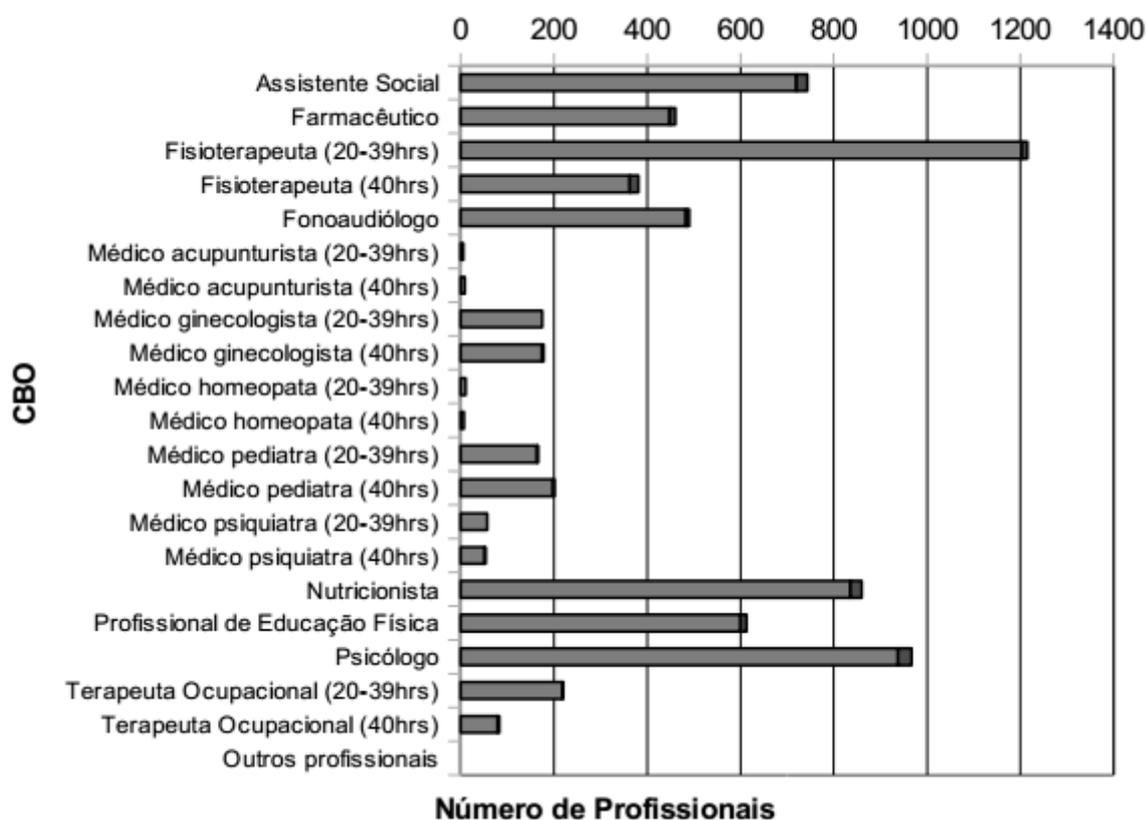
⁴ Os CAPS – Centros de atenção psicossocial – são definidos como espaços de saúde aberto e comunitário do SUS, sendo local de referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais severos, que justifique a permanência do indivíduo em um serviço intensivo e personalizado. Os CAPS I são destinados ao atendimento diário de adultos para municípios de pequeno porte, entre 20.000 e 70.000 habitantes. Os CAPS II são destinados ao atendimento diário de adultos para municípios de médio porte, entre 70.000 e 200.000 habitantes. Os CAPS III são destinados ao atendimento diário e noturno de adultos para municípios de grande porte, acima de 200.000 habitantes. Ainda, conta-se com os CAPSi (para atendimento à infância e adolescência) e os CAPS ad (para atendimento dos usuários de álcool e drogas), como estratégia prioritária de reestruturação da rede de serviços substitutivos (BRASIL, 2004a).

1/3 das pessoas internadas com longa permanência hospitalar recebam o benefício (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010).

Outra concretização na rede de atenção, garantindo o atendimento na atenção básica, ocorreu através da Portaria 154 (BRASIL, 2008), que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ampliar a resolubilidade da atenção básica, organizar e reorientar a rede de saúde (CAMPOS; GAMA, 2008), priorizando o cuidado às pessoas com transtornos mentais mais severos, situações de vulnerabilidade e risco social nos territórios (BRASIL, 2009).

O número de NASF em funcionamento em abril de 2010 estava em 1165 no país todo. Aproximadamente 30% dos profissionais contratados são da área da saúde mental, o que estimula o cuidado na área desde a atenção básica (BRASIL, 2010). É possível visualizar essa distribuição profissional no Gráfico 02.

Gráfico 02 – Número de profissionais NASF por categoria ocupacional e carga horária
Fonte: BRASIL, 2010.



As políticas de atenção em saúde mental preconizam a implantação de uma rede de serviços para o cuidado à pessoa com transtornos mentais. A portaria 224

(BRASIL, 1992) identifica a rede de serviços de saúde mental com os seguintes serviços relacionados: ambulatórios, NAPS/CAPS, atendimento hospitalar contendo hospital-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria.

Mais recentemente, Mângia e Yasutaki (2008) relatam o incremento dessa rede ainda com Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos e equipes de saúde mental na atenção básica. Estes equipamentos, assim como os Centros de Convivência, visam, principalmente, dispor de espaços terapêuticos para a convivência e a recreação de pessoas com transtornos mentais com o objetivo de ressocialização (BRASIL, 2004).

Os serviços de Residências Terapêuticas caracterizam suas ações como

Conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social (BRASIL, 2004, p. 110).

Com relação aos Centros de Convivência, seu número ainda é incipiente frente à necessidade deste tipo de equipamento intersetorial de inserção social. No estado de São Paulo, para exemplificar, apenas as cidades de Campinas, Capivari, Embu, Ribeirão Preto, Salto e São Paulo possuem este tipo de serviço. É importante haver incentivo para sua expansão e custeio, já que podem ser considerados fundamentais para a mudança de modelo de atenção à saúde mental (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010).

Juntamente com estes dados, o número de leitos em hospitais psiquiátricos vem drasticamente diminuindo, indicando a quebra de paradigma em relação ao pensamento asilar e ao incremento da rede com outros serviços como os já descritos (BRASIL, 2012).

Frente a este novo cenário de atenção, as características anteriormente apresentadas auxiliam no cumprimento da ideia central da reformulação das políticas, no que diz respeito ao exercício da cidadania e possibilidades de vida, para além dos muros dos manicômios de antigamente.

Outra possibilidade de constituição desta rede, orientada pelo paradigma psicossocial e não pela perspectiva manicomial dos serviços, é apontada por

Thornicroft e Tansella (2010), por um sistema compreensivo de cuidado em saúde mental para adultos, composto por serviços extra-hospitalares/ambulatoriais, equipes comunitárias de saúde mental, cuidado hospitalar para pacientes agudos, cuidado residencial de longa permanência baseado na comunidade, emprego e ocupação. Neste sentido, o tema do trabalho passa a fazer parte da rede de cuidados, avançando passos importantes na retomada dos papéis sociais destas pessoas nas comunidades.

Vale ressaltar, ainda que os autores tenham sinalizado a rede de atenção do adulto (segundo levantamento dos mesmos, um terço dessa faixa etária possui algum problema de saúde mental), a rede necessita incluir e assistir aos problemas de saúde mental na infância e adolescência.

Observando a situação política e assistencial no cenário nacional apresentado, a proposta de estruturação da rede de serviços territoriais extra-hospitalares mostra-se adequada, no entanto, sua efetiva implantação ainda não se tornou uma realidade. Além disso, cabe uma crítica à qualidade dos serviços oferecidos, à sua resolutividade e, principalmente, à mudança de práticas que a hierarquização – diretriz do SUS que segmentou o sistema de saúde em níveis de complexidade – exige (QUINELLATO, 2009).

Acerca disso, algumas pesquisas, como de Campos et al. (2008a), se propuseram a estudar a eficácia de serviços dentro da perspectiva substitutiva, como os CAPS III em uma cidade do interior paulista. Este tipo de investigação se refere à verificação dos resultados obtidos por meio das novas proposições políticas, a sua execução e a sua percepção na ótica de usuários, trabalhadores, familiares e gestores.

Neste caso, para elucidar e exemplificar a situação descrita, dentre as potencialidades encontradas e avaliadas positivamente pelas famílias nos serviços disponibilizados estão: a assistência ao momento de crise do usuário com a mesma equipe e dentro do CAPS e não no hospital psiquiátrico; a elaboração de projetos terapêuticos individualizados; o desenvolvimento de práticas grupais com foco nas funções sociais e o atendimento domiciliar (CAMPOS et al., 2008a).

E ainda algumas fragilidades puderam ser evidenciadas, como a pouca estrutura para atendimentos agudos no período da noite e aos finais de semana; o aumento significativo de usuários por profissional de referência em séria ascensão; a pouca discussão sobre os propósitos dos grupos realizados; a dificuldade de

gerenciamento de profissionais médicos por profissionais não médicos; práticas clínicas realizadas de formas diferentes de um serviço para outro, dentre outras questões (CAMPOS et al., 2008a).

Estes dados trazem informações importantes com relação ao avanço, claro, das políticas de atenção em saúde mental e de sua quebra de paradigma, no caso deixando para trás o asilar, mas ainda há pontos que precisam ser alinhados. E este caminho já está sendo percorrido.

Outro fator que se coloca para o avanço das proposições nos equipamentos de saúde mental no contexto nacional é a própria formação dos profissionais que devem desenvolver suas práticas de acordo com as premissas que embasam as políticas de saúde mental atuais (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Tomando como base as considerações apresentadas nesta seção, serão abordadas na próxima seção as práticas em saúde e em saúde mental.

1.4 O processo de trabalho em saúde: apontamentos

“(...) o trabalho em saúde lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade muito grande e a possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem”
(FARIA; ARAÚJO, 2010, p. 430).

O trabalho em saúde pode ser definido como tudo o que efetivamente é realizado nos equipamentos de saúde, acrescido do esforço que se despende nas atividades cotidianas profissionais para se conseguir atingir o que foi acordado com os gestores (BRASIL, 2004b).

Existem regras que definem como o trabalho deverá ser realizado, embora frente à sua realidade complexa, inclusive na área da saúde, estas prescrições devam sofrer improvisações (BRASIL, 2004b).

Refletir sobre o processo de trabalho é algo inerente ao homem, já que por meio desta atividade ele se reconhece na vida em sociedade. E esta reflexão é norteadada por questionamentos acerca do modo como são desenvolvidas as atividades profissionais (FARIA et al., 2009).

Para os autores, o processo de trabalho possui vários componentes, dentre eles:

- ✓ Finalidade ou objetivo: o que rege todo o processo, na direção de produzir um dado objeto ou condição;
- ✓ Meios e condições: como as finalidades/objetivos serão alcançados, por meio de ferramentas, conhecimentos e habilidades e estruturas sociais;
- ✓ Objeto: sobre o qual se exerce a ação transformadora, podendo ser elementos físicos, biológicos, simbólicos/subjetividades ou complexos sociais;
- ✓ Agente ou sujeito: quem executa as ações.

O processo de trabalho em saúde, indo ao encontro da reflexão aqui proposta, deve ser capaz de realizar procedimentos especializados e atos cuidadosos. Para a produção de ações de cuidado tal processo de trabalho depende da relação entre os sujeitos (trabalhadores e comunidades) e acontece por meio de jogos intersubjetivos (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Emerson Merhy, médico sanitário brasileiro, fez importantes contribuições acerca do trabalho em saúde, como trabalho vivo em ato e criativo, produtor de ações de cuidado eficientes (MERHY, 2002).

Segundo Merhy (2002), no processo de trabalho no campo da saúde, o objeto não é a cura, mas a produção do cuidado, que de fato é o objetivo a que se almeja chegar. E, neste aspecto, está o grande desafio: ações realmente produtoras de cuidado e não apenas tratamento.

Assim, o trabalho em saúde acontece no momento do encontro entre trabalhador e usuário, em que as necessidades de saúde aparecem e estabelecem a trajetória dos sujeitos nos serviços por onde caminha (GOMES, 2009).

Com o trabalho em saúde não aconteceu diferente do que ocorreu com o trabalho nas grandes linhas de produção: o trabalho fragmentado influenciou sistemas de ensino, atividades sociais e, também, os serviços de saúde (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Como sinalizam Faria e Araújo (2010), o trabalho em saúde tem algumas peculiaridades, sendo um campo complexo, no qual nem sempre o trabalho prescrito e o real convergem na prática. O trabalho prescrito se define pelo que está colocado anteriormente; pelo trabalho real temos aquele que acontece no cotidiano, longe das condições ideais ou idealizadas.

Sendo a compreensão do processo de trabalho algo que sempre instigou os homens – e não poderia ser diferente na área da saúde – os núcleos profissionais começaram a analisar seu próprio desenvolvimento profissional.

Em um dos núcleos, a enfermagem, o processo de trabalho específico foi incentivado no Brasil por Wanda Aguiar Horta, na década de 1970. Esta profissional acreditava que o enfermeiro era capaz de sistematizar seu pensamento e raciocínio, levantar os problemas do cliente e, com isso, elaborar o diagnóstico de enfermagem (KLETEMBERG et al., 2006).

Para a enfermagem, o processo de trabalho envolve etapas específicas de acordo com os componentes anteriormente assinalados, a saber: levantamento dos dados (histórico), elaboração do diagnóstico, planejamento, execução do plano e avaliação. Com a lei 7498 de 25 de junho de 1986, o exercício da enfermagem foi regulamentado e esta regulamentação foi considerada um grande avanço, inclusive no que diz respeito ao reconhecimento científico da *práxis* profissional (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009; KLETEMBERG et al., 2006).

Olhando o núcleo específico da terapia ocupacional, são poucas as publicações acerca do processo de trabalho terapêutico ocupacional. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional (2002) norteiam as competências e habilidades específicas do profissional em sua formação, devendo este ser capaz de realizar as seguintes etapas do processo: realizar o raciocínio terapêutico ocupacional, elaborar o diagnóstico clínico ou institucional, executar a intervenção, escolher a abordagem terapêutica adequada e avaliar os resultados.

Para o desempenho deste processo realizado pelo profissional terapeuta ocupacional, como sinaliza o documento, ainda é necessário conhecer os principais métodos de avaliação e registro das informações, alvo deste estudo, dada a sua importância.

1.5 O processo de trabalho do terapeuta ocupacional em saúde mental

“(...) os terapeutas ocupacionais que buscam um aparato teórico e técnico para o tratamento e para se ocuparem das dificuldades e necessidades dos pacientes, procurando reinventar o cotidiano deles e atender aos interesses sociais, políticos e à saúde pública, abrem com isto, um campo interessante, bastante ampliado e valorizado de atuação da profissão na comunidade.” (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005, p. 429)

Sendo um dos desafios maiores, como já abordado, a aproximação das práticas profissionais ao ideal proposto pelas atuais políticas de atenção à pessoa

com transtorno mental, outro grande nó crítico também se evidencia na atuação específica do terapeuta ocupacional neste contexto.

Anteriormente, a entrada dos usuários em serviços de saúde mental era uma via de mão única, na perspectiva da lógica manicomial em que a recuperação dos sujeitos para o retorno à vida em sociedade após a internação estava fragilmente prevista. A admissão no modelo manicomial era realizada independente de necessidades diagnósticas, ou seja, ocorria mesmo não havendo um diagnóstico psiquiátrico. Muitas vezes, eram sujeitos que demonstravam algum tipo de comportamento antissocial.

Entre os períodos Renascimento e Clássico, os loucos eram enclausurados junto a uma população heterogênea, em que o diagnóstico não era o principal motivo para a internação. Este critério se estreitava às irregularidades de conduta do sujeito em sociedade e justificava um internamento. Conforme o conhecimento em psiquiatria vai tomando corpo, a partir somente do século XIX em diante, é que um paradigma classificatório-taxonômico passa a existir, mas o estigma asilar ainda permanece (PINTO; FERREIRA, 2010).

Na atualidade, com o avanço político e assistencial resultante do processo de reforma psiquiátrica ainda em curso, sabemos que a realidade do cuidado mudou de cenário. Isto repercutiu de forma considerável na definição de critérios para admissão de pessoas para o tratamento em saúde mental refletindo, inclusive, nos critérios utilizados pelos terapeutas ocupacionais.

Levando em consideração o movimento mundial pela reformulação das políticas de atenção e cuidado às pessoas com transtorno mental, a OMS (2010) lançou um material norteador para os serviços de psiquiatria e saúde mental, indicando sinais e sintomas que necessitam de avaliação e tratamento, dentro dos principais grupos de patologias, dentre elas: depressão, psicoses, epilepsias, desordens do desenvolvimento, desordens do comportamento, demências, desordens de uso abusivo de álcool e outras drogas e suicídio. O referido documento valoriza e incentiva a atenção a pessoas com acometimentos mentais, neurológicos e usuários de substâncias psicoativas na atenção não especializada. Este tipo de atenção tem se mostrado como pilar cada vez mais eficiente no cuidado em saúde mental (BRASIL, 2008).

Já para a psiquiatria, existe uma tendência à compreensão das manifestações e sintomas para estabelecimento de diagnósticos cada vez mais precisos.

Concomitantemente, um grupo de psiquiatras do mundo todo trabalha na quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que deve ficar pronta em 2013. “A tendência é o afastamento dos rótulos para que os doentes possam, cada vez mais, ser vistos – e tratados – de forma integral” (PAULUS, 2010, p. 40).

Como sinaliza Mângia (2002), para avaliação dos procedimentos adotados nos serviços de saúde mental é requerido o desenvolvimento de metodologias qualitativas sensíveis às atuais mudanças do cuidado e que possam, inclusive, contribuir com a consolidação da rede de serviços substitutivos.

No Brasil, utilizando os CAPS como um dos equipamentos substitutivos ao pensamento e à prática manicomial, Cavalcanti e colegas (2009) analisaram a função deste equipamento em uma cidade do Estado do Rio de Janeiro a partir da admissão dos sujeitos no serviço, reafirmando que tal serviço é apropriado aos casos graves de transtornos mentais.

Os critérios para admissão utilizados perpassaram principalmente as seguintes condições: o usuário ser classificado como esquizofrênico ou psicótico, não possuir rede social, ter história de internações psiquiátricas, apresentar retardo mental moderado/grave, apresentar empobrecimento afetivo, ser resistente ao tratamento ambulatorial e, por último, assinalaram uma condição ligada mais aos serviços do que ao usuário, ou seja, a falta de instituições adequadas na rede para suprir tal demanda.

Tais critérios são utilizados por todos os membros da equipe e estão de acordo com a caracterização deste tipo de serviço. É possível perceber como ainda são critérios focados nos sintomas e merecem uma discussão ampliada se respondem aos objetivos deste tipo de serviço comunitário.

De acordo com Gutman (2011), na transição do cuidado às pessoas com transtorno mental das instituições totais para a comunidade, outras profissões relacionadas à área da saúde mental, como a psiquiatria, a psicologia e a enfermagem redelinearam suas práticas a partir das políticas de transição, e a terapia ocupacional ainda vive este processo de delineamento.

No entanto, esta não é a realidade brasileira. Os terapeutas ocupacionais participaram e ainda participam ativamente do processo da reforma psiquiátrica, que foi intenso no contexto da reforma sanitária da década de 1970. Isto já indica a preocupação com a necessidade de reorientação das práticas de cuidado à pessoa

com transtorno mental. Compreende-se que, no Brasil, o processo da reforma psiquiátrica impulsionou toda a equipe de saúde mental a repensar e a redelinear sua prática profissional concomitantemente, não somente como categoria profissional, mas também como equipe.

Sustenta-se que, pelo fato dos terapeutas ocupacionais terem publicado pouco sobre o seu processo de trabalho, nessa tentativa de delineamento e consolidação que Gutman (2011) aponta, descortinar este campo se torna uma tarefa necessária, exploratória e desafiadora.

Outras profissões também mostram preocupação com as atribuições específicas da assistência oferecida aos sujeitos. É o caso da Enfermagem, descrito por Kletemberg et al. (2010), que evidenciam a importância da sistematização do processo de enfermagem e sua validação, seu reconhecimento científico e valor para a sociedade.

Gutman (2011) discute e evidencia como terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental têm descrito e documentado pouco seu papel na área, embora estejam ajudando pessoas com problemas mentais crônicos a desenvolver habilidades de vida diária necessárias para a vida em comunidade.

Ainda que pouco documentado, o processo de trabalho clínico do terapeuta ocupacional já foi e ainda é objeto de estudo da categoria. As etapas já são conhecidas e envolvem raciocínio clínico, avaliação, tratamento e avaliação dos resultados (CREEK, 2002). No presente estudo, o foco será dado sobre a avaliação inicial, o primeiro contato do profissional com as demandas do sujeito que por necessidade ou por vontade procura a terapia ocupacional.

Segundo Dornerlas e Galvão (2007), em relação às habilidades psicossociais, o terapeuta ocupacional faz uso de avaliações formais e informais para esta fase do processo de trabalho, no qual identifica papéis e tarefas desenvolvidas anteriormente pelo sujeito e, assim, pode apontar habilidades e limitações, de forma a maximizar o desempenho ocupacional durante o tratamento. Ainda segundo as mesmas autoras, no Brasil, os profissionais utilizam, de forma geral, as avaliações informais, pela falta de protocolos validados nacionalmente.

Apesar de poucas, pesquisas que abordam o processo clínico do terapeuta ocupacional podem ser encontradas. Uma delas, trazida por Benetton (1994), elucida a teoria da técnica no processo terapêutico do terapeuta ocupacional. Nessa abordagem, o diagnóstico situacional é a ferramenta utilizada para avaliar a situação

em que se encontra o sujeito que necessita do atendimento em terapia ocupacional, em que uma história situacional é elaborada, de forma a auxiliar indivíduo e terapeuta a traçarem objetivos de intervenção.

O processo de trabalho do terapeuta ocupacional em saúde mental é abordado por Creek (2002) de modo abrangente e sistemático em forma de manual. Para a autora, qualquer pessoa com problema no fazer é cliente potencial e o maior objetivo da terapia ocupacional é ampliar habilidades do cliente de forma a estar satisfeito com sua vida, adaptado às novas circunstâncias e a conseguir integração social e produtividade.

Segundo a mesma autora, a avaliação, parte do processo, pode ser dividida em duas fases: inicial e detalhada. É a avaliação que irá favorecer o primeiro contato entre terapeuta e sujeito e iniciar o vínculo, fornecerá um panorama geral das habilidades funcionais e uma lista de pontos fortes e enfraquecidos.

Com relação ao uso de instrumentos padronizados para avaliação, um estudo de Chaves et al. (2010) revela que nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e alguns países da Europa o uso de instrumentos de avaliação é mais difundido do que em países como o Brasil. Estes autores localizaram na literatura brasileira alguns instrumentos validados para uso nacionalmente, em diferentes campos, porém detectaram que sua utilização ainda é discreta. Dentre eles, pode-se citar: Entrevista da História do Desempenho Ocupacional, Escala de observação interativa de terapia ocupacional, Autoavaliação do funcionamento ocupacional, Classificação de idosos quanto à capacidade para autocuidado, Avaliação da coordenação e destreza motora, Lista de identificação de papéis ocupacionais, *Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA)*.

