

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

ANDRESSA REIKO BUENO

Terapia ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil: revelando as ações junto aos
Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi)

São Carlos

2013

ANDRESSA REIKO BUENO

Terapia ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil: revelando as ações junto aos
Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi)

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde da Universidade Federal
de São Carlos como parte das exigências para
obtenção do título de Mestre em Terapia
Ocupacional

Área de concentração: Processos de
Intervenção em Terapia Ocupacional

Orientador: Profa. Dra. Thelma Simões
Matsukura

São Carlos

2013

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

B928to Bueno, Andressa Reiko.
Terapia ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil : revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) / Andressa Reiko
Bueno. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
145 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

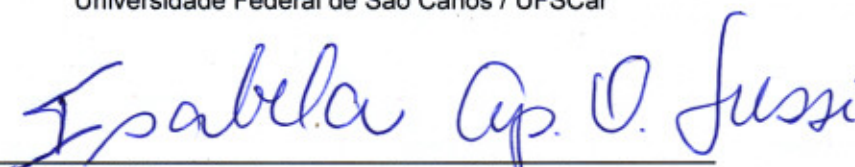
1. Terapia ocupacional. 2. Serviços de saúde mental. 3. Adolescente. 4. Prática profissional. 5. Crianças. I. Título.

CDD: 615.8515 (20a)

FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO(A)
ALUNO(A) ANDRESSA REIKO BUENO, DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM 26
DE FEVEREIRO DE 2013.



Prof.ª) Dr.ª) Thelma Simões Matsukura
Orientador(a) e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Prof.ª) Dr.ª) Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Prof.ª) Dr.ª) Regina Célia Fiorati
Universidade de São Paulo / USP



Prof.ª) Dr.ª) Maria Fernanda Barboza Cid
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Homologado na CPG-PPGTO na
_____ª. Reunião no dia
____/____/____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura, pelas orientações, pela serenidade, pelo incentivo, pela confiança, pela paciência, pela compreensão e força nos momentos difíceis e, sobretudo, pelo grande aprendizado que proporcionou.

Às Profa. Dra. Isabela Oliveira Lussi, Profa. Dra. Maria Fernanda Cid e Profa. Dra. Regina Célia Fiorati, membros da banca examinadora, pelas contribuições que vieram a enriquecer este estudo.

Às Secretarias Municipais de Saúde pela permissão para a realização deste estudo.

Às terapeutas ocupacionais, colegas de profissão, pela participação, pela disponibilidade, pela colaboração, sem as quais este estudo não poderia ter sido realizado.

À Carolina Biagioni Ferraz, pelo auxílio no desenvolvimento deste estudo e pelos momentos de descontração.

Às colegas de trabalho e companheiras, Carolina Elisabeth Squassoni, Fernanda Rosa, Alyne Kalyane Câmara de Oliveira, Martha Morais Minatel, Juliana Archiza Yamashiro, Bruna Taño e Amanda Dourado Fernandes, pelas contribuições, pelo auxílio e, principalmente, pelos momentos de descontração.

Ao Gustavo Bonagamba Sandrini pela compreensão, paciência, companheirismo e auxílio na realização deste estudo.

À minha família, especialmente aos meus pais, pela dedicação, compreensão, pelas oportunidades que me proporcionaram, pelo apoio, suporte, estímulo e por acreditarem em mim.

À Deus por todas as oportunidades que me tem concedido, por sua grande Luz e sabedoria.

RESUMO

BUENO, A.R. **Terapia ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil: revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi).** 2013. 145f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade de São Carlos, São Carlos, 2013.

A inserção da criança no campo da saúde mental ocorreu tardiamente e há uma defasagem entre a demanda e a oferta de assistência no campo. Atualmente, existem ações para implantar uma política de saúde mental infanto-juvenil que buscam a construção de uma rede de serviços, cujas ações principais são a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) e a construção de estratégias de articulação intersetorial da saúde mental com os setores que assistem crianças e adolescentes. O terapeuta ocupacional (TO) é um dos profissionais que compõe a equipe dos CAPSi e está presente neste processo de efetivação de ações voltadas para esta população. Ainda são poucos os estudos nacionais e internacionais publicados sobre as ações do TO em saúde mental infanto-juvenil. Este estudo objetivou caracterizar a inserção do TO nos CAPSi e identificar as ações desenvolvidas pelos mesmos junto a clientela atendida. Além disso, teve como objetivos específicos caracterizar a dinâmica de funcionamento dos CAPSi; caracterizar os usuários atendidos pelos terapeutas ocupacionais nos CAPSi; identificar, através da ótica dos terapeutas ocupacionais, se os CAPSi respondem às políticas públicas brasileiras de saúde mental infanto-juvenil; e identificar possíveis lacunas durante a graduação para a atuação do TO no campo da saúde mental infanto-juvenil. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Participaram 24 terapeutas ocupacionais inseridas em 18 unidades de CAPSi do Estado de São Paulo. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário com 55 questões, com apresentação de perguntas fechadas e abertas. Verificou-se que 26 de 38 unidades de CAPSi existentes no Estado de São Paulo possuem TO em seu quadro de funcionários. Em relação aos programas e projetos desenvolvidos nas unidades, os resultados revelaram que os grupos e oficinas constituem os principais programas oferecidos aos usuários e os grupos são as principais ações voltadas aos familiares. As participantes avaliam que, ainda que com limitações, as ações desenvolvidas nas unidades respondem às proposições das políticas públicas brasileiras e do SUS. As ações únicas, que caracterizam a especificidade da terapia ocupacional, desenvolvidas pelas participantes estão relacionadas à análise da atividade, a inserção social e as atividades no cotidiano, como o enfoque nas atividades de vida diária. Verificou-se que as ações dos terapeutas ocupacionais são norteadas por aspectos relativos aos usuários como, por exemplo, suas necessidades e diagnóstico. Em relação às lacunas de conhecimento teórico ou prático durante a graduação que dificultaram as ações junto a esta população no campo da saúde mental, as participantes apontaram o conteúdo insuficiente de disciplinas específicas e/ou clínicas em saúde mental infanto-juvenil. Indica-se a necessidade de refletir sobre o CAPSi não ser o único equipamento responsável pela assistência a população infanto-juvenil com sofrimento psíquico, sendo necessário a efetivação e consolidação das ações intersetoriais para a concretização da reabilitação psicossocial. Acredita-se que este estudo colaborará para o conhecimento produzido no campo da saúde mental infanto-juvenil, para o conhecimento sobre as práticas e sobre a formação do TO nesse campo, assim como contribuirá para reflexões acerca das políticas públicas e o aprimoramento das intervenções.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; criança; adolescente; terapia ocupacional; prática profissional.