Frente a este contexto, pode-se dizer que, no cenário nacional, existem instrumentos validados que podem ser utilizados na avaliação em terapia ocupacional. O questionamento que decorre é sobre os motivos de sua não utilização no cotidiano dos profissionais.

Os aspectos do indivíduo que podem ser acessados em uma avaliação do terapeuta ocupacional são: habilidades, pontos fortes e interesses; áreas de disfunção; saldo de atividades de vida diária; mudanças ocorridas nas ocupações; potencial para mudança e motivação/volição (CREEK, 2002). Neste quesito, especificamente, os pontos acessados pelo profissional vão além da sinalização e intervenção apenas nos sintomas clínicos abordando também aspectos relacionados

à funcionalidade, corroborando com as novas políticas de saúde brasileiras propostas e valorizando sua especificidade profissional.

É na avaliação que estes aspectos serão observados com maior detalhamento e destrinchados para, inclusive, determinar os objetivos do tratamento. Os instrumentos de avaliação padronizados, em geral, utilizam a pontuação do indivíduo como indicativo para a definição de aspectos a serem trabalhados pelo profissional e na determinação de sua entrada e de sua alta do serviço. Nas avaliações informais, que no caso do Brasil são as mais utilizadas, estes padrões de entrada e saída do indivíduo ficam menos definidos, mais permeáveis. É importante sinalizar que existem instrumentos de avaliação de mensuração quantitativa, mas nem todos o são, existem também instrumentos qualitativos.

Como trazem Tse et al. (2000), ensaios clínicos randomizados, no caso da utilização de instrumentos padronizados para pesquisa, são considerados o padrão-ouro para fornecer provas da eficácia da intervenção terapêutica ocupacional.

Diante das considerações apresentadas, colocam-se alguns questionamentos: como conseguir identificar as necessidades iniciais do sujeito que procura a terapia ocupacional por meio de avaliações ditas não padronizadas? Este tipo de avaliação é sensível às complexidades das pessoas que as padronizadas nem sempre alcançam? As avaliações iniciais estão ocorrendo de forma articulada com as novas políticas de saúde mental?

Assim, frente ao panorama de diretrizes para os atendimentos de terapeutas ocupacionais em saúde mental e diante das poucas produções técnicas e relatos de experiência acerca do processo de trabalho; frente à consolidação da profissão de forma coerente com as políticas de saúde recentes; dada a dificuldade em pesquisar o processo terapêutico ocupacional e seus aspectos clínicos, torna-se importante buscar estes profissionais inseridos em diferentes serviços da rede de cuidados a fim de que relatem suas experiências no campo de forma exploratória e contribuinte para a consolidação da profissão.

2 Apresentação do problema

Considerando os aspectos abordados na introdução do presente trabalho, surge este estudo, na inquietação frente à *práxis* de uma profissão que busca sua configuração. Frente a tantas terapias ocupacionais espalhadas por serviços diversificados e relatos discretos destas experiências, frente às políticas atuais de saúde, ascende a possibilidade de verificar como vem se dando a consolidação da profissão no campo da saúde mental e como os terapeutas ocupacionais inseridos na rede de serviços de saúde mental avaliam seus usuários em seus cenários de atuação, sendo estes comunitários e instituições fechadas, de forma a poder caracterizar etapas iniciais do seu processo de trabalho.

3 Objetivos gerais do estudo

O presente estudo teve como objetivos gerais:

- Compreender as formas de avaliação utilizadas pelos terapeutas ocupacionais em diferentes equipamentos que compõem a rede de serviços de saúde mental;
- Identificar os critérios de admissão utilizados pelos terapeutas ocupacionais para usuários de serviços de saúde mental.

3.1 Objetivos específicos

- Caracterizar o processo de trabalho do terapeuta ocupacional na etapa de avaliação;
- Compreender, a partir da visão dos terapeutas ocupacionais, o seu papel nos equipamentos envolvidos;
- Contrastar a situação real do trabalho do terapeuta ocupacional nos serviços envolvidos com a situação ideal proposta pelas políticas de saúde mental, e conhecer os principais entraves;
- Identificar aspectos da formação profissional que contribuíram para a atuação do terapeuta ocupacional e para a realização da avaliação inicial dos usuários nos serviços de saúde mental.

4 Percurso metodológico do estudo

Trata-se de um estudo de caso transversal descritivo, que fez uso da abordagem qualitativa para o seu desenvolvimento. Minayo (2008) revela que, para a compreensão de contextos, numa pesquisa de campo com abordagem qualitativa utilizam-se alguns pressupostos que sustentam sua realização: a intersubjetividade, a compreensão e racionalidade, além da internacionalidade dos sujeitos e atores. Estes aspectos justificam a escolha por essa abordagem no presente estudo.

Para Sampieri et al. (2006), um estudo transversal descritivo pode apresentar um panorama geral de um grupo de pessoas, de forma a situar, categorizar e proporcionar uma visão de um fenômeno em um ponto determinado do tempo.

Uma das abordagens que pode ser empregada na pesquisa descritiva é o estudo de caso, que se delinea por meio do estudo intensivo sobre um evento, visando identificar as variáveis a ele relacionadas, de forma a sugerir hipóteses para este fenômeno (SIGELMANN, 1984).

Dessa forma, este percurso metodológico pareceu mais adequado aos objetivos do estudo em questão. A partir dos objetivos apresentados, optou-se pela abordagem qualitativa para o estudo, por meio da qual seria possível dar voz e ouvir os participantes, seus conceitos e valores acerca do que compõe o momento da avaliação do terapeuta ocupacional dentro do processo de trabalho deste profissional nos diferentes equipamentos que tecem a teia da saúde mental deste território.

Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa os terapeutas ocupacionais dos diferentes equipamentos que compõem a rede de serviços de saúde mental em uma região de saúde de um departamento regional de saúde do estado de São Paulo. Os critérios de inclusão foram:

- ✓ Trabalhar no serviço há pelo menos 6 (seis) meses;
- ✓ Exercer o papel institucional de técnico de nível superior (não estar envolvido com a gestão ou supervisão do serviço).

Após levantamento realizado pela pesquisadora a respeito dos equipamentos

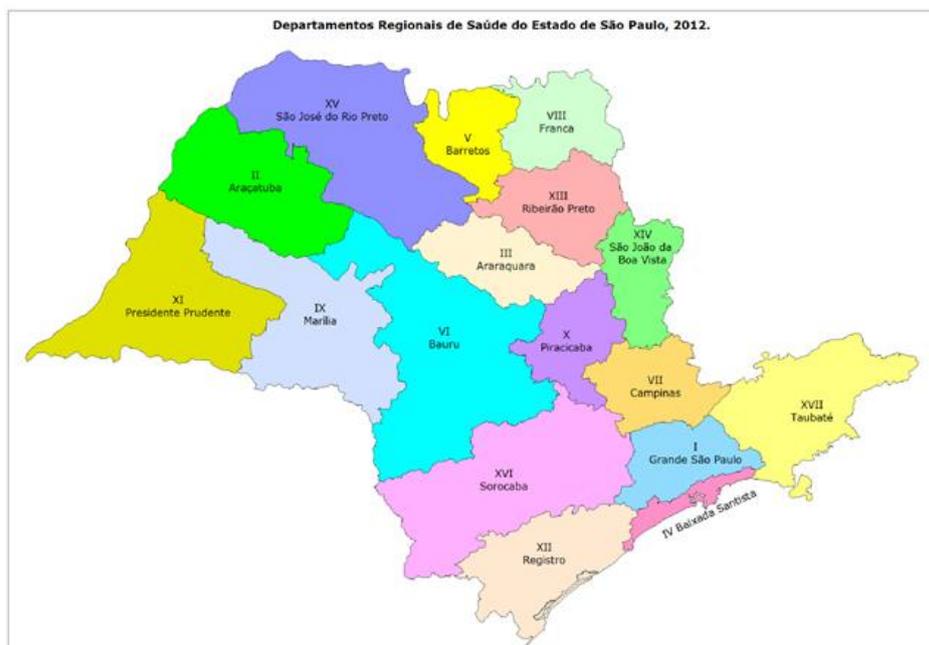
que compunham a rede de saúde mental da região de saúde em questão e do número de terapeutas ocupacionais nela inseridos, foram identificados e convidados a participar da pesquisa dezessete profissionais, tendo sido três excluídos por não preencherem os critérios de inclusão da pesquisa (dois por apresentarem tempo no serviço menor do que o indicado e um por assumir atividade de gestor na unidade) e um profissional que não aceitou o convite para participar da pesquisa. Desta forma, a amostra foi composta por treze sujeitos.

Campo do estudo

O estudo foi realizado em equipamentos de saúde mental que compunham a rede de serviços de um departamento regional de saúde do estado de São Paulo. Para a escolha destes equipamentos priorizou-se aqueles de diferentes níveis de complexidade e que possuíam terapeutas ocupacionais contratados e em exercício.

A fim de proporcionar ao leitor a localização geográfica dos DRS do Estado de São Paulo, a Figura 1 ilustra o cenário através das regiões de saúde.

Figura 1 – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo
Fonte: SÃO PAULO (Estado), 2012.



O DRS escolhido é composto por 24 municípios. Cada uma das regiões de saúde que o compõem fica responsável, em seu nível de complexidade, por realizar

o cuidado às pessoas com transtornos mentais, contando com municípios de referência para situações graves. Para este estudo, visando preservar a identificação dos participantes, o nome de cada uma das regiões foi preservado e modificado para nomes de flores, assim como seus municípios, que tiveram seus nomes preservados e modificados por meio da letra inicial da região a que pertencem e um número. Dessa forma, foi identificada por Região Rosa, municípios R1, R2, R3 e assim por diante.

Em levantamento atualizado de 2011 da região, fornecido pelo Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS - CDQ (2011) da Secretaria de Estado da Saúde, conta-se com equipamentos de saúde mental divididos pelas respectivas regiões de saúde, por meio de seus Colegiados de Gestão Regional (CGR), como mostra o Quadro 1. No levantamento, foram adicionados dados referentes ao Hospital Psiquiátrico após o contato da pesquisadora com a instituição. No Quadro, foi destacado o número de terapeutas ocupacionais em cada serviço, visando facilitar a compreensão de sua distribuição nos municípios e regiões. Esta especificação foi possível após contato com as instituições e detalhamento do levantamento realizado pelo CDQ-SUS.

Quadro 1 – Equipamentos de saúde mental da DRS.
Fonte: Elaborado pelo autor.

CGR Rosa	Quantidade de Equipamentos/equipe mínima de saúde mental	Nº de Terapeutas Ocupacionais
Cidade R1	Equipe em UBS	--
Cidade R2	Centro de Atenção à Criança	02
	Centro de Referência do Jovem e Adolescente	01
	Ambulatório de Saúde Mental Adulto	01
	CAPS II	02
	CAPS AD	02
	NASF (com perspectiva de contratação de mais 01 equipe)	01
	Hospital Psiquiátrico	03
Cidade R3	Equipe em UBS	--

Cidade R4	Equipe em Centro Municipal de Saúde	--
Cidade R5	Equipe em UBS	01
Cidade R6	Equipe em UBS	01
Cidade R7	Equipe em UBS	--
Cidade R8	Profissional no Centro de Saúde	--
Total		14
CGR Margarida	Quantidade de Equipamentos/equipe mínima de saúde mental	Nº de Terapeutas Ocupacionais
Cidade M1	Equipe Centro de Saúde III	--
Cidade M2	Equipe Centro de Saúde	--
Cidade M3	Centro Municipal de Atenção a Infância e Adolescente	02
	Centro de Saúde/ UBS	--
Cidade M4	Equipe incompleta no Centro de Saúde	--
Cidade M5	Equipe incompleta no Centro de Saúde	01
Total		03
CGR Orquídea	Quantidade de Equipamentos/equipe mínima de saúde mental	Nº de Terapeutas Ocupacionais
Cidade O1	Centro Municipal de Especialidades	--
	Núcleo de atenção integral a criança e adolescente	--
	Central de regulação, auditoria e transporte sanitário	--
Cidade O2	Equipe incompleta no Centro de Saúde	--
Cidade O3	Ambulatório de Saúde Mental adulto	01
	Ambulatório Municipal de Especialidades - Atendimento infantil	01
Cidade O4	CAPS I Ambulatório Saúde Mental	--
Cidade O5	Equipe no Centro de Especialidades	--
Cidade O6	Núcleo de Atenção à Criança e ao	--

	Adolescente	
	CAPS II	01
	CAPS AD	01
	Equipes mínimas em UBS	05
Total		09
CGR Azaléia	Quantidade de Equipamentos/Equipe Mínima de saúde mental	Nº de Terapeutas Ocupacionais
Cidade A1	Equipe em UBS	--
Cidade A2	Profissional no Centro de Saúde	--
Cidade A3	Ambulatório de Saúde Mental	01
	Centro de Reabilitação infantil	01
	CAPS II	02
	Núcleo de Prevenção à Violência	
Cidade A4	Equipe no Centro de Saúde	--
Cidade A5	Ambulatório de Saúde Mental Adulto	--
	Ambulatório de Saúde Mental Infantil	01
	CAPS II	03
	CAPS i	01
Total		09

Assim, a região de saúde Rosa foi escolhida para o estudo por possuir maior número de terapeutas ocupacionais contratados e em exercício e por apresentar maior diversidade de equipamentos nos diferentes níveis de complexidade.

O projeto foi apresentado ao grupo de gestores municipais da Região Rosa da DRS em agosto de 2011, encontro no qual foi possível confirmar o número de profissionais e atualizar os mesmos. Os gestores ali presentes aprovaram a realização do projeto.

Contextualização do campo

O CDQ-SUS (2011) realizou uma descrição histórica da DRS em questão em um projeto recentemente proposto para a realização do primeiro trabalho de educação permanente em saúde mental que esta DRS vivenciou no ano de 2012/2013. Tal descrição auxilia a compreensão da configuração anterior e atual da DRS, das ações a que ela se dispõe a realizar e da interlocução da rede neste cenário.

De acordo com esta descrição, até a década de 1980, a região, assim como todo o país, vivenciava um período hospitalocêntrico com características manicomiais. O atendimento psiquiátrico nesta região era feito por meio da assistência hospitalar com dois hospitais psiquiátricos.

A partir dos anos 1980, alguns municípios desta região passaram a contar com equipes mínimas de saúde mental para atendimento ambulatorial e, neste período, este tipo de estratégia foi sendo ampliada para outras cidades, com a contratação de novos técnicos, como terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, entre outros.

Em 1990, o Colegiado Regional de Saúde Mental foi criado para gerar discussão sobre as necessidades dos serviços e dos trabalhadores neste novo desenho de assistência que se delineava. Houve um período em que as atividades deste colegiado foram interrompidas, sendo retomadas em 1996, atendendo a solicitação dos técnicos da região que sentiam dificuldade no atendimento grupal dos pacientes. Assim, o movimento na direção da reforma psiquiátrica na região foi ganhando força. Este abandono da lógica manicomial surgiu como resultado da implantação de novas práticas assistenciais, o que exigiu dos municípios contratação e adequação de recursos humanos.

Em 1999, novas equipes mínimas de saúde mental foram contratadas e implantadas em algumas cidades que ainda não contavam com equipamentos específicos. Neste mesmo período, o Colegiado discutia a forma de implantação dos CAPS na região.

O DRS foi dividido em quatro regiões de saúde, em 2007, atendendo às diretrizes da regionalização, presente no Pacto pela Saúde.

Neste mesmo projeto, uma avaliação foi realizada, no que diz respeito aos ganhos e desafios enfrentados pelo Colegiado de Saúde Mental. Os resultados

obtidos nos últimos anos a respeito da rede de saúde mental do SUS demonstram fragilidades, o que acaba refletindo no sistema como um todo. Os profissionais que ingressam nessa rede não têm conhecimento relacionado às diretrizes de seu trabalho, ficando muitas vezes com poucos ou sem instrumentos que apoiem e direcionem o desenvolvimento de suas práticas.

A título de exemplo, a experiência do município de Lins, pertencente o DRS-VI Bauru, foi relatada por Escudeiro e Souza (2009), onde a lógica hospitalocêntrica foi substituída por um modelo de base territorial e comunitária, lógica esta experimentada também pela DRS envolvida neste estudo e por muitas outras regiões do Brasil, visando à diminuição das internações psiquiátricas e o fortalecimento da inserção social das pessoas com transtornos mentais.

Como foi possível observar no levantamento dos equipamentos de saúde mental da região, ainda são poucos os serviços que compõem a rede de cuidado nesta área, o que indica a necessidade de investimentos e a sensibilização por parte dos gestores, incluindo a formação permanente de recursos humanos para que a rede seja efetiva.

Instrumentos

A coleta de dados ocorreu por meio de: a) Ficha de identificação dos profissionais participantes, envolvendo informações como local de trabalho (profissionais da equipe, números relativos a atendimentos, dinâmica de funcionamento do local), aspectos da formação profissional, tempo de prática no equipamento, entre outros (APÊNDICE A). b) Roteiro de entrevista, composto por 27 questões abertas e semiabertas, divididas em cinco grandes blocos (Contexto institucional, Processo de trabalho do terapeuta ocupacional, Processo de avaliação da terapia ocupacional, Políticas públicas de saúde mental e Facilidades, dificuldades e desafios).

O roteiro foi elaborado a partir da revisão de literatura e validado por meio da avaliação de juízes especialistas e pesquisadores na área, além da aplicação de entrevista-piloto para a adequação do instrumento (APÊNDICE B). c) Diário de campo, no qual a pesquisadora fez anotações referentes ao momento da realização da entrevista e a algumas situações encontradas nos equipamentos visitados

durante a realização da entrevista com os participantes e que auxiliaram, principalmente, na caracterização dos serviços visitados.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e a coleta de dados foi iniciada somente após o parecer favorável ao projeto. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Central Paulista (UNICEP), registrado na Comissão Nacional de ética em pesquisa/ Conselho Nacional de saúde (CONEP/CNS) em julho de 2011, sendo aprovado em 25/08/2011, sob protocolo no. 023/2011 (ANEXO A). Os terapeutas ocupacionais foram convidados a participar da pesquisa e, àqueles que se disponibilizaram, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) e solicitado o consentimento por escrito, de tal participação. Foram esclarecidos sobre a autonomia para desistirem de participar a qualquer momento do estudo.

Procedimentos

A) Elaboração e validação do roteiro de entrevista

Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro de entrevista a partir da revisão de literatura pela pesquisadora. Para a sua validação, foram convidados, via correio eletrônico, profissionais especialistas e pesquisadores na área para que realizassem uma avaliação do instrumento e o julgassem a partir dos objetivos iniciais do presente estudo. No total, foram convidados quinze juízes e a eles fora enviada uma carta convite (APÊNCIDE D), contendo informações gerais a respeito da pesquisa e, em anexo, constava o instrumento a ser avaliado.

Do total, doze retornaram a mensagem à pesquisadora no tempo estipulado, com sugestões e adequações necessárias, segundo seu julgamento. Depois disso, o instrumento foi editado pela pesquisadora, a partir das sugestões, e foi realizada a aplicação da entrevista-piloto com duas profissionais, não participantes deste estudo, para finalização da validação do instrumento. Após a entrevista-piloto, o

instrumento foi finalizado pela pesquisadora, tendo sofrido algumas pequenas alterações, que o adequaram para o início da coleta de dados.

B) Localização dos participantes

A partir do levantamento dos equipamentos de saúde mental realizado pelo CDQ-SUS (2011) no DRS, a pesquisadora pôde localizar os municípios que contavam com serviços de atendimento em saúde mental e sua diversidade de complexidade. A partir do mesmo levantamento, foi possível verificar os serviços que contavam com terapeutas ocupacionais. No momento da apresentação e consequente aprovação da pesquisa pelos gestores municipais de saúde em seus respectivos municípios, este número foi novamente confirmado.

Foi realizado o contato prévio com as instituições, gestores e terapeutas ocupacionais da rede de serviços de saúde mental da região de saúde Rosa da DRS para confirmação do número de profissionais e convite à participação na pesquisa via telefone. A confirmação do número de profissionais possibilitou uma atualização do número de terapeutas ocupacionais nos serviços na região escolhida, o que alterou o levantamento inicial, como é possível perceber nos Quadros 1 e 3.

C) Coleta de dados

Foi agendado via telefone um encontro com os terapeutas ocupacionais que se dispuseram a participar do estudo para a realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos profissionais participantes. Não houve problemas durante o agendamento das entrevistas e da coleta de dados. Antes da realização da mesma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos participantes e foram solicitados a assiná-lo. A entrevista foi registrada através de equipamento de áudio, a partir da permissão dos participantes. A transcrição do material foi feita pela pesquisadora.

A identidade dos participantes foi mantida em sigilo, não sendo os sujeitos identificados na pesquisa. Os relatos dos participantes foram identificados com a letra P, seguida do número de 1 a 13.

Análise dos dados

A análise foi realizada por meio da técnica de análise temática, dentro da análise de conteúdo, o que possibilitou a identificação de categorias de análise. Esta técnica permite caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além do que está sendo comunicado, fazendo uma análise das comunicações, permitindo a inferência de conhecimentos relativos à produção desta mensagem (BARDIN, 2009; MINAYO, 1998). Assim, esta pareceu ser a técnica mais adequada ao alcance dos objetivos do presente estudo.

5 Resultados e discussão

O presente capítulo focará nos resultados obtidos nesta pesquisa, juntamente com a discussão, de forma a potencializar seus achados e sua contribuição com o corpo teórico da terapia ocupacional. Para Bardin (2009, p. 11), a “análise de conteúdo oscila entre os dois polos, do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade”. E é neste processo de oscilação que foi realizada a análise dos resultados deste trabalho, no processo de olhar para as falas dos sujeitos desta pesquisa e realizar reflexões e discussões, articuladas com os objetivos do estudo.

O estudo das práticas possibilita a compreensão de seus fenômenos e da realidade social em que está inserida. A partir dos anos 1950, este tipo de pesquisa começa a ganhar espaço, abrindo possibilidades para o acompanhamento de pequenos grupos como processo para que fosse possível compreender uma realidade social cotidiana (GALHEIGO, 2003).

Ainda segundo Galheigo (2003, p. 105),

Tais métodos de pesquisa e teorização examinam como o mundo social é criado ao se compartilhar significados através de um processo inter-subjetivo. O Senso Comum passa a adquirir destaque na pesquisa ao acreditar-se que se tem acesso à realidade social objetiva através da interpretação que as pessoas dela fazem.

A afirmação anterior permite reflexões acerca da possibilidade de um estudo qualitativo, que acessa sujeitos sociais em seus contextos, compreender o que se faz (a prática) a partir da interpretação da mesma pelo sujeito. Entretanto, é importante se pensar que nem sempre a realidade por ele expressa se reduz a concepção que o sujeito tem dela, tratando-se então de um discurso sobre a prática (GALHEIGO, 2003).

Considerando tais pressupostos, aponta-se que os resultados identificados no presente estudo advêm do discurso dos terapeutas ocupacionais sobre suas práticas, mais especificamente relacionadas ao processo de avaliação em terapia ocupacional.