ABSTRACT

BUENO, A.R. Occupational therapy in the field of child and adolescent mental health: revealing the actions with Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSi). 2013. 145f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade de São Carlos, São Carlos, 2013.

The inclusion of children and adolescents in the mental health field was late and there's a gap between demand and offer of assistance in the field. Currently, there are actions to implement a policy on mental health of children and adolescents seeking to build a network of services, which main actions are the implementation of Psychosocial Care Centers for Children and Youth (CAPSi) and building strategies for intersectorial articulation between health mental and sectors that assist children and adolescents. The occupational therapist (OT) is a professional who makes up the team of CAPSi and is present in the process of effective actions aimed at this population. There are still few national and international studies published over the actions of the OT in child and adolescent mental health. This study aimed to characterize the inclusion of OT in CAPSi and identify the actions taken by them with users. Furthermore, it aimed to characterize the specific dynamics of CAPSi; characterize the users cared by occupational therapists in CAPSi; identify, by the perspective of occupational therapists, if CAPSi respond to Brazilian public policies of child and adolescent mental health; and identify possible gaps during graduation for OT work in the field of child and adolescent mental health. This is a descriptive study, with quantitative and qualitative approach. A total of 24 occupational therapists inserted in 18 units CAPSi the State of São Paulo participated on this study. To data collection, it was used a questionnaire, with presentation of open and closed questions. It was found that 26 of 38 units CAPSi in the State of São Paulo have occupational therapist in your staff. It was found that groups and workshops are the main programs, projects and activities offered to users and groups are the main actions to relatives. The participants assess that, even with limitations, the actions taken in the units respond to the proposals of Brazilian public policies and SUS. The only actions, which characterize the specificity of occupational therapy, undertaken by occupational therapists are related to the tools used by this professional such as analysis of activity, social inclusion and activities in daily life, as the focus on activities of daily living. It was found that the actions of occupational therapists are guided by aspects related to users such as their needs and diagnosis. Regarding gaps during graduation, the participants pointed out the insufficient content of basic/clinical disciplines on child and adolescent mental health. It's Indicated the need to reflect on the CAPSi not being the only equipment responsible for assisting the child and youth with psychological distress, necessitating the realization and consolidation of intersectorial actions to achieve psychosocial rehabilitation. It is believed that this study will assist the knowledge produced in the field of child and adolescent mental health, knowledge about the practices and training of occupational therapists in this field, as well as contribute to reflections about public policy and improving interventions.

Keywords: mental health services; child; adolescent; occupational therapy; professional practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Unidades de CAPSi no Estado de São Paulo e vinculados ao estudo	35
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Instituições de ensino superior onde as participantes realizaram a graduação	41
Gráfico 2 – Cursos de pós-graduação realizados pelas participantes	41
Gráfico 3 – Jornada de trabalho nos CAPSi	43
Gráfico 4 – Profissionais que integram as equipes multiprofissionais nos CAPSi	46
Gráfico 5 – Supervisão disponível às participantes	49
Gráfico 6 – Reuniões de equipe nos CAPSi	50
Gráfico 7 – Porta de entrada dos CAPSi	53
Gráfico 8 – Fluxograma do percurso dos usuários nos CAPSi	55
Gráfico 9 – Atenção e orientação às famílias nos momentos de altas	63
Gráfico 10 – Número de usuários atendidos por mês pelas participantes	65
Gráfico 11 – Resposta pelos CAPSi às propostas, princípios e diretrizes do CAPSi e do SUS	71
Gráfico 12 – Utilização de parcerias, rede de instituições ou serviços do município/região pelos CAPSi	75
Gráfico 13 – Encaminhamentos à terapia ocupacional nos CAPSi	87
Gráfico 14 – Avaliações desenvolvidas pelas próprias participantes	106
Gráfico 15 – Outras avaliações utilizadas no serviço	109
Gráfico 16 – Participação da família no processo de avaliação e reavaliação dos usuários pelos terapeutas ocupacionais	111
Gráfico 17 – Lacunas teórico-práticas na formação dos terapeutas ocupacionais	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações gerais sobre os participantes	28
Quadro 2 – Informações sobre as cidades envolvidas na pesquisa	29
Quadro 3 – Unidades de CAPSi e inserção de terapeutas ocupacionais	33
Quadro 4 – Aceites de participação e retorno do Questionário	37
Quadro 5 – Representatividade da amostra	38
Quadro 6 – Representatividade das cidades envolvidas na pesquisa	39
Quadro 7 – Representatividade das regiões administrativas do Estado de São Paulo	39
Quadro 8 – Época de formação das participantes	40
Quadro 9 – Cursos de especialização realizados pelas participantes	42
Quadro 10 – Locais de trabalho das participantes além dos CAPSi	44
Quadro 11 – Locais de trabalho anteriores ao CAPSi	45
Quadro 12 – Razões para inserção do terapeuta ocupacional no CAPSi	48
Quadro 13 – Programas, projetos e atividades oferecidos pelos CAPSi	51
Quadro 14 – Percurso do usuário no CAPSi	54
Quadro 15 – Ações voltadas ao acolhimento dos usuários e seus familiares	56
Quadro 16 – Ações específicas direcionadas aos familiares nos CAPSi	57
Quadro 17 – Necessidades apresentadas pelas famílias dos usuários dos CAPSi	58
Quadro 18 – Atenção à crise	59
Quadro 19 – Frequência de altas dos usuários dos CAPSi	61
Quadro 20 – Casos de altas x problemática e/ou diagnóstico	62
Quadro 21 – Diagnósticos dos usuários dos CAPSi	67
Quadro 22 – Esferas das demandas apresentadas pela população infanto-juvenil nos CAPSi	69
Quadro 23 – Articulações dos CAPSi com a rede de serviços	74
Quadro 24 – Dificuldades encontradas no trabalho em equipe nos CAPSi	77
Quadro 25 – Facilidades encontradas no trabalho em equipe nos CAPSi	82
Quadro 26 – Valorização da terapia ocupacional pela equipe multiprofissional nos CAPSi ..	83
Quadro 27 – Ações da terapia ocupacional nos CAPSi	86
Quadro 28 – Principais necessidades de tratamento dos usuários dos CAPSi segundo a percepção das terapeutas ocupacionais	88
Quadro 29 – Ações únicas da terapia ocupacional nos CAPSi	89
Quadro 30 – Contextos/settings utilizados pelas participantes	92