Sendo assim, das falas dos sujeitos emergiram temas que foram agregados e apresentados a partir das seguintes categorias:

- Processo de avaliação do terapeuta ocupacional, no qual foram identificadas cinco subcategorias identificadas como:
 - ✓ Trabalho em equipe;
 - ✓ Demandas para atendimento do terapeuta ocupacional;
 - ✓ Avaliação do terapeuta ocupacional;
 - ✓ Formas de atendimento do terapeuta ocupacional;
 - ✓ Formação profissional.
- Papel da terapia ocupacional;
- Políticas públicas de saúde mental;
- Desafios e dificuldades encontradas no trabalho.

A categoria referente ao processo de avaliação do terapeuta ocupacional agregou em si subcategorias, já que por meio dos relatos dos participantes, foi possível relacioná-las com a forma como a avaliação era realizada.

O diário de campo utilizado pela pesquisadora como instrumento de coleta de dados trouxe informações referentes ao momento da realização da entrevista e de especificidades encontradas durante a visita aos equipamentos de saúde mental, auxiliando principalmente na caracterização dos serviços onde os profissionais estão alocados.

Antes de discutir cada uma das categorias identificadas a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, serão caracterizados, nas próximas duas seções, os próprios sujeitos e os serviços onde os profissionais estão alocados.

A seguir, apresentam-se os resultados e sua discussão.

5.1 Caracterização dos sujeitos participantes do estudo

Os sujeitos participantes desta pesquisa são treze terapeutas ocupacionais inseridos em equipamentos de saúde mental da Região Rosa de Saúde de um DRS do Estado de São Paulo. Esta região conta com oito municípios, três destes tendo em seus serviços de saúde mental a inserção do terapeuta ocupacional. Os nomes dos municípios participantes desta pesquisa foram preservados, tendo sido identificados por Cidade R2, Cidade R5 e Cidade R6.

Optou-se por identificar o nível de complexidade dos serviços que compõem a rede de saúde mental da região de saúde em questão, entendendo que tal descrição

faz parte e traz dados significativos a respeito da composição da rede de cuidados em saúde mental local, assim como das especificidades da atuação do terapeuta ocupacional, a depender do nível de complexidade da assistência fornecida e do foco de atuação da equipe, seja ela multiprofissional ou interdisciplinar.

O Quadro 2 ilustra os participantes da pesquisa, o serviço onde estão alocados e suas características individuais.

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Participante	Serviço	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Tempo no serviço	Área da formação complementar
P1	UBS	24	3	10 meses	Saúde Mental
P2	CAPS	39	16	11 anos	Grupo operativo
P3	CAPS	42	19	9 anos	Educação
P4	UBS	45	22	5 anos	--
P5	CAPS	27	3	11 meses	Neurologia adulto
P6	Ambulatório	27	5	9 meses	Hospitalar
P7	Ambulatório	45	24	8 anos	Reabilitação física
P8	Ambulatório	29	4	1 ano e 3 meses	Saúde Mental
P9	Hospital psiquiátrico	51	30	18 anos	Paralisia cerebral
P10	Hospital psiquiátrico	29	3	2 anos e 10 meses	--
P11	NASF	25	3	10 meses	Saúde Mental
P12	Ambulatório	32	9	7 anos	Saúde Mental
P13	NASF	28	6	1 ano e 1 mês	Saúde Mental

Ao todo, foram dezessete profissionais identificados nos serviços participantes, tendo sido três excluídos por não preencherem os critérios de inclusão da pesquisa (dois por apresentarem tempo no serviço menor do que o indicado e um por assumir atividade de gestor na unidade) e um profissional que não aceitou o convite para participar. Desta forma, treze sujeitos participaram do estudo.

Por meio do preenchimento da ficha de identificação do profissional participante, foi possível identificar que a totalidade dos sujeitos são mulheres.

Assim, a partir deste momento todas as vezes que forem feitas referências a elas no texto será utilizado o gênero feminino.

A idade variou entre vinte e quatro e cinquenta e um anos e o tempo no serviço entre nove meses e dezoito anos. O tempo de formadas variou entre três e trinta anos. Apenas uma das participantes se formou no estado de Minas Gerais, sendo as demais formadas no Estado de São Paulo.

Sobre formação complementar, duas informaram não terem concluído cursos de especialização, seis possuem especialização (destas, uma em grupo operativo, duas em saúde mental, uma em reabilitação física, uma em educação e uma em paralisia cerebral), três possuem aprimoramento profissional na área de saúde mental, uma cursou residência multiprofissional na área hospitalar e uma referiu ter realizado aperfeiçoamento prático profissional na área de neurologia adulto.

A seguir, informações sobre os serviços onde estes profissionais realizam suas práticas em saúde mental nos municípios em questão.

5.2 Caracterização dos serviços onde os profissionais estão alocados

A Região Rosa do DRS em questão é composta por um município de médio porte e outros de pequeno a médio porte.

Ao levantamento da região, fornecido pelo Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS - CDQ (2011) foi acrescido, após atualização a partir do contato da pesquisadora com os equipamentos de saúde mental, o número atualizado de terapeutas ocupacionais contratados e em exercício. O nome dos municípios envolvidos foi preservado, como já fora descrito anteriormente.

Quadro 3 – Equipamentos de saúde mental da Região Rosa de saúde da DRS com número atualizado de terapeutas ocupacionais

Fonte: Elaborado pelo autor.

CGR Rosa	Quantidade de Equipamentos/equipe mínima de saúde mental	Nº de Terapeutas Ocupacionais
Cidade R1	Equipe em UBS	--
Cidade R2	Centro de Atenção à criança	02
	Centro de Referência do Jovem e Adolescente	02
	Ambulatório de Saúde Mental Adulto	01
	CAPS II	02
	CAPS AD	02
	Equipes de NASF	02
	Hospital Psiquiátrico	04
Cidade R3	Equipe em UBS	--
Cidade R4	Equipe em Centro Municipal de Saúde	--
Cidade R5	Equipe em UBS	01
Cidade R6	Equipe em UBS	01
Cidade R7	Equipe em UBS	--
Cidade R8	Profissional no Centro de Saúde	--
Total		17

A partir de informações contidas tanto nas entrevistas realizadas pela pesquisadora como na ficha de identificação das profissionais participantes, juntamente com os dados contidos no diário de campo, foi possível descrever com riqueza de detalhes a formação da rede de saúde mental dessa região de saúde.

Como se pode observar, a região conta com duas terapeutas ocupacionais inseridas em unidades básicas de saúde, que fazem atendimentos a diversas demandas da população, incluindo a saúde mental.

Na Cidade R6, existe apenas um equipamento de saúde municipal, onde estão alocados todos os serviços deste setor, incluindo o atendimento de urgência e emergência. Dentre as especialidades não médicas, conta-se com terapia ocupacional, fisioterapia e psicologia, que formam uma equipe multiprofissional em unidade básica de saúde. A terapeuta ocupacional realiza uma atuação generalista,

atendendo casos da área física e mental. Os encaminhamentos são em sua maioria internos, realizados pela psicóloga e fisioterapeuta, assim como da escola e por demanda espontânea. Não há critérios claros para inclusão ou não inclusão no serviço. Os atendimentos são, em sua maioria, individuais e há a realização de alguns grupos com as crianças e um em saúde mental.

A Cidade R5 revela uma situação bastante semelhante a do município anteriormente descrito. Possui uma única unidade de saúde, o Centro Médico Municipal. A equipe não médica deste serviço é composta por fonoaudióloga, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. A forma de entrada dos usuários no serviço acontece por meio de encaminhamentos internos e através da equipe da atenção básica. Não há critérios claros para inclusão ou não inclusão no serviço. O enfoque é generalista na atuação, atendendo casos de área física e mental. São realizados atendimentos em sua maioria individuais e poucos grupos, um de saúde mental e outro infantil.

Na Cidade R2 está o equipamento hospitalar para atendimento psiquiátrico do DRS, que presta atendimento aos casos agudos dos vinte e quatro municípios a ele pertencentes. O hospital conta com quatro tipos de assistência diferenciados: a moradia, a ala de dependência química masculina, as alas de usuários em crise aguda masculina e feminina e as oficinas de trabalho. Cada tipo de assistência conta com uma equipe multiprofissional.

Na moradia, a equipe é formada por educador físico, enfermeiros, cuidadores, técnicos de enfermagem, médico clínico, médico psiquiatra, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional. O atendimento aos moradores é constante. A entrada no serviço se dá por ordens judiciais e casos de usuários com desvinculação familiar. Vivem neste local apenas aqueles que não restabeleceram laços familiares para retornarem às suas casas e alguns casos de ordem judicial, totalizando trinta usuários. A terapeuta ocupacional realiza atendimentos grupais, com auxílio das cuidadoras, e quando necessário, realiza abordagens individuais.

Nas alas feminina e masculina, existem sessenta e quatro leitos, sendo trinta e dois para cada sexo. A equipe é semelhante a da moradia. Os encaminhamentos ocorrem pelos serviços de urgência e emergência nos municípios, por meio da central de vagas regional. A principal questão identificada como critério para internação é a alteração senso-perceptiva do usuário. Os atendimentos de terapia ocupacional a estas pessoas são exclusivamente grupais.

O Centro de Atenção Psicossocial é um CAPS-II e atende somente pacientes residentes na Cidade R2. A equipe é composta por psicólogos, médico psiquiatra, assistente social, enfermeiro, técnicos de enfermagem, farmacêutico, terapeutas ocupacionais e agentes administrativos. As formas de encaminhamento são por meio do hospital psiquiátrico após a alta da internação, das unidades de saúde e mesmo por demanda espontânea. Os usuários deste serviço são pessoas com transtornos mentais graves.

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas é um equipamento recente na Cidade R2. Sua equipe conta com médico clínico, médico psiquiatra, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social. A entrada de usuários no serviço se dá por meio de encaminhamentos da rede de saúde e demanda espontânea. Para inclusão nos atendimentos, a dependência química deve ser identificada como a principal necessidade do usuário. A demanda para este serviço vem aumentando significativamente, o que tem exigido da equipe seguidas modificações nos formatos das agendas e atividades.

Nos dois CAPS, o atendimento do terapeuta ocupacional está intimamente relacionado com a realização de oficinas terapêuticas e este profissional participa, juntamente com os outros membros da equipe, das triagens e acolhimentos dos novos usuários.

O Centro de atenção à criança é um serviço não específico de saúde mental, embora atenda também a casos desta natureza na Cidade R2. A equipe é composta por médico psiquiatra, médico neurologista, médico pediatra, médico clínico, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. É referência para alguns municípios da região de saúde Rosa desde que estes não possuam os profissionais dos respectivos encaminhamentos. A entrada dos usuários no serviço se dá por meio de encaminhamentos da rede de saúde, da Secretaria de Educação e do Poder Judiciário. Os critérios para inclusão no serviço são mais rígidos, já que a idade, que compreende a faixa etária entre zero e doze anos incompletos, e a maior complexidade dos casos são os grandes norteadores desta decisão. Trata-se de atendimento ambulatorial, no qual as terapeutas ocupacionais realizam um grande volume de atendimentos individuais e grupais e um número pequeno de triagens de

casos novos semanalmente. Existe uma lista de espera para entrada no serviço, já que a demanda de usuários é grande.

O Centro de Referência do Jovem e do Adolescente é um serviço ambulatorial com particularidades no cuidado aos adolescentes e jovens com demandas de saúde mental na Cidade R2. O mesmo mantém relação estreita com o serviço infantil supradescrito, dando continuidade aos atendimentos, levando em conta a idade também como um critério para a entrada no serviço, compreendendo a faixa etária dos doze aos dezoito anos. A equipe do serviço é composta por fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico psiquiatra e terapeutas ocupacionais. Os encaminhamentos são provenientes da rede de saúde e também ocorrem por demanda espontânea. O foco do serviço é a prevenção de agravos à saúde, embora tenha sido identificado o atendimento a casos graves e diversificados de transtornos mentais. Os atendimentos da terapeuta ocupacional são quase em sua totalidade individuais e alguns grupos temporários, de acordo com a demanda encontrada ao longo do ano.

O atendimento ambulatorial ao adulto na Cidade R2 é realizado no Centro de Referência Ambulatorial de Saúde Mental Adulto. A equipe do local conta com psicólogo, médico psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico de enfermagem e equipe de apoio. Não é referência para outros municípios. A entrada dos usuários no serviço se dá por meio de encaminhamentos da rede de saúde. A idade é um critério para inclusão no serviço, embora este ambulatório tenha sido identificado como o serviço que possui a porta mais aberta, abrangendo pessoas dos dezoito aos cinquenta e nove anos, para adultos com transtornos mentais estabilizados. A terapia ocupacional foca seus atendimentos no formato grupal e alguns individuais, identificando essa diferenciação, principalmente, pela grande demanda.

A continuidade dos atendimentos para as pessoas após cinquenta e nove anos na Cidade R2 se dá no Centro de Referência do Idoso, serviço que não está alocado na saúde mental, dentro da organização municipal. Até a finalização da coleta de dados, o serviço estava sem o profissional terapeuta ocupacional, o que impossibilitou o detalhamento da atenção oferecida.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF na Cidade R2 conta com duas equipes de apoio à atenção básica da cidade. Trata-se de um equipamento recente no município. A equipe multiprofissional é composta por terapeutas

ocupacionais, fisioterapeutas, médicos psiquiatras, psicóloga e nutricionista. O serviço não é referência para outros municípios, tendo em vista o fortalecimento da atenção básica da própria cidade como preconiza a política pública. O enfoque das atividades desenvolvidas por este tipo de serviço é a educação em saúde e, especificamente desta organização da equipe neste município, a saúde mental. O NASF não é porta de entrada para os usuários que demandam algum atendimento na atenção básica. A equipe de saúde da família identifica os casos que necessitam de apoio e o solicita à equipe multiprofissional e dessa forma se dá a entrada no serviço.

A inserção do terapeuta ocupacional nos diferentes serviços identificados nessa região de saúde aconteceu, como já identificado na introdução do presente trabalho, após a incrementação da rede de saúde mental, com serviços que substituíram a lógica manicomial. Para tanto, outros profissionais passaram a fazer parte das práticas realizadas nos serviços, na perspectiva de uma clínica ampliada, centrada no sujeito e no exercício de sua cidadania, o que justifica a formação de equipes multi ou interdisciplinares.

A caracterização dos serviços pode também ser visualizada a seguir, como evidencia o Quadro 04.

Quadro 04 – Caracterização dos serviços visitados

Fonte: Elaborado pelo autor.

Cidade	Equipamento de saúde mental	Equipe	Tipo de equipe	Atuação	Encaminhamentos	Atendimentos	Critérios de inclusão	Referência para região
Cidade R2	Centro de Atenção à criança	Médico psiquiatra Médico neurologista Médico pediatra Médico clínico geral Fonoaudiólogos Psicólogos Fisioterapeutas Terapeutas ocupacionais Assistentes sociais Enfermeiros Técnicos de enfermagem	Multiprofissional	Não específico de saúde mental	Rede de saúde Educação Poder judiciário	Individual Grupos	Idade (0-12 anos) Complexidade dos casos	Sim
	Centro de Referência do Jovem e Adolescente	Fonoaudiólogos Psicólogos Assistente social Enfermeiro Técnicos de enfermagem Médico psiquiatra Terapeutas ocupacionais	Multiprofissional	Prevenção Transtorno mental grave	Rede de saúde Demanda espontânea	Individual	Idade (12-18 anos)	Não
	Ambulatório de Saúde Mental Adulto	Psicólogo Médico psiquiatra Assistente social Terapeuta ocupacional Enfermeiro Técnico de enfermagem Equipe de apoio	Multiprofissional	Transtornos mentais estabilizados	Rede de saúde	Grupos	Idade (18-59 anos) Transtornos mentais estabilizados	Não
	CAPS II	Terapeutas ocupacionais Psicólogos Médico psiquiatra Assistente social Enfermeiro Técnicos de enfermagem Farmacêutico Agentes administrativos	Interdisciplinar	Transtornos mentais severos e persistentes	Hospital psiquiátrico Unidades de saúde Demanda espontânea	Grupos (oficinas terapêuticas)	Transtornos mentais severos e persistentes	Não
	CAPS AD	Terapeuta ocupacional Enfermeiros Técnicos de enfermagem Médico clínico Médico psiquiatra Assistente social	Interdisciplinar	Transtornos mentais severos e persistentes – Dependência química	Rede de saúde Demanda espontânea	Grupos (oficinas terapêuticas)	Dependência química	Não

		Psicólogo						
	NASF	Terapeutas ocupacionais Fisioterapeutas Médicos psiquiatras Psicólogo Nutricionista	Interdisciplinar	Educação em saúde Saúde mental	Equipes da atenção básica	Apoio matricial	Casos que equipe básica precise de apoio	Não
	Hospital Psiquiátrico	<u>Moradia</u> Terapeuta ocupacional Educador físico Enfermeiros Cuidadores Técnicos de enfermagem Médico clínico Médico psiquiatra Assistente social Psicólogo	Multiprofissional	Transtornos mentais severos e persistentes com desvinculação familiar	Ordens judiciais Internações	Grupos	Desvinculação familiar Ordens judiciais	Sim
		<u>Alas</u> Terapeuta ocupacional Educador físico Enfermeiros Cuidadores Técnicos de enfermagem Médico clínico Médico psiquiatra Assistente social Psicólogo	Multiprofissional	Situações agudas de transtornos mentais	Serviços de urgência e emergências municipais (central de vagas)	Grupos	Alteração senso-perceptiva	Sim
Cidade R5	Equipe em UBS	Terapeuta ocupacional Fonoaudiólogo Assistente social Psicólogo Fisioterapeuta	Multiprofissional	Generalista	Internos Atenção básica	Majoria individuais, 2 grupos	Não há critérios definidos	Não
Cidade R6	Equipe em UBS	Terapeuta ocupacional Fisioterapeuta Psicólogo	Multiprofissional	Generalista	Internos Educação Demanda espontânea	Majoria individuais, 2 grupos	Não há critérios definidos	Não

A partir da caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa e da caracterização dos serviços em que estavam inseridos, é possível apresentar e discutir cada uma das categorias e subcategorias emergentes dos relatos dos sujeitos.

5.3 Processo de avaliação do terapeuta ocupacional

O processo de avaliação do terapeuta ocupacional foi identificado como uma categoria central do presente estudo. Nesta categoria, foram identificadas subcategorias que auxiliam na descrição e na discussão deste tema e influenciam, direta ou indiretamente, a avaliação realizada pelo profissional ao sujeito que o procura. A discussão de cada um dos itens acontece a seguir.

5.3.1 Trabalho em equipe

A fim de iniciar a imersão na análise desta categoria, buscou-se, no trabalho de Peduzzi (1998), o conceito de trabalho em equipe. O autor o concebe como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes.

Para subsidiar a discussão acerca da interdisciplinaridade no trabalho em equipe, parte-se do conceito de que

[...] a prática interdisciplinar coloca-se como potencializadora da integração que permitiria uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde, pela interação entre os profissionais e a articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde, possibilitando deste modo outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos no processo (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009, p. 864).

De acordo com Thornicroft e Tansella (2010), mais do que em outras áreas da medicina, a saúde mental depende mais de recursos humanos do que de equipamentos tecnológicos em si e esta relação terapêutica e a habilidade humana influenciam no tratamento e auxiliam a melhorar os resultados obtidos. E, com a

reorganização da rede de serviços não baseada na lógica hospitalocêntrica, novas atitudes da equipe são primordiais.

Para a identificação do formato das equipes visitadas durante essa pesquisa, visualizado no Quadro 4, foi utilizada a referência de Japiassu (2006) e a partir das descrições realizadas pelas participantes, elas foram separadas entre multiprofissional, inter e transdisciplinar.

Formas de abordagens em equipe são discutidas por Japiassu (2006), dada a importância deste tipo de discussão para a elaboração de estratégias para resolução de problemas complexos, globais e cada vez mais interdependentes do mundo atual. Para o autor, a abordagem multidisciplinar pode ser definida como a de uma equipe que pertença a diferentes ramos do saber, relacionando diversos aspectos que revestem a divisão do trabalho para trabalhar sobre uma disciplina.

A equipe interdisciplinar é aquela que se constitui “nas fronteiras e pontos de contato entre diversas ciências (...). A pesquisa interdisciplinar não se contenta em promover a convergência e a complementaridade de várias disciplinas para atingir um objetivo comum” (JAPIASSU, 2006, p. 38).

E por fim, uma equipe transdisciplinar é aquela que visa à criação de um campo de conhecimento onde haja possibilidade da existência de um novo paradigma ou de um novo modelo de coexistência. Neste tipo de organização, os principais fundamentos são a cooperação, a articulação, o objeto e os projetos comuns. Nos outros formatos, as disciplinas estavam incomunicáveis mediante uma articulação das atividades em torno da resolução de um problema em comum (JAPIASSU, 2006).

Frente à complexidade das situações a que equipes de saúde mental estão expostas cotidianamente, a inter e a transdisciplinaridade passam a ser abordagens indicadas, inclusive nas políticas públicas, para a produção de um cuidado preocupado com o indivíduo em sofrimento. Neste cenário multifacetado, existe um compartilhamento entre as disciplinas que proporciona tratamentos mais efetivos para problemáticas cada vez mais complexas, embora seja sabido que colocar em prática este tipo de abordagem e de organização do trabalho traz desafios e dilemas complexos para a equipe e para cada membro que a compõe.

Para Campos (2000, p. 220), existem o campo e o núcleo de práticas e saberes em saúde. “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada

disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”. Em experiências onde núcleo e campo convergem durante as ações, como nas experiências inter e transdisciplinares, existe uma preocupação com a perda da especificidade de cada disciplina. No depoimento a seguir, é possível identificar esta característica.

Eu não me vejo, vou falar de novo, como uma TO simplesmente. Principalmente no grupo. Eu me vejo como um técnico de referência também dessa pessoa (P3).

Em situações de interdisciplinaridade, há uma experimentação de possibilidades de convergência entre campos de saberes diferenciados, com objetivo de produção de cuidado. Porém, nessa experiência, o núcleo profissional não fica perdido: é ele que sustenta a prática no campo de atuação. E se torna um desafio grande para as equipes, ao se considerar as especificidades inerentes à formação profissional, o que permite questionamentos importantes sobre a mesma.

Foi possível identificar uma fragilidade das participantes em relação ao núcleo profissional da terapia ocupacional. Tal vulnerabilidade esbarra no desconhecimento profissional, por exemplo, do quanto se consegue justificar, dentro da própria instituição, o que e porque estão sendo realizados determinados procedimentos. Ou ainda, a justificativa de compra de alguns materiais, a contratação de novos profissionais e os motivos para alta ou não dos usuários atendidos pela terapia ocupacional.

Com relação ao trabalho em equipe, foram encontradas duas formas de organização. A primeira delas, nos serviços com uma lógica de funcionamento ambulatorial, o trabalho acontece de forma mais individualizada pelo profissional. Com relação à reunião de equipe, nestes equipamentos, pouca ou nenhuma existência desta prática foi identificada, nos levando a entender que o acontecimento da reunião de equipe não significa a garantia do trabalho em equipe de forma compartilhada.

As falas a seguir ilustram a situação identificada.