Quadro 31 – Critérios de seleção para os programas de terapia ocupacional nos CAPSi	93
Quadro 32 – Aspectos norteadores das ações colocadas em prática pelos terapeutas ocupacionais	94
Quadro 33 – Contribuições da terapia ocupacional	96
Quadro 34 – Desafios de atuação nos CAPSi	100
Quadro 35 – Formas de avaliação inicial utilizadas pelos terapeutas ocupacionais	103
Quadro 36 – Aspectos avaliados nos usuários	104
Quadro 37 – Limitações das avaliações disponíveis	108
Quadro 38 – Avaliações utilizadas no serviço	109
Quadro 39 – Avaliações e reavaliações dos usuários dos CAPSi	110
Quadro 40 – Aspectos que levam a mudanças no tratamento dos usuários	111
Quadro 41 – Participação dos familiares nos processos de avaliação e reavaliação dos usuários pelos terapeutas ocupacionais	112
Quadro 42 – Participação da escola e outros equipamentos na avaliação e reavaliação dos usuários dos CAPSi	113
Quadro 43 – Abordagens, quadros de referência e modelos de prática	115
Quadro 44 – Aspectos relevantes para serem abordados na graduação em terapia ocupacional	121
Quadro 45 – Grau de satisfação pessoal das participantes	122

SUMÁRIO

Apresentação	14
1. Introdução	15
1.1. Panorama histórico da saúde mental da criança e do adolescente no Brasil	15
1.2. Políticas públicas brasileiras em saúde mental infanto-juvenil	18
1.2.1. O Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi)	21
1.3. Terapia ocupacional e saúde mental infanto-juvenil	23
2. Objetivos	26
2.1. Objetivo geral	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. Método	27
3.1. Participantes	27
3.1.1. Critérios de inclusão	27
3.1.2. Critérios de exclusão	27
3.2. Local	28
3.3. Instrumentos	29
3.4. Procedimentos	29
3.4.1. Aspectos éticos	29
3.4.2. Elaboração e adequação do Questionário	30
3.4.2.1. Adequação do instrumento	30
3.4.2.1.1. Aplicação teste	31
3.4.3. Levantamento das unidades de CAPSi	31
3.4.4. Localização e contato com os participantes	32
3.4.5. Coleta de dados	35
3.4.6. Análise dos dados	37
4. Resultados e Discussão	38
4.1. Representatividade das unidades de CAPSi e dos terapeutas ocupacionais participantes do estudo	38
4.2. Caracterização da dinâmica e dos usuários dos CAPSi	40
4.2.1. Caracterização das participantes	40
4.2.2. Caracterização da instituição	45
4.2.2.1. Altas	60

4.2.3. Caracterização dos usuários que procuram os CAPSi.....	64
4.3. Resultados quanti-qualitativos.....	70
4.3.1. CAPSi: teoria e prática.....	70
4.3.2. Trabalho em equipe.....	76
4.3.3. Terapia ocupacional nos CAPSi.....	86
4.3.3.1. Seleção dos usuários para a terapia ocupacional.....	93
4.3.3.2. Terapia ocupacional e CAPSi: aspectos norteadores das ações, contribuições e desafios.....	94
4.3.3.2.1. Especificidades da prática.....	102
4.3.3.2.1.1. Avaliações.....	103
4.3.3.2.1.2. Referenciais teóricos.....	114
4.3.4. Formação profissional.....	116
4.4. Comentários acrescentados pelas participantes.....	123
5. Considerações finais.....	125
6. Referências bibliográficas.....	127
ANEXOS.....	133
APÊNDICES.....	135

Apresentação

O presente estudo aborda o tema da saúde mental da criança e do adolescente e as ações do terapeuta ocupacional junto a esta clientela, a partir do estudo das ações desenvolvidas por estes profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do Estado de São Paulo.

A fim de contextualizar e justificar esta pesquisa, a Introdução apresenta o panorama histórico da saúde mental infanto-juvenil no Brasil, assim como as políticas públicas brasileiras em saúde mental da criança e do adolescente, a reabilitação psicossocial e a terapia ocupacional na área de saúde mental infanto-juvenil.

Após a Introdução, apresentam-se os objetivos desta pesquisa.

A seguir, os métodos utilizados para o desenvolvimento deste estudo, descrevendo os caminhos percorridos a fim de atingir os objetivos propostos, são apresentados.

Os resultados obtidos na pesquisa assim como a discussão dos mesmos são apresentados em quatro seções para tornar a leitura mais organizada e compreensível.

Por fim, apresentam-se as considerações finais acerca do estudo.

1. Introdução

1.1. Panorama histórico da saúde mental da criança e do adolescente no Brasil

A literatura da área aponta que a inserção da criança e do adolescente no campo da saúde mental ocorreu tardiamente – apenas no século XX se constituiu uma clínica da infância (VICENTIN, 2006).

Assim, até o século XIX, acreditava-se que a criança não enlouquecia. A loucura era atribuída apenas a adultos e a, no máximo, adolescentes, já que as causas atribuídas à loucura, como, por exemplo, sofrimento, perdas e paixões, não aconteciam no período da infância. A criança era vista como aprendiz e, dessa forma, a ela cabia apenas a função de aprender (MENEZES, 2008). No entanto, durante o século XIX, a partir do Movimento Higienista e da consolidação da medicina como ciência, esse cenário começou a apresentar mudanças, ainda que não especificamente em relação à loucura. Paulatinamente, as crianças passaram a receber mais atenção em relação aos seus cuidados e criação, com intuito de poupá-las das moléstias em geral e diminuir mortalidade infantil (RIBEIRO, 2006).

Neste período, também no Brasil, havia uma preocupação com a educação das crianças brasileiras para que estas viessem a se tornar bons cidadãos, que respeitassem às normas sociais. Dessa forma, a medicina voltada às mesmas tinha o papel de policiá-las e educá-las, configurando-se como uma disciplina social e moral (ASSUMPCÃO JR., 1995).

Ainda no século XIX, com o surgimento de teses em psicologia e psiquiatria e com a criação dos hospitais psiquiátricos brasileiros, a criança que apresentava comportamentos não aceitos socialmente passou a ser considerada louca – sendo esta, frequentemente, pertencente a classes sociais menos favorecidas – e foi colocada nos hospitais psiquiátricos, nos mesmos espaços que os adultos (RIBEIRO, 2006).

Segundo Rezende (1997),

(...) os hospícios-colônias não tinham qualquer condição de interferir nos processos sociais de seleção e exclusão do material que lhes chegava e sobre o qual deveriam intervir. E esses processos nem sempre – para não dizer raramente – tinham em sua essência um objetivo ou propósito que se pudesse classificar como clínico ou terapêutico (p.52).

O inadequado convívio de crianças e adultos nos mesmos espaços nos hospitais psiquiátricos propiciava situações de promiscuidade e, de acordo com Menezes (2006), são

várias as denúncias pela imprensa do Rio de Janeiro acerca desta situação. Contudo, apenas no início do século XX, houve a separação das crianças em pavilhão exclusivo para elas.

Em 1922, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental com o objetivo de prevenir os transtornos mentais. Assim, as famílias eram orientadas a “ajustar o indivíduo ao meio físico e social, o que seria traduzido em saúde mental. A atenção à criança era dada por médicos na assistência escolar, nos serviços de higiene e de saúde do escolar” (REIS et. al., 2010a, p. 121).

Seguindo a tendência internacional da saúde mental da criança e do adolescente, no Brasil os transtornos mentais infanto-juvenis tendiam à deficiência intelectual e à delinquência. A concepção que o Estado tinha da criança que precisava de assistência era baseada em três tipos de deficiência, a saber: a deficiência social (pobre), a intelectual e a moral (delinquente) (BRASIL, 2005).

Embora houvesse preocupação com a criança, baseados nos pressupostos descritos anteriormente, os cuidados assistenciais direcionados a elas eram realizados por instituições particulares, filantrópicas e assistencialistas, sem o envolvimento dos órgãos governamentais (RIBEIRO, 2006). Assim, diversas instituições surgiram em todo o território nacional com intuito de acolher as chamadas crianças deficientes (REIS et. al., 2010a) como, por exemplo, o Instituto Pestalozzi, criado por Helena Antipoff, e o Instituto de Psicologia criado por Ulisses Pernambuco (RIBEIRO, 2006). Assim, as crianças deficientes e as consideradas loucas eram levadas ao isolamento nessas instituições, ficando reclusas nestes locais e excluídas do convívio em sociedade.

Todavia, na década de 1940, foi criado o programa de proteção materno-infantil, um modelo assistencialista do Departamento Nacional da Criança baseado na criação de equipamentos públicos voltados aos cuidados das mães e crianças até a idade escolar (PEREIRA, 1999) e, dessa forma, os cuidados e assistência às crianças passaram a ser um dever do Estado (RIBEIRO, 2006).

Assim, a partir da década de 1940, foram criados alguns serviços públicos voltados à atenção em saúde mental da criança e do adolescente, como o Serviço de Higiene Mental, em 1955, que era vinculado ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (REIS et. al., 2010a).

De acordo com Reis et. al. (2010a) poucas foram as mudanças no sistema de saúde ocorridas no Brasil no período que compreende o final da Era Vargas e o final da ditadura militar, tendo destaque apenas a criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), instituição filantrópica voltada à assistência de pessoas com

deficiências, a Associação Brasileira de Deficiência Mental e a Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil, sendo ambas as instituições de caráter filantrópico, ou seja, passaram-se mais de 30 anos sem que houvesse mudanças nesse campo.

Contudo, com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, demandou-se a consolidação de um novo modelo de assistência (BRASIL, 2005).

Nesta direção, as instâncias governamentais reconheceram a saúde mental de crianças e adolescentes como questão de saúde pública, de maneira que deveria ser integrada às ações do Sistema Único de Saúde – SUS (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Assim, instituiu-se no SUS uma gestão em saúde mental com intuito de substituir o modelo asilar vigente por uma rede de cuidados baseada na comunidade e no território¹ (BRASIL, 2005).

De acordo com dados da Associação Brasileira de Psiquiatria (2008), 12,6% das crianças e adolescentes, entre 6 e 17 anos, possuem transtornos mentais importantes.

Ainda que os dados epidemiológicos apontem para uma incidência relevante, observa-se que na área de saúde mental infanto-juvenil há uma defasagem entre a demanda de atenção e a oferta de uma rede de serviços (BELFER; SAXENA, 2006). Este cenário ocorre em diferentes países, mas especialmente nos países em desenvolvimento (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Estudos apontam que 75% a 80% das crianças que demandam tratamento especializado de serviços de saúde mental infantil não recebem a assistência (MARSH; GRAHAM, 2001² apud GAUY; GUIMARÃES, 2006; MCCONAUGHY; WADSWORTH, 2000) devido a avaliações inadequadas ou até mesmo a não avaliação dos comportamentos alterados (GAUY; GUIMARÃES, 2006).

Diante do exposto, é possível apontar que, historicamente, não era direcionada atenção à criança, sendo esta vista e considerada um adulto em miniatura e, conseqüentemente, suas particularidades e os aspectos envolvidos em seu desenvolvimento foram ignorados.

No entanto, no século passado, houve uma modificação neste cenário e a criança passou a receber atenção em relação aos seus cuidados e educação. Assim, começam a serem criados serviços específicos às suas necessidades, configurando uma tentativa de suprir

¹ A partir do paradigma psicossocial a compreensão de território vai além do território geográfico. O território é compreendido como o espaço construído pelo sujeito por meio de suas relações sociais, econômicas, culturais (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007).

² Marsh, E. J.; Graham, S. A. (2001) *Classificación y tratamiento de lapsicopatología infantil*. Em V. E. Caballo; M. A. Simon.(Orgs.), **Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente** (pp. 29-58). Madri: Pirámides.

as demandas decorrentes das especificidades advindas deste período do desenvolvimento humano.

Na próxima seção, discorre-se acerca das políticas públicas brasileiras em saúde mental infanto-juvenil.

1.2. Políticas públicas brasileiras em saúde mental infanto-juvenil

Como se pode observar a partir do breve panorama histórico da saúde mental das crianças e dos adolescentes no Brasil, apresentado na seção anterior, apenas a partir do século XIX surge a compreensão da criança como um ser que necessita de cuidados e assistência, sendo comum a ideia de que as mesmas eram adultos em miniatura ou aprendizes.