Então, a proposta era discussão de caso. Só que é difícil, acaba não acontecendo (P7).

E assim, pra discutir caso, a gente vai atrás do profissional mesmo, né (P8).

A gente sabe que tem a necessidade, óbvio de ter essa troca, de ter esse trabalho em equipe, mas acho que não está estruturado (P6).

Tem essas trocas sim entre os profissionais, né. Mas precisa melhorar bastante ainda (P12).

Como pode ser observado nas falas das participantes, a atuação de forma mais individualizada ou disciplinar, ou seja, multiprofissional, traz desafios para o trabalho em equipe compartilhado, o que reflete no atendimento aos usuários do serviço. Diante da dificuldade na discussão de casos, acaba ficando a critério do próprio profissional a busca pelo membro da equipe que divide com ele o cuidado dos usuários.

Ainda nestes serviços, são identificadas formas de co-terapias, em que a profissional realiza ações em conjunto com outros profissionais, principalmente em grupos, reveladas nas falas a seguir.

*Eu tenho um grupo em co-terapia com o psicólogo (P12).
A gente atende muito em co-terapia. Ah, eu tenho muito atendimento com a fono (P7).*

Para Thornicroft e Tansella (2010), dentre as habilidades comuns essenciais para a prática de saúde mental, uma delas envolve o trabalho em parceria, de forma a desenvolver relações de trabalho construtivas com usuários e colegas, trabalhando positivamente com as expectativas que surgem dos parceiros.

E quando as ações desenvolvidas pela equipe do serviço acontecem em conjunto, novas expectativas são geradas e o usuário se beneficia da prática de outros profissionais, muitas vezes em atendimentos comuns. Alguns fatores, como sinalizam Thornicroft e Tansella (2010), promovem um trabalho positivo da equipe: a clareza dos papéis de cada membro da equipe e a integração das disciplinas relevantes em uma equipe única estão entre eles.

Desta forma, ainda que as equipes dos ambulatórios, um dos contextos deste estudo, não desenvolvam um trabalho inter ou transdisciplinar, existem iniciativas entre os profissionais membros das equipes de atuação conjunta, como atendimentos em conjunto e grupos, como sinalizaram as falas das participantes acima.

No caso das equipes em unidades básicas de saúde, a individualização do profissional é ainda mais expressiva. Em uma delas, inclusive, o trabalho em equipe não foi identificado e a fragilidade da reunião de equipe foi levantada.

*Talvez não é bem equipe, é uma reunião da instituição mesmo toda (P1).
As reuniões não têm acontecido. Porque assim, é... a enfermeira saiu de férias (...). Então, deu uma parada (P4).*

Tal aspecto leva a considerar não somente a não valorização do espaço de reunião de equipe no processo de trabalho, mas também o quanto o papel dos membros da equipe não está interligado, compartilhando no dia a dia a responsabilidade mútua pelos casos. Nesta configuração, o TO toma decisões de forma individualizada, dentro do seu núcleo específico de saber.

A segunda forma de organização do trabalho em equipe identificada foi nos CAPS e no serviço de apoio matricial, nos quais o trabalho em equipe acontece de modo que as especialidades diluam-se no todo realizado por todos, ou seja, de forma interdisciplinar.

Os profissionais inseridos nestas modalidades de serviços não visualizam uma diferenciação significativa entre eles, embora o olhar da especificidade permaneça nas discussões. Ainda assim, como sinaliza Campos⁵ (2007 apud BENEVIDES et al., 2010, p. 132): “trabalhar em equipe não significa abdicar das particularidades de cada profissão, mas utilizar a cogestão para assegurar saúde de qualidade para quem necessita.”

As reuniões de equipe servem inclusive para tomada de decisões com relação à inserção ou não do usuário no serviço. As ações e decisões são compartilhadas por todos os membros da equipe, como se observa nas falas a seguir relacionadas.

Tem discussão de caso, tudo interdisciplinar (P13).

Nem é multi, é interdisciplinar mesmo. As ações acabam ficando bem parecidas assim, né, pelo fato de estarmos na atenção básica e as duas serem profissionais de saúde mental (P11).

Por causa que tudo aqui é em equipe, (...). Discute e elabora os projetos (P5).

Todo o projeto terapêutico é feito na equipe (P3).

A partir destes trechos, é possível perceber o quanto as decisões compartilhadas em equipe perpassam as decisões dos núcleos profissionais. E, dessa forma, influenciam no processo de avaliação do terapeuta ocupacional, sendo este profissional parte da equipe e levando o seu raciocínio clínico para as discussões realizadas em grupo.

A elaboração dos projetos terapêuticos, ou seja, a proposta de um plano singular de atendimento para cada usuário é um momento de discussão entre todos os profissionais envolvidos e não apenas a decisão individualizada de apenas um

⁵ CAMPOS, G.W.S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2007.

membro da equipe. Assim, a avaliação é um processo coletivo, no qual os profissionais utilizam seus saberes para compor o encaminhamento mais adequado ao usuário. E isso influencia diretamente no processo de avaliação do terapeuta ocupacional, já que a tomada de decisão é feita de forma compartilhada, a partir da junção dos saberes dos profissionais que compõem a equipe em questão.

Ainda relacionado com o trabalho em equipe, apesar da proposta substitutiva que os serviços de saúde mental se propõem, algumas falas ainda mantêm aproximação com a visão tradicional da psiquiatria clínica, ainda que fora da instituição hospitalar.

Tem dias que é só passagem de plantão mesmo, olha aconteceu isso, a paciente está assim, tal e tal (P2).

Então, inicialmente é passagem de plantão (...). Então quem tá chegando a tarde já tá sendo informado pela equipe que já trabalhou de manhã e algumas condutas que foram tomadas (P3).

Apesar dos serviços substitutivos assumirem um papel importante na reestruturação da rede de saúde mental a partir das políticas públicas, a preocupação com o abandono da lógica hospitalocêntrica deve ser um norte. Um estudo realizado por Mielke et al. (2011, p. 270) identificou, em uma avaliação das atividades desenvolvidas em um CAPS na região Sul do Brasil, uma “institucionalização velada”, decorrente da longa permanência dos usuários neste tipo de equipamento, ainda que substitutivos.

No ambiente hospitalar, a identificação do trabalho em equipe como uma ferramenta para o cuidado também foi considerada, ainda que haja dificuldades, como se pode observar nas falas a seguir.

Existe. É... existe [trabalho em equipe] (...) a gente normalmente já conversa qual paciente que vai poder participar das atividades e qual atividade melhor pra cada paciente (P10).

Todos trabalharem em conjunto, por um mesmo objetivo (P9).

Um aspecto identificado como trabalho em equipe foi a troca entre profissionais e o aprendizado que esta experiência proporciona. Alguns observam essa ocorrência no momento das reuniões de equipe. Outros ainda, se aproximam desta possibilidade no dia a dia da instituição. A fala a seguir ilustra tal situação.

Porque a gente tem muitas trocas, por exemplo, vem um encaminhamento, aí a assistente social faz um primeiro acolhimento, a enfermeira, tem dúvidas pra quem encaminhar, a gente senta e discute. Mas não é algo estruturado, é mais pela nossa necessidade de trocar (P6).

E sendo a saúde mental um campo de atuação e de cuidado onde o sujeito deve ser assistido em suas necessidades de forma integral, essa troca entre profissionais contribui para o estabelecimento de objetivos em comum ao usuário e possibilita novas aprendizagens ao profissional. Embora essas trocas não sejam suficientes para o estabelecimento do trabalho em equipe, é importante reconhecer tais iniciativas nos serviços visitados, assim como ressaltar a necessidade da atuação destas equipes de forma mais compartilhada.

Partir-se-á agora para discussão acerca das demandas trazidas pelos sujeitos à terapia ocupacional nos equipamentos visitados.

5.3.2 Demandas para atendimento em terapia ocupacional

Dentre as demandas identificadas como prioritárias para atendimento do terapeuta ocupacional, observaram-se diversas delas nos relatos das participantes, que iam desde as atividades de vida diária até afetividade e cuidado. Essas demandas não necessariamente estavam relacionadas e diferenciadas pelo nível de complexidade dos serviços em que estes usuários se encontram.

Segundo Creek (2002), no momento da avaliação inicial, alguns aspectos são valorizados, de forma a abranger o cliente e o ambiente. Porém, como sinaliza a autora, ainda que se tenha uma visão ampla do caso, isso não significa que seja possível acessar todos os aspectos funcionais.

Um questionamento generalista pertinente neste sentido ocorre com relação às demandas em saúde mental trazidas pelos sujeitos aos diferentes serviços da área. Gomes (2009), em seu trabalho com equipamentos de saúde mental para adolescentes, identificou as emergências (tentativas de suicídio), casos de promoção e prevenção, prejuízos na vida do adolescente (por exemplo, deixar de ir à escola) dentre algumas demandas que são características dos casos que precisam de atendimentos nesta rede de serviços. Assim, algumas demandas trazidas pelos sujeitos são da ordem da saúde mental e, não necessariamente, específicas para um profissional ou outro.

Ainda para Creek (2002), é neste momento da avaliação que o terapeuta ocupacional entra em contato com aspectos do usuário do serviço. Dentre eles, são elencados as habilidades e interesses, as áreas de disfunção, saldo das atividades

de vida diária, mudanças ocorridas recentemente nas ocupações do sujeito, o potencial para mudança e a motivação, além da volição para se alcançar os objetivos e expectativas identificadas.

Os resultados do presente estudo mostraram que os aspectos afetivos dos usuários são muito valorizados no momento da avaliação inicial, como se pode observar nos depoimentos a seguir.

Acho que tem uma carência afetiva bastante grande, um rompimento com a vida produtiva, com papéis na família, conseguir ter uma rotina (...) e isso foi se quebrando com a questão do adoecimento (P12).

Eu acho que a necessidade é atenção e afeto (...) todo mundo tem aquele estigma com a pessoa que acabou enlouquecendo (P10).

Alguns estudos como os de Câmara e Pereira (2010) e Souza et al. (2008) abordam o afeto como uma necessidade de qualquer sujeito para seu pleno desenvolvimento como indivíduo. Quando privado de demonstrações de afeto, as manifestações psicossintomáticas de estresse, de morte, de desconfiança, entre outras, podem aumentar. Assim, a necessidade de afeto está entre os aspectos que a pessoa com problemas de saúde mental pode demandar. A demanda afetiva é algo experimentado também no ambiente familiar, ainda segundo os mesmos autores, de forma frágil e, por vezes, ausente.

Como coloca Campos (2001), a complexidade das demandas trazidas aos serviços de saúde mental exige uma articulação do trabalho entre profissionais para tentar dar conta de cuidar das pessoas e não apenas de seus sintomas. A fala a seguir pode elucidar tal questão.

ah, olha eu vou usar até uma palavra nada técnica, tá, mas eu acho que é esse olhar carinhoso que a TO tem, esse olhar de acolher as pessoas. Eu acho que isso eu vejo um diferencial nosso, de tentar olha essa pessoa. Porque aquele velho jargão de olhar como um todo eu não sei... a TO tem uma visão tão acolhedora pra algumas coisas que eu acho que isso ajuda muito no trabalho (P12).

O aspecto relacional está presente nas falas das participantes e pode também ser observado em outros estudos. Como aborda Marcolino (2009), nas entrevistas realizadas em seu estudo, o elo afetivo que liga terapeuta e usuário nos primeiros contatos caminha em um sentido da relação humana, da busca de um sentir, no que envolve a relação terapêutica. Esta última se diferencia de outras relações humanas, pois nela há mediações éticas singulares. Fala-se, então, de relação, dessa

possibilidade de estar com o outro e, no caso da terapêutica, poder cuidar do indivíduo.

O terapeuta ocupacional, preocupado com os afetos presentes na relação com seus usuários, dialoga de maneira fluida com a política de humanização, eixo norteador das políticas recentes de saúde mental. O cuidado realizado a partir do afeto, do cuidado à pessoa e não à sua doença, não descarta a técnica presente em sua prática, ou seja, estas podem coexistir. O que acontece é que as pessoas por vezes costumam dicotomizar essas duas possibilidades. De acordo com Ayres (2004), a coexistência entre o afeto e a técnica é possível e, inclusive, desejável.

Também apareceu nos relatos das participantes a identificação de questões relacionadas com a vida diária como necessidades importantes dos usuários que procuram os serviços.

A maior necessidade é a higienização deles, que era péssima (P9).

Tem muitos pacientes que precisam desde o autocuidado, que você precisa trabalhar, né? As atividades de vida diária, outros não! (P2).

A partir destes relatos, é possível identificar a íntima ligação que as profissionais e os serviços fazem entre as atividades diárias e a terapia ocupacional. As AVDs compreendem as atividades fundamentais para a sobrevivência, até os aspectos mais complexos do cuidado pessoal e da vida de forma independente, segundo Hagedorn (1999) e estão intimamente relacionadas com o cotidiano das pessoas, seus hábitos e suas formas de vida.

Existem três categorias de tipos de ocupação para Creek (2002), e são elas: autocuidado, lazer/ brincadeiras e trabalho. A primeira delas envolve as atividades que tornam o indivíduo hábil para sobreviver e que promovem e mantêm a saúde. Assim, tratam-se das atividades físicas básicas (como comer, dormir, realizar a limpeza do ambiente) e das funções de sobrevivência (como cozinhar, vestir, fazer compras). A segunda categoria envolve as brincadeiras na infância e o lazer na vida adulta, que normalmente estão relacionados a novos aprendizados para as crianças e à satisfação individual para os adultos. A terceira e última está relacionada com a produtividade da pessoa, sua manutenção financeira e, inclusive, da sociedade. As dificuldades na realização destas atividades no cotidiano das pessoas estão relacionadas com um dos focos de trabalho da terapia ocupacional e sua

contribuição na vida dos sujeitos, que por algum motivo estão com dificuldade para realizá-las, temporária ou definitivamente.

A autonomia e independência na realização das atividades no cotidiano dos sujeitos também apareceram como uma necessidade a ser trabalhada pelo terapeuta ocupacional nos serviços visitados, como sinalizam as falas a seguir.

Precisa ter mais autonomia pra fazer as atividades (P2).

Eu acho que a principal necessidade é a busca da autonomia, a busca da inclusão social (P3).

Eu acho que é muito a questão da autonomia do adolescente (...) talvez a possibilitar a ter mais vivências dentro da vida, da rotina dele mesmo (P6).

Ela precisa ser cuidada, ela precisa do ambiente que ela vai fazer tudo com autonomia e independência (P10).

Em alguns dos depoimentos, houve uma íntima ligação entre as características do grupo atendido e as necessidades ligadas aos mesmos, ou seja, do trabalho do profissional centrado nos déficits, como exemplificado a seguir.

Eles vêm por problema de coordenação motora (...). Às vezes uma agitação, problema de comportamento. A questão da socialização no caso dos autistas (P8).

A maior característica é realmente a dificuldade motora. (...) tem aumentado os casos, principalmente de crianças mais novas, relacionados a comprometimentos psiquiátricos (P7).

Eu percebo assim, muita dificuldade na questão da aprendizagem (P4).

A maioria, o problema é social (P1).

Vale salientar que os serviços em que as principais queixas giram em torno de aspectos motores, como a coordenação motora, são serviços inseridos na rede de saúde mental na organização municipal da cidade, e cuidam de sujeitos com demandas outras que não somente relacionadas à saúde mental. Nestes serviços, a maioria dos profissionais enfoca seu trabalho na área física e até o serviço possui esse norte.

A inserção social e a socialização/ interação também aparecem como necessidades a serem trabalhadas, não somente pelo terapeuta ocupacional, mas como meta para os atuais serviços de saúde mental, dentro das novas perspectivas de atenção e cuidado.

O maior desafio hoje no CAPS é trabalhar mesmo a questão da reinserção social (P2).

(...) que a TO vê é trabalhar essa pessoa pra inclusão social (P3).

No caso é tentar incluir, integrá-los novamente à sociedade (P4).

(...) uma pessoa teve uma depressão e agora... muito grave e agora tá voltando e precisa reinserir (P11).

Então a gente tenta incluir essa pessoa nos serviços na comunidade, integrá-la mesmo ali (P12).

Então eu vejo como isso, como uma outra terapêutica, mas que possa facilitar essa comunicação, essa expressão, essa socialização com os outros adolescentes (P6).

Autores como Benetton (2006) compreendem que o objetivo final da terapia ocupacional é a inserção social, mediada pela construção de um cotidiano investido pela realização de atividades com o terapeuta ocupacional. E tornar o sujeito potente para a vida em sociedade é premissa para a profissão. Muitos serviços de saúde mental hoje também trabalham a partir desta perspectiva, o que se revela como algo positivo. E, como defende a autora, não se trata de uma reinserção social, em que o meio deve adaptar-se ao sujeito, mas sim dar possibilidades ao sujeito de se inserir no meio social onde a vida também acontece.

A perspectiva da reabilitação psicossocial de Saraceno salienta que a reinserção social da pessoa com transtorno mental também depende da ampliação do apoio da rede social deste sujeito, além das potencialidades por ele adquiridas para a vida em sociedade (LUSSI, et al., 2006).

A ociosidade é também reconhecida como uma demanda a ser explorada pelo terapeuta ocupacional, observada principalmente pelos demais membros da equipe, como mostram as falas a seguir.

(...) eles ficam muito tempo ocioso. E sem interação (P1).

(...) eu tô percebendo que esse paciente tá muito ocioso, ele não tá conseguindo fazer as suas atividades (P4).

Ah, ela não está fazendo mais nada, vamo mandar pra TO! (P12).

Relacionar a terapia ocupacional à ocupação ao mesmo tempo em que traz consigo uma conotação pejorativa, requer a consideração de que as ocupações são foco da terapia ocupacional quando pensadas em cotidianos significativos para as pessoas. Porém, este ainda se configura como aspecto que necessita ser explorado, principalmente junto às equipes, de forma que o papel do terapeuta ocupacional não se confunda com a identificação de ocupação para o sujeito. Este é um ponto importante observado pela equipe, via senso comum, de indicação para TO, e precisaria ser melhor qualificado.

Um recente estudo investigou a visão de médicos psiquiatras a respeito da atuação do terapeuta ocupacional em ambulatórios de saúde mental em uma cidade

do interior de São Paulo. Neste, foi observado que ainda prevalece a visão de que a “terapia ocupacional ‘ocupa’ os pacientes e os coloca para trabalhar” (PEREIRINHA et al., 2011, p. 12, destaque do autor). É importante sinalizar que esta visão traz à tona os elementos do tratamento moral, em que o trabalho era a forma de organizar as instituições onde os pacientes psiquiátricos se encontravam. Apesar de esta perspectiva estar ultrapassada no modelo de cuidado presente nos serviços na comunidade que têm como premissa a inserção social dos indivíduos, ela ainda aparece na compreensão de outros profissionais da equipe em relação ao trabalho do terapeuta ocupacional. É fundamental que os terapeutas ocupacionais se empenhem em modificar esta compreensão, tanto do ponto de vista da prática no cotidiano dos serviços, como do ponto de vista teórico por meio da realização de estudos que se debrucem na investigação desta questão.

Alguns relatos identificam o desempenho na realização das atividades, os hábitos, a rotina e o cotidiano como demanda específica para o terapeuta ocupacional.

(...) talvez a possibilitar a ter mais vivências dentro da vida, da rotina dele mesmo, pra ele poder ter um amadurecimento (P6).

É uma pessoa que tá sem... com o mínimo das suas funções do cotidiano, do seu dia-a-dia, descaracterizadas, ahn... ahn... que mesmo uma necessidade de ter uma rotina, de estabelecer um hábito (P3).

Eu sempre nas avaliações, eu costumo conversar bastante sobre a questão da rotina, de hábitos, de vida prática e é aonde você vê mesmo as perdas. E eu acho que quando teve muito perda em rotina, em cotidiano (...) (P12).

A coordenação motora, os aspectos ligados à reabilitação das mãos e à área física – em serviços que fazem atendimentos destas demandas, ou seja, não específicos de saúde mental e que também se preocupam com o atendimento dessas necessidades – também requerem atenção do terapeuta ocupacional.

E hoje elas conseguem identificar muito a dificuldade de coordenação motora fina como direto pra TO. Porque a questão motora ficava primeiro vinculada a fisio. Hoje elas sabem diferenciar o que é da TO, o que é da fisio (P7).

Bom, a parte física, que é mais fácil a parte da saúde física, que é mais fácil. A questão de adaptação, ambiente, adaptação pra AVD, parte de mão, né, pra mim (P11).

Neste tipo de serviço que atende demandas que vão além das necessidades de saúde mental, mas que estão alocados na área de saúde mental na divisão dos equipamentos de cuidado do município, o atendimento à coordenação motora e a

aspectos relativos à atenção aos membros superiores, foi identificado como específico do terapeuta ocupacional. A atenção oferecida neste tipo de abordagem se caracteriza pela fragmentação do cuidado, inclusive pela fragmentação do sujeito por especialidade.

Como propõe Campos (2001), numa discussão ampliada, a fisioterapia cuida dos membros inferiores, enquanto a terapia ocupacional se preocupa com as mãos. Esta também é uma concepção de terapia ocupacional no campo da disfunção física ultrapassada, mas que ainda aparece na compreensão da equipe e dos próprios terapeutas ocupacionais.

Problemas relacionados ao comportamento e a suas diversas manifestações apareceram como área de atuação do terapeuta ocupacional.

Às vezes uma agitação, problema de comportamento (...). A questão da estereotipia, né, uma coisa meio esquisita. Aí a escola acaba mandando pra gente avaliar e atender e até para orientar eles, né, como fazer com uma criança assim (P8).

De acordo com as participantes, os outros profissionais que compõem as diversas equipes identificam circunstâncias em que a intervenção da TO se faz necessária como nível de cronicidade, dificuldade na verbalização, depressão, necessidade de ocupação, estereotipias. Uma das entrevistadas identificou a não existência de encaminhamentos de outros profissionais para a terapia ocupacional. Os relatos abaixo explicitam estes resultados.

*Esse é pra TO? (risos) Quando ele é bem esquisito! Como dizem os outros profissionais daqui (P8).
O que eu percebo também na equipe... naquele paciente que tem uma dificuldade maior na verbalização, né? Aquele paciente também um pouco mais cronicado, então ele... isso também acaba sendo critério mais... pra trabalhar com a terapia ocupacional (...) (P2).*

Quando questionados sobre os indivíduos que devem receber o atendimento em terapia ocupacional a partir dessas demandas identificadas, algumas falas sinalizam que a maioria ou até a totalidade dos sujeitos por eles atendidos são sujeitos potenciais para o atendimento da terapeuta ocupacional, como mostram os depoimentos a seguir.

Nunca teve nenhuma criança que tivesse sido encaminhada que não tivesse precisado do atendimento (P7).

E... porque na verdade muitas... a TO é muito metida, né. Assim, tudo ela quer resolver... não é? Então é difícil. Eu até brinco com as meninas. É difícil paciente que elas encaminham e não (fica)... (P7).

Que eu acho que a maioria aqui... a terapia ocupacional é benéfica, entendeu? (P2).

Um perfil de usuário que tem indicação para admissão nos atendimentos de terapia ocupacional foi identificado por algumas participantes, mas não explicitado por elas. Uma participante identificou um perfil para o atendimento de terapia ocupacional que aborda aspectos elegíveis para a entrada dos usuários nos serviços. Estes resultados são demonstrados nos relatos a seguir.