No âmbito das políticas públicas, o foco para com a criança apenas surgiria em meados do século XX, com o Código de Menores, que deliberaria sobre a normalização e criminalização das crianças abandonadas que sofriam de transtornos mentais e de conduta e crianças de famílias que não tinham condições financeiras para a responsabilização das mesmas, sendo determinada a institucionalização desta população (MENEZES, 2008).

Contudo, cabe sinalizar que não somente a saúde mental infanto-juvenil recebeu atenção tardia no âmbito das políticas públicas. Segundo Menezes (2008),

a primeira lei brasileira que trata da questão da doença mental é sancionada na primeira década do século XX, denominada de Lei Federal de Assistência aos Alienados. O objetivo principal é resgatar o caráter médico e científico do tratamento da loucura delegando aos médicos maior autoridade, elegendo um local para o tratamento, os hospícios, dando estatuto de doença para a loucura e restringindo o poder das autoridades policiais na internação e alta dos pacientes (p. 132).

Ainda discorrendo sobre as políticas públicas brasileiras de assistência à pessoa com transtorno mental, Resende (1997) afirma que

(...) a história das políticas de assistência ao doente mental no Brasil é, antes de tudo, uma crônica de desencontros, propostas e práticas concretas nem sempre caminhando lado a lado, mesmo quando seus atores eram titulares reconhecidos da instituição psiquiátrica e protagonistas de prestígio da cena política do poder (p.17).

Este cenário perdura até a década de 1970, quando a sociedade iniciou um movimento para lutar pela redemocratização do país, por direitos civis, sociais, trabalhistas,

entre outros. Tal movimento resultou na Reforma Psiquiátrica brasileira, que teve início nos anos 1970 e as primeiras propostas e ações para reorientar a assistência em saúde mental foram expostas no início dos anos 1980. No final desta década, realizou-se a I Conferência de Saúde Mental, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e implantou-se o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) (BRASIL, 2005).

A consolidação da reforma psiquiátrica se deu por meio da articulação de diferentes serviços que vieram a substituir os hospitais psiquiátricos, na construção de referências acolhedoras das pessoas com transtornos mentais e com a articulação de equipamentos que pudessem garantir resolutividade, promoção da autonomia e cidadania destas pessoas (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica no Brasil foi norteada pelo paradigma psicossocial, que propõe a reabilitação psicossocial, que, por sua vez, consiste em um conjunto de princípios e procedimentos que visam o aumento das habilidades e diminuição das deficiências, agindo sobre a desabilitação³ e deficiência⁴ (SARACENO, 1999).

De acordo com Pitta (2001), a reabilitação psicossocial é um processo que consiste em um conjunto de programas e serviços desenvolvidos com o intuito de facilitar a vida das pessoas com problemas severos e persistentes. Este processo daria ênfase nas partes sadias e potenciais do indivíduo por meio de uma abordagem compreensiva, além de suportes vocacional, residencial, social e educacional.

Ainda discorrendo sobre a reabilitação e o paradigma psicossocial, Costa-Rosa (2000) enfatiza o trabalho interprofissional nas intervenções realizadas como um parâmetro fundamental do modo de atenção psicossocial.

Retomando a linearidade histórica da constituição das políticas públicas brasileiras em saúde mental infanto-juvenil, os processos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, descritos anteriormente, influenciaram a promulgação da Constituição de 1988, que, dentre os diversos avanços conquistados como, por exemplo, a deliberação da saúde como um direito de todos e dever do Estado, firmou a cidadania das crianças e adolescentes, sendo assegurada às mesmas os seus direitos como, por exemplo:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao

³ Limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções (dano orgânico e/ou funcional decorrente de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica) (SARACENO, 1999).

⁴ Limitação ou impedimento de desempenho do sujeito ou de suas capacidades consequentes de uma hipofunção e/ou desabilitação (SARACENO, 1999).

respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

A partir da afirmação da cidadania e da atribuição dos direitos das crianças e dos adolescentes, foi promulgada a Lei nº 8.069 de 13/7/1990 ou, como é conhecida, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 2005).

No entanto, embora instituído os direitos da população infanto-juvenil no âmbito das políticas públicas em saúde, não houve mudanças significativas no que tange o campo da saúde mental da criança e do adolescente, que permaneceram institucionalizados em espaços de iniciativa filantrópica e particular.

Em 1992, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foram apontados os efeitos maléficos da institucionalização da população infanto-juvenil e, em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, determinou-se “que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil” (BRASIL, 2005, p. 9). Assim, no mesmo ano, instituiu-se a Lei nº 10.216, que regulamenta a proteção e o direito da pessoa portadora de transtorno mental e direciona um novo modelo de assistência em saúde mental (BRASIL, 2005).

Couto, Duarte e Delgado (2008) discutem alguns fatores para a inclusão tardia da saúde mental infanto-juvenil nas políticas públicas. O primeiro fator apontado é atribuído ao leque de problemas relacionados à saúde mental da criança e do adolescente e à variação do período de incidência e nos prejuízos adquiridos, o que torna a avaliação complexa. Outro fator seria o recente conhecimento dos prejuízos e consequências, na vida adulta, causados pelos transtornos mentais da infância e adolescência.

Ainda discutindo sobre os fatores que implicaram uma inclusão tardia da saúde mental infanto-juvenil nas políticas públicas, aponta-se a ausência de evidências empíricas nacionais e internacionais sobre a efetividade e eficácia de tratamentos para os transtornos mentais infantis, onde se observa que apenas na última década as intervenções terapêuticas vêm sendo comprovadas. O último fator, e talvez o mais importante, refere-se à particularidade do sistema de cuidado, que diz respeito ao fato dos setores que assistem às crianças e adolescentes (saúde, educação, justiça e assistência social) trabalharem de forma isolada, sem comunicação intersetorial (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Mais recentemente, em 2002, surgiram ações para viabilizar a implantação de uma política de saúde mental infanto-juvenil no Brasil (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006). Esta

política propõe a construção de uma rede de serviços para suprir a demanda de crianças e adolescentes, cujas ações principais são a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) e a construção de estratégias de articulação intersetorial da saúde mental com os setores que assistem crianças e adolescentes: saúde, educação, assistência social e justiça (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006).

Em 2004, instituiu-se o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, com objetivo de propiciar um espaço para diálogo entre os diferentes setores, seja de âmbito governamental ou não governamental, para consolidar as redes de serviços e, assim, suprir as demandas apresentadas pelas crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais (BRASIL, 2005; MENEZES, 2008).

A partir da exposição histórico-conceitual apresentada, compreende-se que as ações e políticas de saúde mental infanto-juvenil implantadas no Brasil, na tentativa de superar o modelo asilar e excludente, são semelhantes às implantadas na área de saúde mental do adulto e seguem, assim, as premissas do paradigma psicossocial.

1.2.1. O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi)

O CAPSi consiste em serviços públicos territoriais, financiados com recursos do SUS, e objetiva prover atenção em saúde mental baseado no cuidado integral. Foram planejados para cidades com 200.000 habitantes, no mínimo, para atender casos de maior gravidade e ordenar a demanda em saúde mental infanto-juvenil no território de abrangência (BRASIL, 2002a e b).

O CAPSi é responsável pelo atendimento regular de um número limitado de usuários e seus familiares, em regimes de tratamento conforme a necessidade do indivíduo (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), sendo prioritário atendimento a crianças e adolescentes com autismo e psicose e para os quais há prejuízos psicossociais severos. A equipe que o compõe é multiprofissional e deve conter, no mínimo, um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e/ou pedagogo) e cinco profissionais de nível médio (BRASIL, 2002c).

De acordo com a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002,

- 4.4.1. A assistência prestada ao paciente no CAPSi inclui as seguintes atividades:
- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
 - b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
 - c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
 - d) visitas e atendimentos domiciliares;
 - e) atendimento à família;
 - f) atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
 - g) desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
 - h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, 2002c, p. 132).

Nos últimos anos, estudos envolvendo os CAPSi tem sido realizados (ALVES, 2009; DELFINI, 2010; DELFINI; REIS, 2012; DELFINI et. al., 2009; DOMBI-BARBOSA et. al., 2009; HOFFMANN, 2008; MENEZES, 2008; NASSERE, 2007; PACHECO, 2009; PINTO, 2005; REIS et. al., 2009; REIS et. al., 2010b).

Nassere (2007) objetivou fazer uma análise do processo da reforma psiquiátrica a partir da implementação de dois CAPS de um município do Rio Grande do Sul, sendo um voltado para o atendimento de adultos que possuem transtornos mentais e um CAPSi. A fim de atingir seu objetivo, a autora entrevistou profissionais de nível superior que compunham a equipe multiprofissional de ambas as unidades. Embora se trate de um estudo de caso, os resultados obtidos revelaram uma articulação deficiente entre as unidades de CAPS e a rede básica de saúde, a existência de uma hierarquização disciplinar, a preocupação em garantir a cidadania dos usuários dos serviços, a inserção da família dos usuários no tratamento dos mesmos e a tentativa de desmistificar a loucura junto à comunidade.

Hoffmann, Santos e Mota (2008) realizaram um estudo com objetivo de caracterizar diagnóstica e demograficamente os usuários de unidades de CAPSi do Brasil e os procedimentos terapêuticos relacionados aos mesmos. O estudo, realizado em 2003, envolveu dados de registros de atendimentos realizados por sete unidades de CAPSi junto ao SUS localizados em Sorocaba-SP, Contagem-MG, Uberaba-MG, Uberlândia-MG, Cambé-PR, Londrina-PR e Cuiabá-MG, no Sistema de Informações Ambulatoriais. Os critérios de inclusão no estudo eram estar habilitados no ano de 2002 e ter realizado registros de atendimento no ano de 2003 junto ao SUS. Verificou-se que os usuários atendidos eram, na maioria, do sexo masculino, com idade média de 11,1 anos; a modalidade de atendimento predominante foi o não intensivo e os transtornos do comportamento e emocionais foram os diagnósticos mais frequentemente encontrados.

De acordo com os autores, os resultados encontrados neste estudo apresentam um funcionamento dos CAPSi semelhante aos serviços ambulatoriais. Contudo, conforme destacado pelos autores, por se tratar de dados secundários e tais registros serem pautados em questões administrativas (como, por exemplo, o pagamento dos procedimentos realizados), tais informações podem não retratar a realidade diária das unidades de CAPSi. Além disso, questiona-se sobre as mudanças que ocorreram após o período de implantação e estabilização das práticas desenvolvidas nesses equipamentos (HOFFMANN, SANTOS e MOTA, 2008).

Na mesma direção, Reis et. al. (2010b) realizaram um estudo com objetivo de caracterizar os usuários dos CAPSi do Estado de São Paulo. O estudo foi realizado por meio de consulta em prontuários de todas as unidades de CAPSi do Estado de São Paulo cadastradas no momento da pesquisa (19 unidades). Os autores verificaram que os usuários são, na maioria, do sexo masculino; estão entre 10 e 14 anos de idade; os diagnósticos mais comumente encontrados são os transtornos do comportamento e transtornos emocionais; a modalidade de atendimento mais oferecida é a semi-intensiva; e os encaminhamentos dos usuários aos CAPSi são realizados, na maioria, pelo próprio setor da saúde. Os autores apontam que comparações entre unidades de CAPSi do Brasil ainda são difíceis devido ao baixo número de pesquisas envolvendo estes equipamentos.

1.3. Terapia ocupacional e saúde mental infanto-juvenil

Como já apontado, no século XIX e XX a criança e o adolescente considerados loucos eram institucionalizados em hospitais psiquiátricos juntamente com os adultos. Inicialmente, estes espaços não tinham o objetivo de curar as pessoas que ali se encontravam. No entanto, a constituição da psiquiatria e de seu primeiro modelo de tratamento, o tratamento moral, modificou a forma como era vista a internação: a medida punitiva e de exclusão passou a ser uma medida de tratamento (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Na década de 1920, na Europa e nos Estados Unidos, a terapia ocupacional constituiu seu primeiro modelo de intervenção, com base no tratamento moral (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001). No Brasil, no início do século XX, Nise da Silveira introduziu uma terapêutica baseada na ocupação como o Serviço de Terapia Ocupacional em Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Assim, a terapia ocupacional, no campo da saúde mental, iniciou suas ações junto às pessoas com sofrimento psíquico (adultos, crianças e/ou adolescentes) institucionalizados em hospitais psiquiátricos e nas instituições filantrópicas e particulares voltadas a esta população.