No caso, o paciente vindo pra cá, aí assim... vamos supor, um outro profissional encaminha pra cá, olha eu acho que esse paciente seria interessante fazer terapia ocupacional, acho que tem perfil de terapia ocupacional, aí eu vô tá avaliando e vendo se ele é realmente perfil pra cá. Assim, tá? (P4).

Adolescentes com déficit cognitivo, intelectual que tem dificuldade na aprendizagem, em diversas atividades do dia a dia dele, acho que é assim. No geral são esses mesmos. É difícil falar num perfil, mas assim abrangendo tudo (P6).

Observa-se que o perfil identificado para o atendimento de terapia ocupacional se relaciona a necessidades cognitivas e à estruturação do cotidiano. Para Creek (2002), qualquer sujeito com problemas e dificuldades em seu fazer é e pode ser um cliente potencial para o atendimento do terapeuta ocupacional.

Considerando a colocação da autora, compreende-se a dificuldade das participantes em definir um perfil específico para o atendimento de terapia ocupacional, uma vez que as pessoas encaminhadas para este profissional provavelmente apresentam dificuldades no seu cotidiano. Essa situação gera inclusive um desafio a ser abordado: caso haja uma superlotação dos serviços e, muito provavelmente, por se tratarem de pessoas com transtorno mental em situação crônica, não haverá um processo de alta breve.

Neste contexto, assim como para a terapia ocupacional, os serviços e suas equipes precisam ter clareza em relação aos objetivos a que esta instituição se propõe ao cuidar dos sujeitos que a procuram e ao perfil de clientela a ser atendida. Estas características auxiliam o percurso do sujeito na linha de cuidado em saúde mental e no oferecimento de atendimentos coerentes com a necessidade de sua clientela.

A população-alvo da terapia ocupacional é aquela que vive uma posição e uma problemática de exclusão social intensa, muitas vezes desgarrada da rede

social. O sujeito-alvo está colocado à margem de um cotidiano pessoal e/ou social (BENETTON, 2006). E é com essa posição de exclusão social que a terapia ocupacional lida no dia a dia do processo terapêutico nos serviços, rodeada por sujeitos com inúmeras dificuldades.

Assim, nesta subcategoria, os dados revelam que as demandas levantadas pelas participantes como primordiais e que aparecem no encontro terapeuta-usuário no momento da avaliação são diversas e estão próximas do que a literatura aponta como aspectos a serem levados em consideração durante o processo de avaliação do terapeuta ocupacional.

Uma reflexão importante seria acerca da identificação das demandas trazidas pelos usuários e sua valorização no momento da inclusão e oferta de uma ou outra modalidade assistencial no serviço. Nem sempre essas necessidades são levadas em conta e vê-se uma oferta de modalidades já existentes no serviço, as quais nem sempre corroboram com o que a pessoa realmente precisa. Ainda, há formas de realizar esta aproximação com tais demandas, fase do processo que será abordado na próxima subcategoria.

5.3.3 Avaliação da terapia ocupacional

A partir das demandas identificadas pelas participantes como prioritárias ao atendimento do terapeuta ocupacional, foram identificadas em seus relatos algumas formas de avaliação realizadas pelo profissional e que serão elucidadas a seguir por meio de trechos extraídos dos depoimentos.

Para que a discussão seja iniciada, recorre-se aos pressupostos de Hagedorn (1999). A autora entende que o processo de terapia ocupacional se refere à sequência de ações realizadas pelo TO para tratar um cliente. E este processo envolve algumas etapas por ela identificadas como coleta de informações sobre o paciente e sua situação; avaliação destas informações; definição dos objetivos da terapia; estabelecimento de prioridades para a ação; escolha da ação necessária e sua implementação e avaliação dos resultados alcançados.

Para a autora, a “avaliação inicial deve ser vista como um meio para atingir um fim e pode ser formal ou informal, pode ser utilizada uma única vez ou

sequencialmente, e pode utilizar uma larga variedade de técnicas” (HAGEDORN, 1999, p. 36).

Apesar da avaliação inicial ser uma forma de resolução de problemas em qualquer profissão, para a mesma autora, o que a diferencia é ser realizada pelo próprio profissional. No caso da terapia ocupacional, quando o TO realiza a avaliação inicial esta tem um diferencial, pois ele emprega a combinação de experiência profissional, conhecimentos, habilidades e valores para implementar essa prática da terapia ocupacional.

Para Neistadt e Henry (2002), a avaliação pode ser caracterizada como momento de coleta de informações que os profissionais de saúde usam para identificar problemas relacionados à saúde dos clientes. A mesma pode ser dividida em avaliação inicial, durante o tratamento e na alta.

Ainda nesta temática, Creek (2002), identifica três estágios no processo de terapia ocupacional: a avaliação, o tratamento/intervenção e a reavaliação. Para esta autora, a avaliação é a base da intervenção e pode apresentar dois estágios, o inicial e o detalhado.

Referências, como Dornelas e Galvão (2007), indicam que boa parte dos terapeutas ocupacionais realiza essa avaliação inicial de maneira informal, por meio da observação e de conversas estabelecidas durante os primeiros encontros, o que permite ao profissional se aproximar das dificuldades e das potencialidades deste sujeito.

Durante as entrevistas, as participantes utilizaram palavras diversificadas para denominar o momento do contato inicial do profissional com o indivíduo e suas necessidades, dentre elas anamnese, triagem, avaliação inicial ou acolhimento, a depender do local onde a profissional estava alocada ou mesmo como ela entende este elemento do seu processo de trabalho, como mostram os relatos a seguir.

*(...) tem a triagem (...) todos os pacientes que chegam aqui (...) não vão para a TO atender. (...) geralmente faz uma avaliação, quem faz isso é a enfermeira ou a assistente social ou se já vem encaminhamento da UBS para psicólogo, (...) a psicóloga faz essa primeira triagem. (...) Eu tenho um horário por semana para triagem (P6).
O critério no caso assim... eu realizo, né, uma avaliação, e vejo se a pessoa, a criança, né... vem o encaminhamento pra cá, aí a partir desse encaminhamento, eu vou avaliar e realmente ver se esta criança tem perfil pra grupo ou pra individual (P4).
E aí a gente acaba incluindo, nem que seja por um tempo de acolhimento ou por um tempo de uma avaliação maior, de mais ou menos um mês, pra que a gente tenha uma segurança maior de reiniciar o tratamento ou encaminhar pra outro serviço (P3).*

Ele é encaminhado para os grupos de acolhimento, ele passa três vezes no grupo de acolhimento, né? E se de fato ele aderir a esse grupo, é agendado depois do terceiro grupo, uma triagem (P5).

Em serviços substitutivos, notou-se, como trouxeram as falas apresentadas, que a avaliação é realizada pela equipe por meio de grupos de acolhimento ou momentos de acolhimento, não específico do terapeuta ocupacional. Em serviços ambulatoriais e hospitalares, a avaliação é realizada dentro da especificidade de cada profissional, a partir deste primeiro encontro.

Para Hagedorn (1999), a avaliação envolve técnicas incluindo métodos formais e informais, estruturados e não estruturados para se obter informações, negociar objetivos ou avaliar andamento de uma ação.

Uma definição de anamnese apontada por Santos et al. (2011) refere ser esta a primeira fase do processo que permite ao profissional de saúde, por meio da coleta de dados, identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar sua intervenção. Já uma definição do dicionário Rocha (1996) conceitua triagem como seleção, escolha.

O acolhimento, tema amplamente abordado atualmente pelos estudos a respeito da atenção básica, é definido por Campos et al. (2008b) e usado como uma estratégia de organização da atenção primária. Esta definição trata da forma de acolher e ouvir, diferentemente de triar, os sujeitos em suas necessidades no momento em que demandam e este pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber tais demandas.

Sendo assim, o acolhimento está mais para a possibilidade da escuta qualificada das demandas e necessidades do sujeito em sofrimento do que para a avaliação dentro do processo do terapeuta ocupacional. Mesmo em serviços substitutivos, onde a proposta de trabalho pode ser interdisciplinar, as especificidades não podem ser deixadas de lado, como já fora sinalizado por Campos⁶ (2007) citado por Benevides et al. (2010).

Dessa forma, o acolhimento é uma estratégia de receber o usuário no serviço, de possibilitar a escuta, utilizado por todos os profissionais e que requer, após este primeiro contato, uma avaliação específica do usuário pelas especialidades das quais necessita. Esta denominação estava mais presente em equipamentos

⁶ CAMPOS, G.W.S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2007.

substitutivos ou de apoio, onde a lógica interdisciplinar prevalece e a entrada do usuário no serviço não é direcionada para uma especialidade profissional ou outra, mas sim para que receba o cuidado em saúde mental.

Outra forma de avaliação dos sujeitos em terapia ocupacional, evidenciada por Benetton (2006, p. 91), é o diagnóstico situacional, que “por ser descritivo-analítico, o diagnóstico, deve ser feito durante todo o processo, possibilita a observação das etapas evolutivas da terapia”. Ou seja, é a descrição e a análise das condições sócio-emocionais que o indivíduo apresenta nos primeiros contatos com o terapeuta, que permitem conhecê-lo e possibilitam a aproximação entre eles e de seus desejos e necessidades. Porém, este tipo de procedimento não apareceu nos relatos das participantes desta pesquisa.

Considerando as diferentes denominações referentes ao momento do contato inicial do profissional com o indivíduo e suas necessidades, fica evidente que a denominação utilizada está relacionada à concepção do serviço. Ou seja, a depender do serviço onde o profissional esteja atuando, este momento tem uma denominação diferente, como mostraram as falas anteriormente colocadas.

Para ilustrar, no trabalho de Gomes (2009), a diferenciação da nomeação do momento do primeiro encontro entre profissional e usuário em serviços de saúde mental para adolescentes foi delimitado da seguinte forma: Os novos usuários em Unidades Básicas de Saúde eram recebidos por meio de uma primeira consulta, via grupo ou agendamento individual, grupo de escuta (nomeados pelos trabalhadores de triagem, primeira escuta ou acolhimento, embora sua função seja a mesma para os entrevistados), plantões de acolhimento. Na unidade de atendimento específico ao adolescente, o termo “acolhimento” identificou o primeiro contato com os usuários no serviço. Nos centros de saúde, há uma entrevista de recepção ou uma triagem para receber estes novos sujeitos no serviço.

Como conclui a autora, embora as formas de denominação sejam diferentes, o objetivo é o de receber estes novos usuários dos serviços, ouvir suas demandas e realizar o devido encaminhamento necessário a cada caso.

Com relação a reavaliações, apenas o equipamento ambulatorial que cuida da faixa etária infanto-juvenil apresentou esse procedimento dentro do processo terapêutico como um todo, tanto para a continuidade do processo dentro da instituição e conhecimento das demandas que ainda precisavam ser trabalhadas

como para futuros encaminhamentos da criança e do adolescente para outros serviços que atendam suas necessidades ainda existentes.

Em relação às demandas específicas para o atendimento em terapia ocupacional, as participantes do presente estudo citaram as áreas de desempenho; a rotina, os hábitos e o cotidiano; os aspectos cognitivos; a organização e interesses; as atividades de vida diária e instrumentais, entre os aspectos avaliados pelos terapeutas ocupacionais na saúde mental.

O depoimento a seguir mostra este aspecto.

Então de AVDs, de cuidados, de autonomia, de independência, esqueci de falar essa parte. Mas é... essas coisas quando eu falo de cotidiano, de rotina, é isso daí. O que que ele tá dando conta da própria vida. Então, é isso que eu chamei de cotidiano. Então, eu avalio essas questões que normalmente, os outros profissionais não se atentam muito a esses aspectos (P12).

Com relação ao uso de protocolos estruturados para avaliação do usuário nos serviços de saúde mental, a totalidade das participantes não faz uso de instrumento estruturado específico de terapia ocupacional, como mostram os relatos a seguir.

*Mas protocolo, eu acabo usando só pra demência mesmo (P11).
Eu não tenho nenhum protocolo, eu pego ali um pouco de tudo que eu já tive um pouco de experiência e tento avaliar. (...) Não uso, não uso (protocolos) (P6).
Eu não tenho nenhum roteiro, eu faço na hora (P9).
É uma coisa que assim, existe, né, a avaliação, mas ela não é tida formal (...). Acho que até é interessante a gente pensar nisso... (P2).*

O uso de instrumentos padronizados para avaliação das necessidades do usuário, inclusive, foi identificado como assustador, como uma possibilidade de criar atritos e dificuldades na relação com a equipe, como relatado por uma das participantes.

Faz um ano e meio, que eu já me organizei aqui. (...) vamos fazer um protocolo, acho que isso assusta um pouco. Assim né, devagarinho a gente vai pondo um pouco as ideias novas (P8).

Por este motivo, uma grande parte das profissionais acabou por elaborar, algumas em conjunto com as equipes, outras não, um roteiro para avaliação inicial destes usuários, para aplicação no momento da chegada ao atendimento, como mostram as falas a seguir.

*A triagem é uma avaliação estruturada pela equipe (P5).
Eu acabei fazendo a minha avaliação. Então vou colocando os itens que acho que são mais importantes (P4).
Olha, eu até tenho uma avaliação de TO que no início eu fiz (...). (P12).
Eu não gosto muito de avaliar, de seguir roteiro (P4).*

O uso de protocolos e avaliações padronizadas vai depender, muitas vezes, do quadro de referência e do método utilizado pelo profissional em sua prática. Essa não utilização pode ser identificada como certa resistência, talvez pela não existência de instrumentos padronizados sensíveis à complexidade do sofrimento mental e da abordagem psicossocial, pela inexistência de protocolos e de estudos que os revelem como ferramentas potentes na assistência em saúde mental, por uma opção metodológica do próprio profissional.

A não utilização de instrumentos padronizados para a realização da avaliação do usuário não significa distanciamento das técnicas e tecnologias para o exercício profissional. No contexto da pesquisa, fica evidente que esta prática está relacionada tanto à informalidade das ações dos profissionais dentro das equipes e à informalidade do processo de escutar e receber o sujeito desejante e necessitado de terapia ocupacional. No entanto, é importante sinalizar a importância dessa informalidade na práxis desse profissional, já que se lida muitas vezes com demandas não mensuráveis de cotidianos dos sujeitos.

Neste sentido, a própria experiência e bagagem profissional possibilitam a construção paulatina e o desenvolvimento de critérios, independente do alicerce de determinado protocolo e o próprio caminho trilhado pela dupla terapêutica aliado a um olhar clínico apurado aponta para os avanços e retrocessos construídos.

A partir do relato de uma das participantes apresentado a seguir, percebe-se que o uso de roteiros de avaliação não é indicado em alguns serviços por diversos motivos, dentre eles a cronicidade dos casos e a quantidade de tempo do profissional no serviço, quando é extenso, para a participante, não justifica a necessidade do uso de instrumentos, pois o indivíduo avaliado tem dificuldades para seguir as perguntas através de um roteiro.

Aí eu faço uma avaliação normal, né, pra poder... noção de cor, noção de forma, se ele lembra, se ele tem lembranças da família, onde ele morou, porque muitos que vem pra cá já vem de outros hospitais. Então muitos nem lembram. Que mais? Tudo numa conversa, com eles tem que ser na conversa. Não adianta ter... seguir uma regrinha assim não (P9).

No Brasil, existe uma falta de instrumentos validados para uso que estejam de acordo com a realidade nacional, o que acarreta no uso da avaliação informal como uma primeira opção, como sinaliza Dornelas e Galvão (2007).

A partir desta reflexão, infere-se que há uma diversidade de formas possíveis para a realização da avaliação inicial de um usuário pelo terapeuta ocupacional. As participantes do presente estudo apontaram esta diversidade, como alguns depoimentos evidenciaram nesta seção.

Como mostrou a descrição do campo desta pesquisa a partir de um levantamento histórico (CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO PARA O SUS, 2011), os profissionais que ingressavam na rede de saúde mental não tinham conhecimento relacionado às diretrizes de seu trabalho, ficando muitas vezes com poucos ou sem instrumentos que pudessem apoiar e direcionar o desenvolvimento de suas práticas. E essa afirmação possibilita a reflexão acerca das possíveis justificativas para a não utilização de alguns instrumentos de avaliação e o encontro de formas alternativas para sua realização, por exemplo.

O momento da avaliação também foi identificado pelas participantes como sendo contínuo durante o processo do atendimento do terapeuta ocupacional. Algo que não pode ser realizado em apenas um encontro, mas sim durante a relação e o vínculo estabelecido entre terapeuta e usuário.

*Eu costumo ir, como eu te disse, avaliando conforme eu vou fazendo o atendimento (...) vou avaliando as dificuldades nos atendimentos com algumas atividades propostas (P7).
Você não consegue fazer uma avaliação, duas, três, você vai fazendo a avaliação durante um mês você vai percebendo (P9).*

Algumas falas evidenciaram a importância da avaliação para a inserção do usuário no serviço e o adequado encaminhamento do usuário para outros serviços, de níveis de complexidade diferenciados, entendendo que a avaliação realizada tem como principal objetivo planejar este caminho do sujeito pela linha de cuidado.

*Principalmente pra saber se a gente vai dar conta de ficar com esse usuário aqui ou se a gente vai encaminhar (P11).
Ou quando o caso é mais grave, encaminhamento (P13).*

O diagnóstico clínico em alguns casos é levado em conta no momento da avaliação do profissional para a entrada ou não do usuário no serviço. Em outros

equipamentos, no entanto, as profissionais deixam clara a opção a não utilização desta classificação como um critério para a entrada no serviço.

É... A gente não trabalha com a questão do diagnóstico, né? Esse diagnóstico vai para a TO, mas a gente vai percebendo de acordo com a necessidade do paciente. A gente percebe essa necessidade da terapia ocupacional... (P2)

Porque você aprende muito sobre doença, você aprende muito sobre patologia, muito muito muito. Olha, hoje um paciente chega e você conversa 10 minutos e você já faz diagnóstico do paciente. Você consegue fazer, você não põem porque não pode. Mas a gente faz o diagnóstico, a gente vê o que o paciente precisa como tá lidando (P9).

São grupos de atividades, mas eles é... não é por diagnóstico, demandas, mas eu vou meio que separando por características... demandas individuais, mesmo (P12).

Terapeutas ocupacionais não estão primeiramente preocupados com o diagnóstico ou a aplicação de um modelo médico, mas sim em fazer o trabalho dentro de diferentes ambientes em que esteja inserido, onde o seu papel principal está em analisar a relação entre saúde, doença e o efeito delas nas funções ocupacionais dos sujeitos (YARWOOD; JOHNSTONE, 2002). É por este motivo que o diagnóstico clínico nem sempre é o grande motivador para indicação ou a permanência do sujeito na terapia ocupacional, mas sim suas dificuldades em realizar suas atividades em seu cotidiano, independente da patologia.

Para Benetton (2006), faz parte da situação identificada pelo terapeuta ocupacional, não somente o que o médico analisa, mas o que todos que convivem com aquele sujeito que necessita ou deseja a terapia ocupacional sabem sobre o mesmo. Ou seja, o diagnóstico é importante no momento da avaliação e no início do processo terapêutico, mas não somente ele.

Neste estudo, verificou-se que as demandas individuais do sujeito, como sinaliza a fala anterior da participante 12, são os aspectos que direcionam o processo da terapia ocupacional nos serviços visitados. O diagnóstico não apareceu como o que define se o sujeito permaneceria ou não na TO.

O momento da avaliação dentro do processo de trabalho do terapeuta ocupacional ainda é identificado de formas diversificadas e particulares, a depender do local de inserção do profissional.

Porque assim, eu faço uma avaliação e a outra TO faz de outro jeito (P8).

Ah, sim, em saúde mental, alguns tipos de perguntas. No caso da criança na escola, de déficit de atenção. Então aí sim, eu sigo... eu mesma vou perguntando. Então, né, são avaliações diferentes (P4).

Esta diversidade de formas, ao mesmo tempo em que nos traz um panorama de não uniformidade, revela um campo informal, que faz parte do momento de avaliação inicial deste usuário. A observação e a conversa compõem este momento do processo de trabalho de iniciação de um vínculo terapêutico.

O tempo de experiência do profissional também é um aspecto válido, como sinaliza Hagedorn (1999), já que os métodos intuitivos de avaliação inicial, baseados na experiência e no julgamento profissional entram como um fator importante. No relato a seguir pode-se observar este fator presente.

(...) na verdade eu não sigo muito, acho que eu tô há muito tempo (...) eu não tenho um papel pra seguir não. Individual, eu faço...(P9).

Na mesma direção Creek (2002), pontua que a experiência do profissional também pode influenciar nos métodos de avaliação eleitos pelo terapeuta ocupacional no momento da avaliação inicial.

Argumenta-se que a experiência clínica do profissional pode trazer instrumentos técnicos e subjetivos que auxiliam o terapeuta a realizar sua avaliação, como, por exemplo, estar atento a demandas não necessariamente verbais ou na forma como ele acessa estas demandas para o atendimento em terapia ocupacional.

Os equipamentos que evidenciaram uma lógica de trabalho interdisciplinar possuem o que nomeiam de grupos de entrada. O usuário entra no serviço não por meio de avaliação específica de alguma profissão, mas por critérios estabelecidos pelo próprio serviço e pela equipe.

A compreensão desta etapa do processo de trabalho do terapeuta ocupacional, a avaliação do usuário, foi identificada como forma de conhecer o usuário, traçar objetivos para plano de tratamento, como forma de iniciar o vínculo, como lógica de encaminhamento, sendo que a totalidade das falas sinaliza a importância deste momento para qualquer início de processo terapêutico, como mostram os depoimentos a seguir.

(...) (pausa) eu acho que é o momento pra gente conhecer esse paciente. Não dá pra falar que é só na avaliação, porque a gente vem conhecendo esse paciente ao longo dos atendimentos, do vínculo. Mas eu acho que é um momento muito importante pra gente já iniciar um vínculo. Acho que se a gente não acolher bem essa pessoa, né... Eu acho que na saúde mental, a maioria chega com essa necessidade de ser ouvido. Então você precisa ali tar atento, aberto pra ouvir, pra acolher mesmo. Porque muitas vezes eles precisam, né, eles não conseguiram ser ouvidos até chegar lá, né. E pra conhecer mesmo, quem é essa pessoa,

esse perfil, conseguir tirar dali algumas diretrizes pro atendimento. Então eu acho que é um momento único ali pra gente conseguir identificar um monte de coisas (P12).

O momento de avaliação, nossa, acho que é muito importante, uns dos mais importantes. Principalmente pra saber se a gente vai dar conta de ficar com esse usuário aqui ou se a gente vai encaminhar. Geralmente, quando chega pro NASF é porque o pepino já tá um pouco maior. Então a maior parte a gente encaminha mesmo. Mas, acho que o momento da avaliação é o momento de você descobrir a demanda, de você descobrir porque o paciente tá ali, o que que tem muitas vezes por trás do que já foi construído desse estigma, que a equipe já fez, ou que é... o que até o próprio usuário já fez sobre ele mesmo. Então é um momento... é um momento curto, né, mas é um momento da gente tentar desvendar aí e o que que acontece e em que que a gente pode tentar ajudar (P11).