No que tange a atuação com a população infanto-juvenil neste campo, inicialmente, as ações do terapeuta ocupacional direcionadas às crianças e adolescentes seguiu as demais disciplinas que atuavam junto a esta população e que estavam baseadas no desenvolvimento da reeducação e da psicoterapia pedagógica e psicanalítica e nas teorias de aprendizagem (MATSUKURA, 2007).

Com o processo de reforma psiquiátrica, os terapeutas ocupacionais estão presentes nos diversos equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, como, por exemplo, os ambulatórios de saúde mental, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros, sendo um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional que assiste à saúde mental de forma geral (WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

A literatura aponta que a participação do terapeuta ocupacional na equipe multiprofissional de assistência à saúde mental da infância e adolescência é importante, pois este profissional busca maximizar a independência dos indivíduos nas áreas de desempenho ocupacional e nos contextos nos quais estão inseridos (WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

Embora o terapeuta ocupacional venha desenvolvendo ações na saúde mental infanto-juvenil desde os primórdios da criação da profissão, a produção literária acerca do tema é escassa.

Guadanhim e Matsukura (2012) realizaram um estudo de revisão de literatura sobre a terapia ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil, focalizando o período entre os anos entre 2000 e 2010, em periódicos internacionais, nacionais e em Anais de Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional. A busca de trabalhos na literatura internacional foi realizada nos periódicos disponíveis⁵ no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Em relação à busca de trabalhos na literatura nacional, esta foi realizada nos periódicos nacionais, indexados, disponíveis online, a partir do Scielo e dos periódicos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar e Revista de Terapia Ocupacional da USP. As autoras consideraram a busca nos Anais de

⁵ Os periódicos internacionais disponíveis no Portal da CAPES no período da pesquisa eram: *The American Journal of Occupational Therapy*, *Australian Occupational Therapy Journal*, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *Occupational Therapy Now*, *British Journal of Occupational Therapy*, *New Zealand Journal of Occupational Therapy* e *Asian Journal of Occupational Therapy* (GUADANHIM; MATSUKURA, 2012).

Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional devido à expressividade que este evento possui para a terapia ocupacional no Brasil, sendo uma via de comunicação entre os profissionais e pesquisadores do campo.

As autoras encontraram 26 artigos publicados na literatura internacional, 21 artigos publicados na literatura nacional e 93 resumos no Anais de Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional e, verificaram que, nos últimos seis anos, há um crescente no número de publicações envolvendo a saúde mental da criança e do adolescente (GUADANHIM; MATSUKURA, 2012).

As temáticas do campo com maior número de publicações na literatura internacional envolvem o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (n=6), enquanto que na literatura nacional, envolvem os contextos adversos ao desenvolvimento como a violência física, doméstica e sexual, o abandono, ato infracional, hospitalização e adoecimento (n=10). A temática envolvendo estes contextos adversos ao desenvolvimento também está presente na maioria dos resumos de trabalhos localizados nos Anais pesquisados (GUADANHIM; MATSUKURA, 2012).

Guadanhim e Matsukura (2012) apontam para a importância de divulgar e sistematizar as pesquisas e práticas envolvendo a terapia ocupacional no campo da saúde mental da criança e do adolescente e que, a maioria dos estudos localizados não envolve diretamente a terapia ocupacional, mas aspectos presentes no campo da saúde mental infanto-juvenil como habilidades e desenvolvimento emocional, auto-estima, entre outros.

Haglund et. al. (2000) apontaram que faltam objetivos definidos para os terapeutas ocupacionais que trabalham no campo da saúde mental infantil e há escassez de publicações, o que causa incerteza aos profissionais quanto a sua prática.

Mângia, Castilho e Duarte (2006), ao se referirem aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), afirmam que é necessário ainda consolidar os saberes e práticas neste novo modelo assistencial.

Diante do exposto, levantaram-se os questionamentos sobre como e quais são as ações desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais brasileiros no campo da saúde mental infanto-juvenil nos equipamentos de saúde mental, os CAPSi, do Estado de São Paulo.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

O presente estudo objetivou caracterizar a inserção do terapeuta ocupacional nos CAPSi e identificar as ações desenvolvidas pelos mesmos junto a clientela atendida.

2.2. Objetivos específicos

Teve-se por objetivos específicos:

- Caracterizar a dinâmica de funcionamento dos CAPSi;
- Caracterizar os usuários atendidos pelos terapeutas ocupacionais nas unidades de CAPSi;
- Identificar, através da ótica dos terapeutas ocupacionais, se os CAPSi respondem às políticas públicas brasileiras de saúde mental infanto-juvenil;
- Identificar possíveis lacunas durante a graduação para a atuação do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil.

3. Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quali-quantitativa.

3.1. Participantes

Participaram da pesquisa 24 terapeutas ocupacionais que trabalham em unidades de CAPSi localizadas no Estado de São Paulo, cadastradas no Ministério da Saúde do Brasil e na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

3.1.1. Critérios de inclusão: terapeutas ocupacionais que trabalham em CAPSi do Estado de São Paulo com, no mínimo, 12 meses de experiência e que tenham aceitado participar do estudo.

3.1.2. Critérios de exclusão: profissionais terapeutas ocupacionais sem experiência mínima de 12 meses e/ou que exercem apenas funções administrativas.

A seguir, apresentam-se informações gerais dos participantes no Quadro 1.

Quadro 1 – Informações gerais sobre os participantes

Participante	Gênero	Idade (em anos)	Tempo de atuação no CAPSi (em anos)	Tempo de atuação na SMi (em anos)
TO1	Feminino	30	4	4
TO2	Feminino	32	1	3
TO3	Feminino	25	1	2
TO4	Feminino	30	3	6
TO5	Feminino	32	7	7
TO6	Feminino	n.i.	2	5
TO7	Feminino	n.i.	2	2
TO8	Feminino	25	1	1
TO9	Feminino	33	6	6
TO10	Feminino	52	7	7
TO11	Feminino	40	8	10
TO12	Feminino	n.i.	1	1
TO13	Feminino	27	1	1
TO14	Feminino	46	7	7
TO15	Feminino	26	2	3
TO16	Feminino	47	10	10
TO17	Feminino	46	6	n.i.
TO18	Feminino	35	4	10
TO19	Feminino	28	1	1
TO20	Feminino	n.i.	4	8
TO21	Feminino	n.i.	2	2
TO22	Feminino	28	1	3
TO23	Feminino	32	6	6
TO24	Feminino	n.i.	1	4

Sendo *n.i.*, não informou.