Estas colocações corroboram os estudos de Creek (2002). Para a autora, a avaliação inicial tem quatro funções: é a oportunidade de o terapeuta julgar se a pessoa se beneficiará ou não do processo de terapia ocupacional, é o início da formação do vínculo com o usuário e identificação dos interesses do cliente, o momento de fornecer uma fotografia geral das habilidades funcionais do cliente e, por último, a produção de uma base de dados. Dados estes que estão ligados à identificação dos principais problemas e pontos positivos, à determinação dos objetivos da intervenção e à sugestão de estratégias e métodos adequados para alcançar os mesmos.

Foi observado que a não admissão do usuário no serviço pelos terapeutas ocupacionais se dá quando as principais necessidades identificadas abordam questões mais emocionais do que o fazer em si. Frente a esta situação, o usuário é encaminhado ao atendimento de psicologia do equipamento, como nos revelam as falas selecionadas a seguir.

(...) no caso, a não inclusão. Então assim, é... quando eu vejo assim, por exemplo, esse paciente, o perfil, são questões mais assim eu vejo que emocionais. No caso da criança, tá com problema assim mais emocional. Então assim, eu falo que nesse momento não seria pra TO, seria pra psicologia (P4).

(...) agora eu não sei como que eu vou te falar isso, mas é... algumas questões eu acho que seriam... o que eu mais identifico que não é na TO mesmo que seria mais pra psico é algumas coisas que eu acho que precisa ir mais nas causas de... lá eu trabalho com psicanalistas né, então eu fiz uma extensão de Freud, então onde eu acho que a coisa é um pouco mais profunda, que precisava mais de... lá a gente não faz análise, né, mas uma psicoterapia, uma coisa que vai dar uma... mexer ali que eu acho que no grupo de TO a gente tem uma certa limitação que eu acho que precisaria (P12).

Essa separação delimitada pelas participantes com relação à divisão do trabalho do terapeuta ocupacional com a psicologia traz aspectos que merecem um destaque.

Como sinalizam os relatos das participantes, quando o usuário traz problemáticas relacionadas ao cotidiano e ao fazer, suas demandas estão mais relacionadas com a TO, o que justifica a inserção dele no serviço junto à atuação das terapeutas ocupacionais. Não que necessidades ligadas ao cotidiano não possam remeter a dificuldades e implicações emocionais.

Este fazer deve estar inserido em um contexto favorável para que o sujeito possa realizar suas atividades cotidianas de forma a possibilitar o ganho de sentido para estas atividades. E é através de uma postura ativa e de experiência que o terapeuta ocupacional permite este movimento durante seu processo com seu paciente (ETIENNE⁷, 1991 apud BENETTON, 1994).

Neste contato íntimo com o cotidiano, há uma ligação estreita com o social, objetivo também da terapia ocupacional, já que a vida não acontece em *settings* fechados, mas sim no dia a dia das ruas, das casas, da vida. E provavelmente essa seja a diferença encontrada nos relatos das participantes, diferenciando a atuação do terapeuta ocupacional e a do psicólogo.

A abordagem ao cotidiano dos sujeitos e sua vida fora dos equipamentos, foco do trabalho do terapeuta ocupacional, não foi abordado como sendo um aspecto a ser trabalhado dentro das ações específicas do profissional. Apesar de a inserção social ter sido identificada como uma demanda e um objetivo do terapeuta ocupacional, ainda existe uma desconexão entre atuação profissional institucional e aplicação real no cotidiano e na vida dos sujeitos destes aspectos trabalhados durante o processo terapêutico.

A seguir, será possível entrar em contato com as formas de atendimento do terapeuta ocupacional para cuidar de demandas identificadas junto dos usuários.

5.3.4 Formas de atendimento do terapeuta ocupacional: como se faz?

De acordo com Campos (2001), um número pequeno de trabalhos no campo da saúde no Brasil levantou a importância da clínica e o atendimento nos serviços públicos de saúde, especificamente, das formas de atendimento ao usuário de

⁷ ETIENNE, A. L' activité in Amérique Du Nort: evolution vers unescience de l' occupation. *Journal d' Ergothérapie*. Paris, v. 3, n. 2, p. 48-50, 1991.

saúde mental. Este silêncio não pode ser negado, afinal muito diz da situação encontrada em serviços que se responsabilizam pela substituição de uma lógica dita manicomial. Desta forma, ressalta-se a importância de trabalhos como este para identificar as práticas da clínica na área da saúde mental.

Ainda para a mesma autora, chama-se de clínica às práticas, não somente médicas, mas de todos os profissionais que lidam no dia a dia com diagnóstico (etapa que envolve a avaliação inicial), tratamento, reabilitação e prevenção secundária. O que chama a atenção é que para fazer uma clínica que cuide dos sujeitos em suas necessidades é preciso negar ou até idealizar a doença que ali exista. A subjetivação dessas demandas que chegam aos serviços é o aspecto sólido que justifica o trabalho em equipe e a atuação de forma a compartilhar responsabilidades dessa clínica.

Foi apontado pelos terapeutas ocupacionais que, tendo realizado a avaliação do usuário nos serviços de saúde mental em questão, o profissional faz a tomada de decisão a respeito de quais modalidades assistenciais serão oferecidas para o usuário, dentro das necessidades expressas ou se o mesmo será encaminhado para outro serviço. Como já fora abordado, essa decisão, a depender do serviço em que o profissional esteja, é realizada individualmente ou em equipe.

O que se percebe nos serviços de saúde mental é que existem atividades que já fazem parte da rotina institucional. Muitas vezes o usuário chega ao equipamento, realiza a avaliação e é encaminhado para participação em atividades que já existem. Sustenta-se que a função de uma avaliação é oferecer instrumentos ao profissional para a tomada de decisão frente às necessidades expostas pelo sujeito e percebidas pelo profissional para o cuidado e inclusão da pessoa em modalidades assistenciais de cuidado. Argumenta-se que às vezes, os serviços precisam criar novas atividades que atendam às novas demandas que os sujeitos apresentam.

A inclusão da pessoa em serviços a partir da inserção em atividades já existentes na instituição foi visualizada, mostrando a não existência de modalidades assistenciais que atendam necessariamente à demanda que o sujeito apresenta ao profissional no momento da entrada no equipamento. Esse fator pode acabar não atendendo às necessidades específicas de cuidado da pessoa que se apresenta ao profissional.

Foram descritas várias formas de atendimento do terapeuta ocupacional, como mostram as falas seguintes.

Porque como nossa função é dar apoio, e não atender (P11).

Mas o processo de TO individual eu não tenho não, com nenhum (P10).

A gente então tem os atendimentos individuais, na maior parte do meu tempo aqui (P6).

Eles [outros profissionais] acabam relacionando mais o trabalho do terapeuta ocupacional às oficinas mesmo, né? (P5).

Eu me vejo como um técnico de referência também dessa pessoa. Então acabo... quando esse paciente não é... eu vou discutir com a referência, vou colocar minha opinião não apenas como um TO e sim como uma profissional do CAPS, como um profissional da saúde mental (P3).

A depender do tipo de serviço em que o profissional está inserido, as formas de estar com o usuário e com a equipe podem mudar. Como salientam os relatos anteriores, elas podem se dar por meio do apoio matricial, da assistência em si, de ser profissional de referência, da realização de oficinas terapêuticas. Além disso, o terapeuta ocupacional também pode assumir a coordenação dos serviços, o que se caracteriza como uma forma de estar com o usuário. No caso desta pesquisa, esta forma não foi abordada, entendendo que, para compreender o processo de avaliação, estar na gerência do serviço distanciaria o profissional desta prática.

Nos equipamentos em que a lógica de trabalho é identificada como interdisciplinar, as principais formas de atendimento do terapeuta ocupacional envolvem grupos de atividades e oficinas terapêuticas, podendo ser estas atividades desenvolvidas em corresponsabilidade com outros profissionais, como mostram os depoimentos a seguir.

Então eu tenho, por exemplo, um grupo com alguém. Que sou eu que coordeno, claro que as vezes eu coordeno e tem uma psicóloga junto. Tem outros que eu tô junto, mas a psicóloga que coordena, e eu tô como co-coordenadora, né, vamos dizer assim. Então, e... Ai no caso, por exemplo, que a gente fica mais a frente são as oficinas, né... grupos de atividade, ah... qual outra coisa? Na triagem, que a gente faz, aí num grupo terapêutico, que a psicóloga que coordena, mas a gente participa, né? E... (P2).

Por que, o resto da equipe, eles já até têm uma visão de que o que se faz nas oficinas é atendimento de TO. É engraçado, por que inclusive a gente tem oficina que nem TO não tem, né? Tem algumas oficinas que eu não participo nem a A. [terapeuta ocupacional]. A gente tem algumas enfermeiras que são bastante habilidosas assim, né? Então a gente tem oficina que é conduzida pela enfermagem e pela assistência social. Mas elas acabam falando: ai, é... Oficina de TO, né? Mas não tem TO na oficina. Então elas têm essa ideia de que realizou atividade é terapia ocupacional, mesmo que não tenha uma terapeuta ocupacional no local (P5).

As profissionais que compõem as equipes nas unidades básicas e, em sua maioria, os atendimentos ambulatoriais, realizam atendimentos aos usuários em formato individual.

Observou-se que os grupos, em alguns equipamentos, são estratégias para responder ao aumento considerável do número de atendimentos semanais dos

profissionais, sugeridos pelos gestores como forma de avolumar os procedimentos realizados, como mostra o relato a seguir.

Uma coisa ruim, mas que acabou sendo boa porque aí virou meio que uma obrigatoriedade, porque a partir do momento que eram atendidas 5 crianças por dia, passaram a ser atendidas 25 às vezes, porque faziam né grupos e isso mudou muito. E aí a cara do serviço hoje é outra. Só que fica realmente em atendimento individual quem precisa mesmo do atendimento individual (P7).

Ainda mais que eu vejo que eles não estão acostumados com atendimento em grupo e o que a gente pode mais oferecer é atendimento em grupo, que não tem profissional suficiente pra toda a demanda. Então eu vejo a questão da atividade e do fazer, principalmente na demanda principal que eu te falei que são mulheres, do lar, que se sentem sozinhas, que não tem muitas vezes ocupações, um processo que facilita essa comunicação, esse vínculo, que eles já não gostam... (P13).

Na maioria dos serviços substitutivos, existem espaços para grupos, sejam eles de verbalização, de terapia ocupacional, de trabalho corporal. O cuidado que se deve tomar é para que, caso os profissionais que os realizem percam a clareza dos objetivos do grupo, ele possa se tornar um espaço banalizado, sua justificativa possa ser somente o número de atendimentos, que é maior do que se os usuários fossem atendidos individualmente e a singularidade dos casos possa ser degradada (CAMPOS, 2001).

A literatura evidencia que o uso da ferramenta grupal na história da terapia ocupacional acompanha o próprio desenvolvimento da profissão desde as instituições asilares. Nos anos 1930, nos Estados Unidos, os grupos eram vistos como ferramenta terapêutica, não apenas como meio econômico de colocar vários usuários em um mesmo ambiente, mas também como forma de proporcionar a socialização. Sendo assim, de acordo com os dados deste estudo, a utilização dos grupos pelo terapeuta ocupacional é fato expressivo. Porém, como aponta Maximino (2001), a vantagem econômica que o uso dos grupos parece apresentar continua para muitos como principal motivação.

Para Brunello (2002, p. 9)

Nessa dinâmica de se “fazer junto” nos grupos de terapia ocupacional, cabe ao terapeuta analisar o complexo processo que se cria, considerando a dinâmica que se instala no processo de interação entre os integrantes do grupo e a realização de uma atividade.

Alguns estudos vêm abordando a questão da utilização dos grupos em terapia ocupacional e em saúde mental, dado o

[...] elevado índice de terapeutas ocupacionais que utilizam a abordagem grupal em saúde mental, devendo estes profissionais conhecer os benefícios da abordagem e das maneiras mais eficazes de explorarem recursos possíveis nos grupos (CUNHA; SANTOS, 2009, p. 134).

Os achados deste estudo convergem com tal afirmação, já que a utilização da ferramenta grupal foi identificada como pertencente aos procedimentos do terapeuta ocupacional, embora as formas de atendimento não tenham sido aspectos abordados de maneira aprofundada neste estudo. É importante sinalizar a possibilidade de estudos futuros que abordem tal temática.

Algumas entrevistadas relataram a importância da diversificação das atividades oferecidas aos usuários, a fim de mantê-los envolvidos e motivados a continuar seus tratamentos. Esta é uma habilidade que o profissional necessita, ou seja, conhecer uma variedade de técnicas e atividades para poder analisá-las e, juntamente com o usuário, eleger a que trará maiores benefícios a ele. O relato a seguir mostra a importância da diversidade de atividades no repertório do terapeuta ocupacional.

A gente poderia diversificar as atividades. O que eu poderia falar de melhor? Eu acho que é isso. Acho que a gente precisa estar sempre se atualizando (P6).

É no momento da avaliação inicial que as demandas para atendimento começam a aparecer na relação terapeuta-usuário. E é com estas necessidades, específicas do TO e de seu conhecimento a respeito da realização da avaliação do sujeito, que acontece a tomada de decisão a respeito de qual seria a melhor forma de cuidar de tais demandas que começaram a emergir neste contato.

Como foi abordado, nem sempre essa decisão perpassa apenas pelo campo da TO, mas também é influenciado por demandas institucionais como, por exemplo, volume de atendimentos exigido por alguns gestores. Uma questão importante que se coloca é: frente às demandas do usuário acessadas pelo profissional no momento da avaliação, a forma de atendimento oferecida está respondendo às mesmas ou apenas cumprindo indicações institucionais?

Vale ressaltar que a fase do tratamento no processo de trabalho do terapeuta ocupacional não foi alvo deste estudo, portanto, não foi aprofundada. Na subcategoria apresentada a seguir será abordada a formação do profissional para a realização da avaliação do usuário e sua atuação nos serviços de saúde mental.

5.3.5 Formação profissional

A formação profissional foi um aspecto abordado pelas participantes como fator que influencia a forma como o profissional realiza o processo de avaliação dos usuários, principalmente no que diz respeito ao profissional iniciante.

É importante lembrar que se fala neste estudo da atuação do terapeuta ocupacional na área específica da saúde mental, uma das mais tradicionais e fundamentadas tanto na teoria quanto na prática, historicamente.

A parte prática da formação profissional, ou seja, os estágios supervisionados e as disciplinas aplicadas foram identificados pelas participantes como os momentos do desenvolvimento profissional em que a avaliação foi sendo abordada e solidificada na formação, como ilustrado nas falas a seguir.

Assim, na faculdade, em relação a tudo. Área física, a saúde mental... acho que tudo isso contribuiu e muito né pra tar... porque assim, eu passei por várias experiências, tanto em saúde mental como em área física, até mais saúde mental do que área física. Então todas essas experiências aí nesse momento, acho que contribuíram muito pra que eu pudesse construir esse processo de avaliação com o pacientes e acho que me preparou para isso (P4).

(...) a parte teórica, o conteúdo teórico, mas acho que auxiliado... junto com o... com a questão da prática supervisionada mesmo. Que a hora que realmente tem... (...) tem algumas coisas que ficam, né. Que às vezes é... eu tive um professor em especial muito bom da parte de laboratório, que fazia uma avaliação muito legal. Então tem coisas que até hoje eu lembro dele fazendo (P7).

A formação generalista do profissional terapeuta ocupacional foi apontada pelas participantes de forma tanto positiva como negativa, influenciando na realização da avaliação de um usuário, como mostram os relatos a seguir.

Como TO tem muitas áreas, né, a gente pode atuar em um monte, tem um leque, tem uma gama. Então eu acho que principalmente a formação universitária ela nos mostra vários caminhos, mas ela não especifica nenhum. A gente tem... não é uma pincelada, a gente tem uma parcela de cada especialidade. Então ao mesmo tempo que isso pode ajudar, isso pode atrapalhar. E eu acho que nós somos muito formados para clínica (P12).

Eu acho que a TO, sempre achei, que a TO é uma profissão muito generalista né. Acho que nada é específico, pelo menos na minha formação nada a gente focou muito. É sempre muito generalista (...) (P13).

A formação generalista capacita o profissional para atuar em diversas áreas, mas ao mesmo tempo permite pouco aprofundamento na especificidade de cada área de atuação. Argumenta-se que este fator pode repercutir no uso de

instrumentos padronizados de avaliação ou mesmo em um modelo de avaliação mais sistematizada, advindos de linhas específicas de formação aos quais as participantes se referem. Ou seja, a formação generalista pode acarretar falta de preparo na utilização de instrumentos ou modelos de avaliação de áreas específicas.

Por outro lado, para cuidar de demandas cada vez mais subjetivadas, como a clínica substitutiva se propõe, como lembra Campos (2001), a formação super-especialista fica estreita e tenciona as barreiras disciplinares.

A título de exemplo, atualmente, o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (2007) sinaliza a importância de formar profissionais generalistas e não especialistas, humanistas, críticos e reflexivos. O campo disciplinar da especialidade, almejado em algumas falas das participantes, percorre um caminho contrário a este. Após a aproximação do jovem profissional com as diversas possibilidades de atuação generalista, a escolha da especialidade pode ser natural, tendo sido absorvidos já algumas características importantes, significativas em processo terapêutico como já abordado.

É na especialização/educação continuada que o terapeuta ocupacional pode aprofundar seus conhecimentos e especificar sua formação. Isto ficou evidente em alguns relatos.

Só pós- formação que a gente acaba tendo uma preferência (P13).

Olha, eu acho que grande parte da minha bagagem pra avaliação é do... eu aprendi no aprimoramento. (...) Então, eu acho que era um processo de avaliação bem detalhado, que eu aprendi a observar muita coisa (P11).

Aí eu fui atrás da especialização, de conhecer melhor a área, porque lógico a gente tem as práticas, mas não era o meu foco. Então acho que foi mais na especialização mesmo. No trabalho, na prática, de lá logo depois de entrar no ambulatório, uns oito meses depois eu entrei aqui. Então aí buscando mesmo com a prática e com a especialização (P12).

Este é o momento de especialização do profissional, momento de escolha da especificidade do caminho que irá seguir na área de atuação eleita, seja em aprimoramentos, aperfeiçoamentos, especializações, mestrado ou doutorado.

Algumas lacunas durante a graduação foram levantadas como tendo influenciado a forma como o profissional age durante o processo de avaliação do profissional, como mostra o depoimento a seguir.

Eu acho que na graduação, a gente acaba tendo muita falha. Eu acabei tendo assim, porque é a inexperiência, poucos pacientes, enfim. Mais teoria, pouca prática. Então acho que isso, essa bagagem, eu tive no aprimoramento (P11).

Há algumas hipóteses que podem explicar estas lacunas. Argumenta-se que a mais significativa se refere ao fato da prática profissional ficar restrita, na maioria dos cursos, somente aos estágios supervisionados. No entanto, aponta-se também que pode não ocorrer o aprofundamento de questões teóricas de forma suficiente. Uma tendência atual na formação de profissionais da saúde é o uso de metodologias ativas de aprendizagem, em que o estudante é inserido desde os primeiros anos em eixos da prática, onde vivencia o contato com o paciente desde o início de sua formação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2007). É possível que esta estratégia responda a demanda trazida pelas participantes com relação à prática profissional.

A capacitação/atualização do profissional já formado e inserido em algum serviço foi um ponto levantado pelas participantes como importante, já que qualifica o profissional para sua prática.

O limite pessoal do profissional foi abordado, no que diz respeito não à formação, mas a limitação pessoal frente aos desafios de avaliação de um usuário ou mesmo à atuação em diferentes áreas, como a saúde mental ou a física, como expresso na fala a seguir.

[...] eu vou ser muito sincera com você. Eu venho de uma área, né? Que não tem nada a ver com saúde mental, e nunca gostei de saúde mental, nunca pensei em trabalhar em saúde mental, desde os primeiros anos de faculdade eu sempre gostei de reabilitação física, de saúde física. Nunca me interessei por nada que pudesse ser feito na saúde mental, então, acho que por ironia do destino, né? (P5).

O trabalho em outra área de atuação que não a escolhida pelo profissional desde sua formação inicial pode ser comprometido, caso o profissional não tenha experiência requerida para o exercício do cargo. E, neste sentido, o profissional pode passar por um sofrimento, como discute Gomes (2009, p. 42), a angústia de 'nada saber'. Esta insegurança pode repercutir no atendimento, na produção de saúde ao usuário e na própria produção de saúde do trabalhador.

Este profissional ainda pode aprender mais sobre a atuação específica em áreas afins, mas o esforço deve ser grande e de aprendizado. E como evidenciado na fala anterior, é possível que esta situação aconteça e que influencie na prática profissional.

Como foi possível observar, estas cinco subcategorias (trabalho em equipe, demandas para atendimento em terapia ocupacional, avaliação da terapia

ocupacional, formas de atendimento do terapeuta ocupacional e formação profissional), até aqui abordadas, se relacionam com o processo de avaliação do terapeuta ocupacional.

A forma como este profissional está inserido na equipe influencia o momento da avaliação. Em uma equipe que trabalha de forma multiprofissional, a decisão quanto à avaliação e a critérios de entrada ou não no serviço ocorrerá de forma individualizada. Já nas equipes aos moldes interdisciplinares, essa decisão é compartilhada pelos membros da equipe e o terapeuta ocupacional participa com aspectos de seu núcleo profissional.

Por último, foi explorada a formação do terapeuta ocupacional especificamente no que se refere ao conteúdo relacionado à avaliação das pessoas que necessitam de seus cuidados em saúde mental. Identificaram-se como os aspectos da formação generalista e da educação continuada estão diretamente relacionados com a avaliação realizada por este profissional.

A seguir, será dada continuidade a discussão das demais categorias identificadas a partir do conteúdo das entrevistas realizadas neste estudo.

5.4 Papel da terapia ocupacional

Quando se atenta para as falas no que diz respeito ao papel que a terapia ocupacional assume nos equipamentos participantes desta pesquisa, alguns apontamentos caracterizam tanto a *práxis* deste profissional, quanto aos desafios encontrados no cotidiano das instituições.

A compreensão do papel da terapia ocupacional pela sociedade ainda caminha para sua afirmação, como indicam as falas a seguir.

Não! Não houve casos de encaminhamento, né? Acho que, aqui, como em outros serviços também, eu tenho essa dificuldade de compreensão, né, do trabalho do terapeuta ocupacional, eles acabam relacionando mais o trabalho do terapeuta ocupacional às oficinas mesmo, né? (P5).

(...) pra começar, o papel da TO é fazer as pessoas entenderem o que que é o papel da TO. (risos). Eles não sabem né ahn... (P11).

As pessoas até hoje não sabem o que é terapia ocupacional. Até hoje. A gente se... nossos amigos que ali, os técnicos mas não sabem, não adianta. Até hoje. E outra, tem TO e tem fisio aqui. Você vai falar com o fisio lá, não sabe o que o TO faz. (...) Então eu percebo que tem um preconceito muito grande ainda com a terapia ocupacional (P9).

Ah, tem outra coisa que podia ser melhor, o entendimento das pessoas sobre quais as funções da TO. Que isso é uma coisa que assim... que eu luto, mas é... é uma constante

construção. Agora que as equipes tão conseguindo confiar um pouco mais. Até enquanto profissional de saúde mental. Então é uma construção sempre (P11).

Há situações em que esta compreensão equivocada (observa-se que é diferente de desconhecimento) sobre o papel do profissional pode gerar dificuldades nos equipamentos no que diz respeito a cobrir demandas, que são para o trabalho da terapia ocupacional, por outros profissionais.

Ninguém conhece o trabalho da TO. Infelizmente mas ainda é uma realidade. Melhorou muito eu acho, da época que eu me formei, mas ainda é muito difícil. Muitos, é... médico você acha? Na rede básica não conseguem enxergar que aquela criança precisa de TO e não de psicologia? Né, ou não de fisioterapia? Né, a gente hoje eu acho que tinha já que ter outra realidade. Mas, quem sabe um dia (P7).

Parece ainda haver imprecisões a respeito do núcleo profissional do terapeuta ocupacional, tanto para os membros das equipes quanto para os próprios profissionais. Tal aspecto está intimamente relacionado à formação do terapeuta ocupacional, assim como a contribuição deste profissional às equipes em que está inserido.

Foi possível identificar uma fragilidade das participantes com relação ao núcleo profissional da terapia ocupacional. Esta fragilidade esbarra no desconhecimento profissional, por exemplo, do quanto se consegue justificar dentro da própria instituição o que e porque estão sendo realizados determinados procedimentos, na justificativa de compra de alguns materiais, de contratação de novos profissionais e motivos para alta ou não das pessoas dos atendimentos de terapia ocupacional.

Nos equipamentos em que há uma lógica de trabalho interdisciplinar, entende-se como núcleo profissional do terapeuta ocupacional a realização de oficinas terapêuticas e grupos. Como as decisões estão sendo compartilhadas em equipe e há uma fragilidade do núcleo profissional específico, quais são as reais contribuições com relação ao raciocínio clínico do terapeuta ocupacional durante estes espaços de decisão conjunta?

Quando não se tem clareza sobre o núcleo profissional, não se sabe com o que se pode contribuir nas decisões compartilhadas para cuidado ao sujeito dentro de equipes de saúde, neste caso em saúde mental. Por mais que tenha havido

historicamente participação dos profissionais trabalhadores da saúde mental para ampliação de uma clínica centrada no sujeito, este aspecto não pode fazer com que haja um abandono do núcleo profissional.

A aplicação de atividades aparece em algumas falas como ação exclusiva do terapeuta ocupacional, incluindo sua sugestão pelo profissional ao usuário, como mostram os relatos a seguir.

E aí conforme for fluindo a atividade, eu vou falando assim, por que você não tenta tal atividade, vai ser bom pra você. E aí eu vou sugerindo, conforme for fluindo. Meu papel é esse (P10).

Pra TO especificamente, eu vejo mais como na atenção primária essa questão do uso da atividade como forma de expressão mesmo, que facilita muitas vezes (P13).

O papel da terapia ocupacional é referenciado por algumas participantes também como uma parte mais afetiva e relacional do processo de cuidado do usuário, como mostra o depoimento a seguir.

Olha, o meu papel aqui acho que é assim. Pra começar, dar atenção pros pacientes. Acho que... falar que dia é hoje, pra eles se sentirem um pouco orientados. O tanto que é difícil você quebrar o vínculo que você tem lá fora, com a sua família e estar num processo de adoecimento e num lugar tão estigmatizado como uma instituição psiquiátrica, um hospital psiquiátrico (P10).

O nível de comprometimento do adoecimento do usuário foi levantado como um aspecto que norteia a ação do profissional terapeuta ocupacional nos equipamentos participantes.

Ainda é muito difícil de entender o papel da TO. Então eu acabo ficando, né, com o pessoal mais comprometido, ou cognitivamente, na parte simbólica, como com as dificuldades de autocuidado. Com o pessoal que já teve uma ruptura um pouco maior aí com o fazer (P12).

Alguns relatos sinalizam que o papel do terapeuta ocupacional acaba sendo definido pela população que atende, pelos usuários que recebe, pela gravidade de ruptura com o fazer e pelas demandas que lhe chegam para o atendimento.

Aqui quando eu entrei, era só coordenação motora (risos). Entendeu? Como eu tenho especialização em saúde mental, aí eu comecei... a gente tem um radar né? (risos). Aí começou a aparecer uns invasivos, um monte de criança invasiva, autista, não sei o que... (P8).

Os grupos ainda são identificados como especificidade do TO. Sua execução, coordenação e idealização, como abordam a fala a seguir.

Mas, acho que a característica mais específica mesmo é da coordenação de um grupo. Então, se um enfermeiro vem junto comigo, uma assistente social vem junto comigo, a gente vai fazer junto, mas a referência maior daquele grupo é do TO (P3).

Um grupo é muito mais do que uma coleção de pessoas. Os objetivos do trabalho em grupo na terapia ocupacional são complexos e normalmente envolvem ensinar habilidades/práticas, encorajar emergência de confidências e melhorar interação social (FINLAY, 2002). Aponta-se que estas características evidenciam a potência do uso dos grupos em saúde mental. O terapeuta ocupacional é um profissional formado para exercer este tipo de atividade onde esteja inserido, sejam grupos de atividades ou de suporte, como diferencia a autora.

É importante salientar que não é somente em grupo que o terapeuta ocupacional se relaciona com seus usuários. E o grupo ser apontado como papel específico do TO pode trazer consequências ao serviço, inclusive com relação à compreensão equivocada da prática deste profissional. Tal situação pode ser exemplificada pela execução das oficinas terapêuticas, nas quais o TO seja o profissional responsável, por estar relacionada com a realização de atividades.

Na perspectiva do delineamento dos serviços de saúde mental pautados nas portarias recentes, esse tipo de atividade, como as oficinas terapêuticas, pode e deve ser realizado por outros profissionais da equipe. Quando apenas o terapeuta ocupacional se caracteriza como profissional responsável pelas ações da instituição que compreendem atividades, pode ocorrer uma interpretação incorreta do que se faz, a justificativa pelos meios (que são as atividades) e não pelo fim (inserção social, cotidiano significativo, dentre outras possibilidades).

5.5 Políticas públicas de saúde mental

Quando se aborda o tema das políticas públicas em saúde mental que norteiam as ações nesta área, ainda que fundamentais frente às modificações na estrutura da rede de serviços substitutivos, o desconhecimento a respeito das mesmas apareceu de forma significativa nos relatos das participantes.

Apesar da participação ativa dos terapeutas ocupacionais no processo de reformulação sanitária e reforma psiquiátrica nas décadas de 1970 e 1980, alguns deles (e possivelmente outros profissionais das equipes) deixaram de valorizar a aproximação com as políticas como algo que fizesse parte de sua atuação.

Essa desarticulação com as políticas também influencia as ações desempenhadas na clínica destes equipamentos que formam a rede. Estando as políticas embasadas em conceitos da reabilitação psicossocial, o direcionamento dessas práticas coincide (ou deveria) com estes preceitos (CAMPOS, 2001).

Com relação ao fator formação, é possível que o tempo de formadas influencie na aproximação da profissional com as políticas de saúde. Há 30 anos, a formação contemplava menos este tema do que nos dias de hoje, em que há uma preocupação importante das instituições formadoras com a inserção curricular das políticas públicas de saúde alinhando as demais áreas estudadas.

As diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional (2002) evidenciam que a formação deste profissional precisa contemplar ao estudante o conhecimento das “políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) e a inserção do terapeuta ocupacional neste processo” assim como a compreensão das “relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social”, bem como a participação na “formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social etc.) ou intersetoriais”.

Sendo assim, este conteúdo está previsto na formação do profissional, pelo menos a partir de 2002. Apesar de boa parte das participantes terem sido formadas depois deste ano, o desconhecimento a respeito das políticas pode ser um fator preocupante, quando se pensa, principalmente, na formação do profissional generalista para atuar em equipamentos privados ou, em sua maioria, públicos.

Observou-se que não há, inclusive, um entendimento pelas participantes de que exista a importância do profissional estar a par das políticas públicas (sanitárias e da saúde mental), as principais pelo menos, muito menos de participar de sua elaboração.

Um questionamento pertinente com relação a esta situação seria a respeito das pautas de discussão em reuniões de equipe de serviços de saúde mental. O quanto as mesmas, além de explorar os projetos terapêuticos de seus usuários,

discutem novas portarias e até mesmo políticas norteadoras em seus espaços de discussão?

O tempo no serviço não se configurou enquanto aspecto que possibilita ao profissional uma maior aproximação com estas políticas, afinal o desconhecimento perpassou a fala da maioria das participantes. Por outro lado, as profissionais recém-formadas, que aparentemente participaram de arranjos curriculares mais recentes, tiveram pouca ou nenhuma aproximação com as políticas e suas definições. Assim, os motivos que possam explicar o distanciamento das participantes com as políticas públicas de saúde mental não estão claros. Não se pode deixar de cogitar a especificidade desta região de saúde, havendo outras no Estado de São Paulo que demonstrem uma maior aproximação dos profissionais da assistência em si com as políticas públicas.

Os gestores são identificados como os grandes responsáveis por conhecerem as atuais políticas, não fazendo estas, parte da prática dos profissionais que estão na assistência. Este distanciamento do profissional com as políticas traz a falsa impressão de que os responsáveis por elas em nosso país não são aqueles que estão diretamente com os usuários e deles ouvem e sentem as principais necessidades emergirem. O relato de uma participante elucida tal situação.

Eu conheço assim (...) eu não conheço a fundo. Eu sei que existem as políticas, os lugares que atendem, mas a gente não é muito chegado nisso não, viu. A gente sabe pra onde tem que encaminhar, pro CAPS mental, mas assim, a gente não tem muito contato. Quem tem mais é a coordenadora. A coordenadora que participa das reuniões, de tudo. Ela vem da reunião e passa pra gente. A gente não tem muito esse contato não. Então alguma coisa a gente conhece (P9).

Este aspecto influencia de tal forma a atuação dos profissionais sendo possível visualizar o esvaziamento de fóruns profissionais, populares e de controle social. Esses espaços têm como uma de suas funções a elaboração e a fiscalização das políticas públicas, nesse caso as de saúde, já que se entende que políticas devem ser elaboradas pelos cidadãos de forma coletiva (ZAMBON; OGATA, 2011).

Um aspecto levantado por uma das participantes diz respeito à questão do envolvimento político e da práxis, apontando a falta de reflexão por parte da profissional a respeito deste envolvimento.

Acho que nada muito explícito isso. Acho que minha prática pode estar embasada nas políticas, mas eu não paro pra refletir sobre isso. Assim, se está enquadrado (P13).

A garantia de acesso ao atendimento foi entendida por parte das participantes como um aspecto da política que abrange o usuário de serviços de saúde mental. O acesso, garantido pelo SUS através da lei 8080/90, por meio do princípio da universalidade, não somente para usuários da saúde mental, como para todo cidadão brasileiro. Essa mudança paradigmática influencia as práticas de saúde, já que a saúde passa a ser direito do cidadão e dever do Estado, e não mais apenas dedicada aos que contribuíam com a Previdência Social.

A compreensão de que a saúde é para todos já é um começo, mas ainda distante de um ideal: do profissional que trabalhe baseado nas diretrizes de uma política pública de saúde e ofereça ao usuário o que esta indica como caminho.

De forma ainda pouco articulada, alguns relatos sinalizam a ligação entre políticas e a influência da reabilitação psicossocial, como descrito a seguir.

A questão da reinserção, né, do paciente. Esse é um foco que, assim, eu, eu venho batendo muito em relação a isso, venho questionando muito em relação a isso, tenho procurado ler muito sobre isso. Como que está acontecendo, o que estão fazendo, né? Por que eu acho que é uma coisa que... Que as vezes me incomoda um pouco, assim, a questão do paciente as vezes ficar muito tempo na instituição, né? De acabar ficando com essa dificuldade de estar reinserindo, né? E as vezes em uns momentos não é tanto a rede que fecha, né? Assim, não são os lugares que estão com as portas fechadas, mas é o paciente e a gente que as vezes não tá trabalhando muito isso. Em alguns outros momentos são os lugares também que fecham um pouco, né? Então... É uma coisa que eu venho pensando em trabalhar muito, assim. E que eu procuro estar vendo, estar lendo, essa questão mesmo da reinserção (P2).

Apesar de sensível à inserção social, como um eixo norteador das políticas e da clínica em saúde mental, a profissional não identifica como este aspecto se encontra colocado na política e como se fazer valer, principalmente através das ações dos profissionais.

Sendo assim, enquanto existir um precipício colocado entre a prática e as políticas públicas de saúde e de saúde mental, este desconhecimento se fará presente nas ações e nas discussões em equipe.

5.6 Desafios e dificuldades encontradas no trabalho

Dentre as dificuldades e desafios encontrados pelas participantes do estudo em seus contextos de trabalho, os mais diferentes foram elencados.

A falta ou pouca quantidade de recursos materiais apareceu em quase todas as falas como uma dificuldade a ser enfrentada. A dificuldade de compra, o não

reconhecimento por parte da gestão da importância deste tipo de material, a importância da diversificação dos mesmos ou até a inexistência deste tipo de recurso.

Só que a gente não tem material, né, o que dificulta esse nosso trabalho. Já faz um ano que a gente pede material, então esse grupo ainda está em projeto só. A não ser, a outra TO está conseguindo fazer um grupo através de reciclagem e doações. Aí às vezes acaba conseguindo, mas fica instável né. Muito instável (P13).

A inadequação do espaço físico onde os profissionais oferecem seus atendimentos também apareceu como dificuldade. Tanto por espaços que não comportam este tipo de atendimento, como salas mal adaptadas e com pouca possibilidade de adequação ou mesmo a não existência, como mostra o relato a seguir.

É em relação a esta questão... materiais eu até consegui... consigo sim, mas eu acho que essa questão de espaço físico, né. Que assim, a sala foi improvisada, que então a gente tá... e esse espaço agora, tentando conseguir esse espaço pra montar essa oficina, o grupo de álcool e drogas (P4).

A gente não tem recursos pra avaliar, não tem recurso material, não tem nem sala, nem espaço físico. Nada, na atenção básica (P11).

(...) o ambiente mesmo né não tá preparado pra algum tipo de... é diferente de quando você tem né tudo voltado pra aquela clientela. Então é isso que eu atendo, você tá preparado pra isso, o ambiente tá voltado pra isso. Então, é puxado. Mas é legal (P7).

Pensando na especificidade do terapeuta ocupacional, profissional que trabalha com as atividades para a compreensão e intervenção nas dificuldades encontradas pelo sujeito para viver um cotidiano mais saudável, os materiais e uma sala adequada são o mínimo para que o cuidado aconteça, como identifica Benetton (1994) para as condições de um atendimento em terapia ocupacional.

O reconhecimento do próprio trabalho apareceu nos discursos das participantes, evidenciado pela pouca valorização da ação do terapeuta ocupacional, tanto pela sociedade como pela gestão e profissionais dos locais onde estas estão trabalhando, como mostra o relato a seguir.

A questão de passar, né? O conhecimento de áreas de atuação da TO junto a equipe, que eu imagino que essa seja uma dificuldade de todos os serviços, de todas as equipes, né? O desconhecimento da terapia ocupacional, ninguém conhece, ninguém sabe o que faz. Sabem que faz atividades, né? (P5).

O recurso da improvisação foi identificado como essencial para estes profissionais, frente à dificuldade em relação a recursos materiais e físicos, como salienta a fala a seguir.

Que assim, a sala foi improvisada, que então a gente tá... e esse espaço agora, tentando conseguir esse espaço pra montar essa oficina, o grupo de álcool e drogas. E acho que as dificuldades no caso seriam essas. A questão do espaço, do... desse espaço físico mesmo. Porque em relação a... outras questões, eu acho que não (P4).

A falta de recursos humanos foi outro aspecto evidenciado pelas participantes. A falta de terapeutas ocupacionais na região ficou clara, como pode ser visto no levantamento de serviços e profissionais. Em alguns equipamentos, foi colocado o pequeno número de profissionais que formam as equipes multiprofissionais.

Há profissionais que têm preferência por outras áreas de atuação àquelas em que estão no momento. Até mesmo por uma limitação pessoal ou por formação, o que influencia a identificação e empatia com alguns casos que devem ser acompanhados.

O trabalho com as famílias foi uma dificuldade encontrada em alguns dos serviços visitados e que influenciam diretamente no processo de trabalho do terapeuta ocupacional.

Então eu vejo aí que o grande desafio está sendo esse... Trabalhar com as famílias também eu acho que é um desafio grande, né? Por que tem tanto familiar que ele tem aquele interesse, ele quer ajudar... Mas como tem familiar que quer... As vezes só a consulta médica, que não vê a necessidade de trabalhar outras questões, não que mexer, né, naquilo que já está fechado... Família, né? (P2)

O trabalho com as famílias é abordado por Campos (2001), na perspectiva de que a família é essencial no cuidado à pessoa que tem problemas de saúde mental e, obviamente, devam existir, na instituição familiar, condições relacionadas à produção deste sofrimento. A sensibilização dos profissionais, assim como sua formação para cuidar das famílias, são dois aspectos apontados pela autora que evidenciam a complexidade em lidar com elas no dia a dia dos serviços.

A produção de conhecimento oriunda da prática profissional do terapeuta ocupacional ainda é pequena no cenário nacional. Argumenta-se que a

sistematização do processo de trabalho da terapia ocupacional, sua validação e divulgação pode promover seu reconhecimento profissional.

Retomando a afirmação de Gutman (2011), a terapia ocupacional vem se preocupando em delinear sua prática em saúde mental. Para estar de acordo com as políticas públicas de saúde e contemplar as complexidades da pessoa com transtorno mental, a teoria da técnica precisa ser revista, recontada, explorada, investigada para que seja efetiva, de acordo com os direcionamentos políticos e que realize o que se propõem a fazer.

6 Considerações finais

O presente estudo teve como principal objetivo descrever o processo de avaliação utilizado pelos terapeutas ocupacionais para admissão de pessoas com transtornos mentais em diferentes equipamentos que compõem a rede de serviços de saúde mental. Apesar de descrever as particularidades de uma região de saúde específica, os resultados aqui descritos podem ser extrapolados para outras regiões de saúde do Estado de São Paulo.

Foi possível perceber que a totalidade das profissionais participantes desta pesquisa compreende essa fase do processo de trabalho, a avaliação inicial, como de extrema necessidade para início do processo terapêutico, para fortalecimento do vínculo com o usuário e como possibilidade de conhecer as demandas que essa pessoa, que por necessidade, procura o terapeuta ocupacional.

A grande maioria dessas profissionais adequou instrumentos e formas de avaliação para os locais em que estão inseridas, seja na atenção básica, ambulatorial ou hospitalar.

Pôde-se perceber que a população atendida pela terapia ocupacional é, em sua maioria, composta por pessoas com transtornos mentais crônicos e, principalmente, com dificuldades na realização das atividades de vida diária. Fazer a não admissão, como foi identificado, acontecia quando as necessidades principais eram pertinentes a questões emocionais, especificamente, com prioridade de atendimento do psicólogo. Nos serviços substitutivos, essa diferenciação das especialidades profissionais acontece de forma mais sutil, sendo os profissionais identificados como da saúde mental.

O terapeuta ocupacional, apesar de essencial nas equipes e sugerido nas políticas públicas como membro para compor as equipes de saúde mental, ainda encontra dificuldades em ser reconhecido e em se fazer reconhecer dentro dos serviços que foram contexto deste estudo, realidade perpetuada pelo número pequeno de profissionais contratados na região de saúde visitada.

No que diz respeito à formação profissional, capacitações realizadas após a graduação, sejam elas aprimoramentos, residências profissionais e especialização, foram identificadas como sendo potenciais e cruciais para o exercício da prática profissional, incluindo a realização da avaliação no processo terapêutico. Tal

aspecto sinaliza a importância de investimento na formação, ainda na graduação, para esta etapa do processo de trabalho, ainda que a prática seja a principal forma de ganho de experiência profissional para a realização de tal procedimento.

Apesar de estarem inseridas na rede de saúde mental e em contato com aspectos da política de saúde mental que norteiam a forma de funcionamento dos serviços e a assistência a pessoa com transtorno mental, as profissionais se mostraram pouco próximas a tais políticas. Tal constatação pode trazer reflexões acerca da organização dos equipamentos pesquisados, onde a responsabilidade em se conhecer as políticas públicas seja delegada apenas aos gestores do serviço, ressaltando a real dificuldade dos demais profissionais em se fazer valer das recentes proposições por meio de leis e portarias que auxiliam a rede de saúde mental a se concretizar de forma substitutiva, efetivamente. Uma das hipóteses poderia ser que esta característica seria restrita a região de saúde em questão, já que outras podem mostrar uma maior aproximação com as políticas públicas de saúde.

O desconhecimento, ainda, por parte de profissionais e gestores a respeito da terapia ocupacional, assim como uma visão distorcida de sua atuação nos serviços, gera tensões dentro e fora dos equipamentos. Alguns apontamentos importantes giram em torno dessa questão: por que este desconhecimento sobre o papel da terapia ocupacional? Os profissionais não estão conseguindo justificar sua presença nas equipes? O que falta para essa concretização acontecer?

Argumenta-se que estas sejam indagações que precisam ser feitas. É possível justificar a importância do terapeuta ocupacional em equipes de saúde mental, principalmente após as mudanças político-assistenciais, por meio das recentes portarias, compreendendo saúde e cuidado para além do simples tratamento. Mas um caminho ainda precisa ser percorrido no que diz respeito à especificidade deste profissional dentro das equipes.

A formação do terapeuta ocupacional generalista permite algumas aquisições que a formação tecnicista não possibilita. Acredita-se que sempre seja possível repensar como são realizadas algumas práticas e aqui cabe uma reflexão sobre a formação de novos profissionais. Está claro que a pós-graduação *latu-senso* realmente instrumentaliza o profissional em aspectos técnicos que a graduação não possibilita, porém o profissional graduado deve ser capaz de realizar procedimentos dentro do seu processo de trabalho de forma generalista. Um ponto de equilíbrio

pode ser pensado, entre generalista e tecnicista, de forma a contemplar tais necessidades identificadas neste estudo.

Assim, considera-se que este estudo pôde favorecer a caracterização da avaliação inicial, parte do processo de trabalho do terapeuta ocupacional, destes profissionais da região de saúde em questão e a forma como realizam suas práticas.

Alguns limites do estudo envolveram a possibilidade de trazer aspectos relacionados a uma região de saúde, mas que possivelmente estudos futuros poderiam revelar que tal diagnóstico regional poderia se expandir para outras localidades, considerando que esta pesquisa se localizou no Estado de São Paulo. Outro limite do estudo está relacionado ao fato do instrumento de coleta de dados (entrevista) não permitir uma participação maior do pesquisador na rotina de trabalho e institucional do sujeito participante, inclusive por uma limitação de tempo do curso. Outro percurso metodológico mais participante poderia ser sensível a alguns temas abordados, como a informalidade presente nas ações do profissional.

Para estudos futuros, podem-se remeter pesquisas que envolvam as formas de atendimento do terapeuta ocupacional em saúde mental e a tomada de decisão após a realização da avaliação inicial baseada na demanda apresentada pelo sujeito neste momento do processo de trabalho. Outro aspecto que poderá ser tema de próximas pesquisas envolve a formação profissional do terapeuta ocupacional e a compreensão das lacunas apresentadas pelas participantes desta pesquisa. Ainda, a possibilidade de aprofundamento maior no processo de avaliação em terapia ocupacional e a informalidade presente nestas ações.

Cabe salientar que, sendo o objetivo principal deste estudo a avaliação como parte do processo do trabalho e critérios para entrada do sujeito na terapia ocupacional, acabou-se por não aprofundar o processo terapêutico e o processo de alta em si. Porém, estudos futuros sobre tais aspectos são importantes e necessários, para uma profissão que se baseia na dinâmica do sujeito, em uma sociedade que muda e se adapta às novas realidades que se revelam.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F. O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*, v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./mar., 2009.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan-abri., 2009. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf>. Acesso em: 27/09/2010.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e soc.*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez., 2004.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 5. ed. Lisboa, Portugal, Edições 70, 5ª. Edição, 2009.
- BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional e sociedade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 10, n. 2/3, p. 69-74, mai/dez., 1999.
- BENETTON, M. J. *Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia ocupacional*. Campinas: Arte Brasil Editora/ UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.
- _____. Diálogos em psiquiatria. *Rev. Ceto*, v. 7, n. 7, p. 3-8, 2002.
- _____. *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. 1994. 190p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1994.
- BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.
- BRASIL. Casa civil. Lei no. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18/09/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, Brasília, ano VII, n. 11. Informativo eletrônico. out. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental.>>. Acesso em: 13/10/2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, Brasília, ano V, n. 7. Informativo eletrônico. jun.2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smddados.pdf>>. Acesso em: 21/09/2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-

sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria%204279%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010.pdf>. Acesso em: 06/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF – Núcleo de apoio a saúde da família (versão preliminar)*– Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf>. Acesso em: 18/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf>. Acesso em: 03/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 14p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no. 10708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei_10.pdf>. Acesso em: 27/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caracterização dos CAPS em I, II, III. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria GM 336-2002.pdf>>. Acesso em: 18/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no. 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em Saúde Mental. Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_224_92.p>. Acesso em: 18/09/2010.

BRUNELLO, M. I. B. Terapia ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica de papéis em um grupo de atividade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 9-14, jan./abr. 2002.

CALDEIRA, V. A. *Prática de terapia ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência*. 2009. 170p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2009.

CÂMARA, M. C.; PEREIRA, M. A. O. Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 730-7, dez., 2010.

CAMPOS, G. W. S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: CAMPOS, R. O. et al. (org). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 97-102.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S., GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008b. p. 132-153.

CAMPOS, R. O. et al. À guisa de conclusão: la clé des champs. . In: CAMPOS, R. O. et al. (org). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008a. p. 398-420.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago., 2001.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A. P. Saúde Mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S., GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 221-246.

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e conseqüências da utilização para a prática de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, v. 22 (Especial-Nefrologia), p. 554-7, 2009.

CAVALCANTI, M. T. et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev. Saúde Pública*, v. 43 (Supl. 1), p. 23-28, 2009.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO PARA O SUS/CDQ. Divisão Regional de Saúde III/DRS III. *Tecendo a Rede de Saúde Mental: desenvolvimento dos profissionais e reorganização dos serviços na Região do DRS III – Araraquara*. Projeto de Educação Permanente. 2011.

CHAVES, G. F. S. et al. Escalas de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 21, n. 3, p. 240-246, set./dez. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>. Acesso em 03/09/2011.

CREEK, J. *Occupational Therapy and mental health*. 3rd edition, UK: Churchill Livingstone. 2002.

- CUNHA, A. C. F.; SANTOS, T. F. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 17, n.2, p 133-146, Jul-Dez, 2009.
- D'AMICO, M.; JAFFE, L.; GIBSON, R. W. Mental health evidence in the American Journal of Occupational Therapy. *American J. Occup. Therapy*, v. 64, p. 660-669, July/August, 2010.
- DORNERLAS, A.; GALVÃO, C. Avaliação das habilidades psicossociais. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. pp. 102-105.
- ESCUDEIRO, C. C.; SOUZA, M. L. A. S. Saúde mental no Sistema Único de Saúde: mudança do modelo de atenção na região de Lins-SP. *Saúde e sociedade*, v. 18, supl. 1, p. 44-47, 2009.
- FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Soc.* São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010.
- FARIA, H. P. et al. *Processo de trabalho em saúde*. 2a. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- FINLAY, L. Groupwork. In: CREEK, J. *Occupational Therapy and mental health*. 3rd edition, UK: Churchill Livingstone. 2002. p. 245-264.
- FORNERETO, A. P. N. et al. Capacitação para o cuidado em saúde mental na atenção básica: a experiência na ARES Vila Isabel – São Carlos-SP. In: ENCONTRO DE SAÚDE MENTAL DE SÃO CARLOS, 4., 2009, São Carlos. *Anais do 4º Encontro de Saúde Mental de São Carlos*. São Carlos: Prefeitura Municipal, 2009. Apresentação oral.
- FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 06/01/2013.
- GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez., 2003.
- GOMES, N. A. *Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- GUTMAN, S. A. Special issue: effectiveness of occupational therapy services in mental health practice. *Am. Journal Occup. Therapy*, v. 65, n. 3, p. 235-237, may/june, 2011.
- HAGEDORN, R. *Fundamentos da prática em terapia ocupacional*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1999.

JAPIASSU, H. *O sonho transdisciplinar: e as razões da filosofia*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

JARDIM, T. A.; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na estratégia de saúde da família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 167-75, set/dez., 2008.

KLETEMBERG, D. F. et al. O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 63, n. 1, jan/fev., 2010. p. 26-32.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D.; MANTOVANI, M. F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da revista brasileira de enfermagem no período 1960-1986. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 10, n. 3, p. 478 – 86, dez., 2006.

LIMA, E. M. F. A.; GHIRARDI, M. I. G. Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 153-158, set/dez., 2008.

LUSSI, I. A. O. *Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral*. 2009. Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2009.

LUSSI, I. A. O., PEREIRA, M. A. O., PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 448-56, 2006.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 1, p. 61-71, jan/abril., 2008.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P., BARTALOTTI, C. C. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 63-80.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia ocupacional em Saúde Mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 3, p. 127-34, set./dez., 2002.

_____. Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 91-7, maio/dez, 1997.

MARCOLINO, T. Q. *A porta está aberta: aprendizagem colaborativa, prática iniciante, raciocínio clínico e terapia ocupacional*. 2009, 307f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*,; v. 62, n. 6, p. 863-9, Nov/dez, 2009.

MATTINGLY, C. A natureza narrativa do raciocínio clínico. Traduzido por MARCOLINO, T. Q. *Rev. Ceto*, v. 10, n. 10, p. 4-18, 2007.

MAXIMINO, V. S. *Grupos de atividade com pacientes psicóticos*. São José dos Campos: Univap, 2001.

MEDEIROS, M. H. R. Saúde Mental e a Terapia ocupacional: contexto atual. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 5, n. 1, p. 5-16, 1996.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIELKE, F. B. et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 265-276, jul./out. 2011.

MINAYO, M. C. S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: CAMPOS, R. O. et al. (org). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 15-20.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

MOSEY, A. C. *Occupational therapy: configuration of a profession*. USA: Raven Press. 1981.

NEISTADT, M. E.; HENRY, A. D. Introdução à avaliação e entrevista. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 9a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan/abril., 2005.

NICÁCIO, M. F. S. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. 2003. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS. Guía de intervención mhGap: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf>. Acesso em: 15/04/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: nova concepção, nova esperança. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/blob/143.pdf>>. Acesso em: 18/09/2010.

PAULUS, J. Novas formas de compreender e tratar doenças mentais. *Rev. Mente e Cérebro*, ano 17, n. 207, pp. 38-45, 2010.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998, 270p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pós-graduação em saúde coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRINHA, C. M.; BIANCHIN, M. A.; CARVALHO, A. M. M. Análise do conhecimento médico sobre a atuação da terapia ocupacional na psiquiatria. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 19, n.1, p 7-14, Jan/Abr, 2011.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan/mar., 2010.

QUINELLATO, L. V. *A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico assistencial privatista*. 2009. Dissertação. (Mestrado em International Management) – Fundação Getúlio Vargas, FGV, São Paulo, 2009.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia ocupacional e as novas formas do cuidar em Saúde Mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago., 2008.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface Comunic. Saúde. Educ.*, v.9, n.17, p.425-31, mar/ago, 2005.

ROCHA, R. *Minidicionário*. São Paulo: Scipione, 1996.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: MC Grow Hill, 2006.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. A importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-8, mar-abr., 2011.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. *Departamentos regionais de saúde*. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>>. Acesso em: 08/06/2012.

SIGELMANN, E. Tipos de pesquisa: aspectos metodológicos específicos. *Arq. Bras. Psic.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 141-155, jul./ set., 1984.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, v. 28, p.45-59, jul./dez. 2008.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *Boas práticas em Saúde Mental Comunitária*. Barueri, SP: Manole, 2010.

TSE, S.; PENMAN, M. From rhetoric to reality: Use of randomized controlled trials in evidence-based occupational therapy. *Austr. Occup. Ther. J.*, v. 47, p. 181-185, 2000.

UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; NEGRINI, S. F. B. M. *Terapia ocupacional: diferentes práticas em hospital geral*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ USP. *Terapia Ocupacional Brasil*. 1997. In: *Definições de Terapia Ocupacional*. Disponível em:

<http://www.salesianolins.br/areaacademica/materiais/posgraduacao/Livro_TO/DefinicoesTO.pdf>. Acesso em: 07/08/2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS/ UFSCar. *Curso de Terapia Ocupacional*. São Carlos, 2007.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 4, p. 890-7, 2011.

YARWOOD, L.; JOHNSTONE, V. Acute psychiatry. In: CREEK, J. *Occupational Therapy and mental health*. 3rd edition, UK: Churchill Livingstone. 2002. p. 317-334.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha de identificação do profissional participante

Participante no. _____

Data: ____/____/____

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () Feminino () Masculino

IDENTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

Local de trabalho: _____

Cidade: _____

Tempo no serviço: _____

Equipe profissional do local:

Este serviço é referência para algum outro município?

() Não.

() Sim.

Qual(is)? _____

Quantos atendimentos de terapia ocupacional você realiza aproximadamente por semana?

() Individual. Quantos? _____

() Grupal. Quantos? _____

() Avaliação/admissão/triagem/acolhimento. Quantos? _____

() Outros. Especifique.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Local e ano de formação:

Formação complementar:

() Não

() Sim. Assinale abaixo o item equivalente:

() Aprimoramento. Área: _____ Onde: _____ Ano: _____

() Especialização. Área: _____ Onde: _____ Ano: _____

() Mestrado. Área: _____ Onde: _____ Ano: _____

() Doutorado. Área: _____ Onde: _____ Ano: _____

() Outra: _____

Área: _____ Onde: _____ Ano: _____

Fez ou está fazendo curso(s) na área da saúde ou de interface?

() Não. Motivo _____

() Sim. Qual, ano de conclusão e como contribuem para seu trabalho?

Há quanto tempo trabalha na área da saúde mental?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

Participante no. _____

Data: ____/____/____

CONTEXTO INSTITUCIONAL

1. Como se dá o fluxo dos usuários neste serviço (entrada, acolhimento, processo de avaliação, encaminhamentos)?
2. Quais são os critérios institucionais, de inclusão ou não inclusão, para atendimento neste serviço?
3. Existe trabalho em equipe multiprofissional neste serviço?
4. Este serviço realiza reunião de equipe?
() Não. Qual sua opinião em relação a isso?
() Sim. Você participa? Qual frequência, finalidade, entre outros.

PROCESSO DE TRABALHO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

5. Quais modalidades assistenciais são desenvolvidas pela Terapia Ocupacional neste serviço, dentro da rotina semanal? Descreva-as detalhadamente.
6. Quais os critérios para a inclusão e participação do usuário em uma ou outra modalidade assistencial?
7. Qual é o papel da Terapia Ocupacional neste serviço?

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

8. Quais são as principais necessidades dos usuários atendidos pela terapia ocupacional?
9. Quais critérios você utiliza para caracterizar um usuário como potencial sujeito para atendimento de Terapia Ocupacional?
10. Quais critérios os outros profissionais utilizam para caracterizar um usuário como potencial sujeito para atendimento de Terapia Ocupacional?
11. Como são caracterizados os usuários atendidos pela Terapia Ocupacional? Patologias, quadros, entre outros.
12. Descreva o processo/procedimentos de avaliação para inclusão/participação do usuários nos atendimentos de terapia ocupacional nesse serviço.
13. Você utiliza em sua prática algum tipo de protocolo para avaliação dos usuários?
() sim () não
Caso a resposta seja afirmativa: Qual? Poderia descrevê-lo? Poderia me fornecer uma cópia?
Caso a resposta seja negativa: Por quê? E, qual tipo de avaliação você utiliza?

14. Quais são os critérios utilizados para NÃO inclusão de um usuário nos atendimentos de terapia ocupacional?
15. Existem demandas (institucionais, dos usuários/familiares, do município, entre outras) que você não consegue responder neste serviço? Quais? Por quê?
16. Você realiza registros referente ao processo de avaliação em prontuário?
17. Como você entende o momento de avaliação da terapia ocupacional de um usuário? Para que serve, o que significa, entre outros.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

18. Você conhece as principais políticas nacionais de Saúde Mental que norteiam as ações nesta área?
() sim () não () em parte
19. Como você utiliza seu conhecimento sobre as políticas nacionais de Saúde Mental em seu trabalho?
20. Você acredita que as ações desenvolvidas neste serviço estão de acordo com as diretrizes nacionais?
() sim () não () em parte
Por quê?
21. Você acredita que as ações desenvolvidas pela Terapia Ocupacional neste serviço estão de acordo com as diretrizes nacionais?
() sim () não () em parte
Por quê?

FACILIDADES, DIFICULDADES E DESAFIOS

22. Quais são as principais facilidades e dificuldades encontradas no seu trabalho?
23. O que você acha que poderia ser melhor no atendimento de terapia ocupacional neste serviço?
24. Quais são os desafios para a Terapia Ocupacional neste serviço?
25. Quais aspectos da sua formação auxiliam em sua atuação no que se refere ao processo de avaliação para a inclusão dos usuários nos atendimentos de terapia ocupacional?
26. Quais aspectos da sua formação atrapalham em sua atuação no que se refere ao processo de avaliação para a inclusão dos usuários nos atendimentos de terapia ocupacional?
27. Mais alguma consideração?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: “Critérios e práticas para admissão de usuários na Terapia Ocupacional: a entrada na rede de serviços de Saúde Mental”

Pesquisador(a) responsável: Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi

Instituição / Departamento: Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)/ Departamento de Terapia Ocupacional (DTO)/ Programa de Pós-graduação de Terapia Ocupacional (PPGTO)

Endereço do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Washington Luiz, Km 235

Telefone do(a) pesquisador(a) responsável para contato: (16)3351-9787/(16)9201-9710

Local da coleta de dados: Departamento Regional de Saúde III (Região de Saúde Central)

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Identificar os critérios de admissão utilizados pelos terapeutas ocupacionais para usuários de serviços de Saúde Mental em diferentes equipamentos que compõem a rede de serviços preconizada pelo SUS e caracterizar seu processo de trabalho.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder entrevista na presença da pesquisadora. Se autorizado, esta entrevista será gravada para posterior transcrição, caso contrário será feito registro manual.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você. Espera-se que o estudo contribua positivamente na construção de critérios técnicos de entrada dos usuários nos serviços de Terapia Ocupacional em Saúde Mental da região em questão e na ampliação do conhecimento e reflexões acerca da prática de terapeutas ocupacionais na área da Saúde Mental.

Riscos: A participação nesta entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, a não ser exposição do participante frente ao pesquisador.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador(a), eu _____,
RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

São Carlos, ____/____/____

Assinatura do sujeito de pesquisa ou
Representante legal

Assinatura do responsável pelo projeto

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com 1 via em meu poder.

Assinatura do sujeito de pesquisa ou
Representante legal

APÊNDICE D – Carta convite aos juízes

São Carlos, setembro de 2011.

Prezado colega,

Vimos através deste convidá-lo a contribuir para a adequação da entrevista a ser realizada pela pesquisadora Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi em sua pesquisa intitulada "Critérios e práticas para admissão de usuários na Terapia ocupacional: a entrada na rede de serviços de Saúde Mental", sob orientação da Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi no Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO/ UFSCar).

O convite é para que você, como especialista na área, julgue a pertinência e adequação ao tema das perguntas que compõem o roteiro de entrevista que será apresentado aos terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa. A pertinência deverá ser julgada tanto no que se refere ao conteúdo e abordagem quanto à forma de apresentação (redação, ordem, entre outros).

O estudo tem como objetivo descrever o processo de avaliação utilizado pelos terapeutas ocupacionais para admissão de portadores de transtornos mentais em diferentes equipamentos que compõem a rede de serviços de saúde mental. É esperado que o estudo contribua positivamente na construção de critérios técnicos da entrada dos usuários nos atendimentos de terapia ocupacional em serviços de saúde mental e na ampliação do conhecimento e reflexões acerca da prática de terapeutas ocupacionais na área da saúde mental.

Os participantes serão terapeutas ocupacionais que trabalham em diversos equipamentos de diferentes níveis de complexidade de uma região de saúde do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara, com no mínimo 6 meses de trabalho no local.

Trata-se de dois instrumentos: um de identificação do profissional participante e o outro com as perguntas da entrevista. Este último é composto por perguntas abertas acerca da temática e a mesma será realizada, presencialmente, pela pesquisadora. Sua contribuição será valiosa para o desenvolvimento e adequação do instrumento a ser utilizado na pesquisa.

Fique à vontade para modificar a estrutura das questões, acrescentar e modificar palavras ou ainda acrescentar questões e sugerir temas para serem abordados, caso observe que os mesmos não estejam contemplados nas perguntas da entrevista e seria importante integrar este estudo.

Peço, por gentileza, para que retorne suas sugestões até 16 de outubro de 2011. Comprometo-me lembrá-lo no dia 11 de outubro de 2011 deste prazo.

Caso aceite este convite, por favor, retorne seu parecer através do email alanafornereto@gmail.com ou pelo telefone (16) 9201-9710.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento de dúvidas.

Atenciosamente,

Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi
Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

ANEXO

ANEXO A – Parecer do Comitê de ética em pesquisa do UNICEP

 UNICEP São Carlos	Centro Universitário Central Paulista Mantido pela Associação de Escolas Reunidas Campus I Rua Pedro Bianchi, 111 - Vila Alpes São Carlos - SP CEP: 13570-381 Tel.: (16) 3363-2111	Campus II Rua Miguel Petroni, 5111 São Carlos - SP CEP: 13563-470 Tel.: (16) 3362-2111
--	---	--

Of. CEP- 222/2011

Prezado(a) Professor(a):

Ref.: Protocolo de pesquisa nº 023/2011

Comunicamos a Vossa Senhoria que o CEP/Comitê de Ética em Pesquisa do UNICEP, registrado na CONEP/CNS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde), pelo ato de 30 de setembro de 2005, DELIBEROU, em reunião realizada no dia 25 de agosto de 2011, pela APROVAÇÃO do projeto com o protocolo nº 023/2011 e título: Critérios e Práticas Para Admissão de Usuários na Terapia Ocupacional: A Entrada na Rede de Serviços de Saúde Mental.

PARECER DO CEP: “1º parecer”: O projeto apresenta objetivos, hipóteses e resultados esperados claros, entretanto não apresentou nenhum instrumento que será utilizado para coleta de dados. Precisa ainda padronizar as citações de referência bibliográfica no corpo do texto bem como as citações nas referências. Refere ainda coleta de dados em prontuários, especificando que será somente dados de admissão. Deve citar no texto que o TCLE está em anexo. Será aguardado a apresentação dos instrumentos de coleta para a aprovação do projeto, afim de melhor avaliar os as informações que serão coletadas principalmente dos prontuários. Ressalto que deve haver autorização do local para a consulta dos mesmos e ainda coloco em discussão para este CEP essa possibilidade de pesquisa, devido as recomendações do CONSEPE. “2º parecer”: Os pesquisadores atenderam e esclarecem as recomendações do relator e desta forma o projeto está aprovado. Após análise, os membros presentes aprovam, por unanimidade, e estabelecem que o Relatório Final deverá ser entregue pelo pesquisador responsável no dia 14/12/2012. A não entrega do mesmo na data ora estipulada, implicará no cancelamento do presente protocolo de pesquisa.

Como é do seu conhecimento, a responsabilidade do CEP não se exaure com a aprovação do protocolo de pesquisa pelo mesmo ou pela CONEP (em se tratando de projetos relacionados a áreas temáticas especiais). Ao contrário, a partir de então o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa. **É seu dever acompanhar e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada.**

À vista disso e, para atender ao disposto no item VII. 13.d da Resolução CNS nº 196/96, o CEP determinou, na mesma reunião, que Vossa Senhoria encaminhe no dia 14/12/2012, através de ofício, um **Relatório Final**, o qual deverá conter a **indicação da data em que o protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética do**

www.unicep.edu.br
e-mail: unicep@unicep.com.br



Centro Universitário Central Paulista

Mantido pela Associação de Escolas Reunidas

Campus I
Rua Pedro Bianchi, 111 - Vila Alpes
São Carlos - SP CEP: 13570-381
Tel.: (16) 3363-2111

Campus II
Rua Miguel Petroni, 5111
São Carlos - SP CEP: 13563-470
Tel.: (16) 3362-2111

UNICEP, referente a presente pesquisa. O não encaminhamento do Relatório na data acima indicada implicará no CANCELAMENTO do protocolo de pesquisa.

Informamos que, juntamente com o Relatório Final, deverão ser encaminhados os originais dos **TCLÉs** (Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos), assinados pelos sujeitos da pesquisa ou pelo representante legal. **Caso o número de TCLÉs seja diferente do indicado na folha de rosto**, Vossa Senhoria deverá encaminhar ao CEP, através de ofício, os esclarecimentos pertinentes.

Atrasos não justificados na entrega dos relatórios ou qualquer outra documentação devida ao CEP serão considerados como pendências junto a este comitê. Os pesquisadores responsáveis com pendências NÃO poderão submeter outros projetos para apreciação do CEP.

ORIENTAÇÃO AO PESQUISADOR

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

**UNICEP**
São Carlos

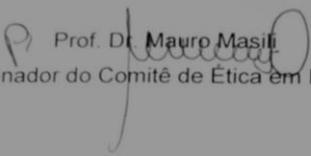
Centro Universitário Central Paulista
Mantido pela Associação de Escolas Reunidas

Campus I
Rua Pedro Bianchi, 111 - Vila Alpes
São Carlos - SP - CEP: 13570-381
Tel.: (16) 3363-2111

Campus II
Rua Miguel Petroni, 5111
São Carlos - SP - CEP: 13563-470
Tel.: (16) 3362-2111

São Carlos, 25 de agosto de 2011.

Atenciosamente,


Prof. Dr. **Mauro Masili**
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilmo(a). Sr(a)
Prof(a) Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi.
UFSCAR.

www.unicep.edu.br
e-mail: unicep@unicep.com.br