Fonte: autoria própria.

A partir das informações apresentadas no Quadro 1, verifica-se que todos os participantes foram mulheres (n=24) e que a maioria se encontra na faixa etária até 30 anos (média=27,37). Em relação ao tempo de atuação no CAPSi, observa-se que a maioria possui um ano de experiência (n=8), seguido de sete participantes que estão entre 5 a 10 anos (n=7), apenas uma participante está na unidade desde a regulamentação deste dispositivo, ou seja, há 10 anos. Embora a maioria das participantes esteja apenas há um ano no CAPSi, a maioria (n=7) possui mais de cinco anos de atuação no campo de saúde mental infanto-juvenil (SMi).

3.2. Local

O presente estudo foi realizado junto a 18 unidades de CAPSi localizadas em 12 cidades do Estado de São Paulo. Apresenta-se no Quadro 2 informações sobre as cidades onde os CAPSi estão inseridos, o número de CAPSi envolvidos na pesquisa e o número de habitantes.

Quadro 2 – Informações sobre as cidades envolvidas na pesquisa

Cidade	Número de CAPSi envolvidos no estudo	Número de habitantes⁶
C1	1	1.080.113
C2	1	369.584
C3	1	290.752
C4	1	1.221.979
C5	1	370.126
C6	1	71.432
C7	1	417.064
C8	1	70.081
C9	1	108.813
C10	1	408.258
C11	8	11.253.503
C12	1	332.445

Fonte: autoria própria.

3.3. Instrumentos

Para a coleta de dados utilizou-se um Questionário, composto por 55 questões, abertas e fechadas, dividido em três seções, a saber: I. Identificação pessoal e formação profissional; II. Caracterização da instituição e da clientela atendida; e III. Especificidades da prática do terapeuta ocupacional.

3.4. Procedimentos

3.4.1. Aspectos éticos

⁶ Dados do CENSO 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Seguiram-se as deliberações referentes à Resolução CNS 196/96. Além disso, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Central Paulista (UNICEP) em 26 de outubro de 2011, sob protocolo nº 032/2011 (ANEXO A).

3.4.2. Elaboração e adequação do Questionário

A seguir serão descritos os procedimentos realizados para a elaboração do Questionário, conforme sugerido na literatura (GÜNTHER, 1999; LEWIN, 1987; MANZINI, 2003; MOURA; FERREIRA, 2005).

A primeira versão do Questionário foi elaborada pelas pesquisadoras a partir de revisão de literatura internacional e nacional sobre a temática.

O instrumento elaborado foi submetido a juízes para a sua adequação. O processo de adequação envolveu a submissão do Questionário para avaliação de juízes especialistas e aplicação teste do mesmo junto a profissionais terapeutas ocupacionais.

3.4.2.1. Adequação do instrumento

Foram convidados 14 terapeutas ocupacionais, pesquisadores e/ou especialistas das áreas de saúde mental e saúde mental infanto-juvenil para participarem como juízes na avaliação do instrumento de coleta de dados, dos quais 12 aceitaram o convite. Solicitou-se aos juízes que julgassem a pertinência das questões que compunham o Questionário em relação aos objetivos propostos para este estudo, tanto no que se referia ao conteúdo e abordagem quanto à forma de apresentação (redação, ordem, etc.).

Os juízes foram convidados através de uma carta convite (APÊNDICE A) que foi enviada por correio eletrônico. Esta carta convite continha informações sobre os procedimentos caso aceitasse a participação e informações sobre os objetivos do estudo. Aos juízes que aceitaram o convite foram enviados o Questionário e uma carta com orientações (APÊNDICE B) para proceder a avaliação. Além disso, foi indicado um prazo de 20 dias para

que retornassem o instrumento com suas avaliações, sugestões e comentários. Apenas um juiz não retornou a avaliação.

As principais apreciações e sugestões emitidas pelos juízes se referiam à troca de alguns termos, à ordem e ao acréscimo de algumas questões. Cabe ressaltar que cinco juízes apontaram sobre o fato do instrumento ser muito extenso, no entanto, poucas sugestões de corte foram enviadas, ao contrário, todos os juízes sugeriram o acréscimo de questões. Assim, fez-se a correção e complementação do Questionário a partir das apreciações e sugestões apresentadas pelos juízes.

Finalmente, realizou-se a aplicação teste, que será detalhada no item a seguir.

3.4.2.1.1. Aplicação teste

Antecedendo a coleta de dados, realizou-se uma aplicação teste a fim de averiguar a pertinência e amplitude do Questionário.

O Questionário foi aplicado junto a quatro profissionais terapeutas ocupacionais com, no mínimo, um ano de experiência em saúde mental infanto-juvenil (mas não vinculados à CAPSi), sendo também solicitado que anotassem o tempo total de preenchimento do mesmo.

A partir dos aspectos observados nesta aplicação teste, os ajustes necessários foram realizados e a versão final do Questionário foi obtida (APÊNDICE C).

3.4.3. Levantamento das unidades de CAPSi

Concomitantemente à adequação do Questionário, realizou-se um levantamento das unidades de CAPSi do Estado de São Paulo através dos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde do Brasil⁷ e do Portal da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo⁸

⁷http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925. Último acesso: 28/11/11.

⁸<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/destaques/unidades-de-saude>. Último acesso: 28/11/11.

que tem como fonte a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES).

Dessa forma, foram consideradas neste estudo todas as 38 unidades que estavam cadastradas em ambos os órgãos governamentais até a data de 28 de novembro de 2011⁹.

3.4.4. Localização e contato com os participantes

Após a identificação de todos os CAPSi cadastrados no Estado de São Paulo, a pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa, treinada para este fim, entraram em contato telefônico com cada unidade de CAPSi do Estado de São Paulo a fim de realizar um levantamento das unidades que contavam com o profissional terapeuta ocupacional em seu quadro de funcionários. Neste mesmo momento, caso o profissional terapeuta ocupacional estivesse presente na instituição, no instante da ligação, solicitava-se o contato com o mesmo para informá-lo sobre a pesquisa e anotar seu contato (endereço eletrônico) para, posteriormente, enviar a carta de apresentação da pesquisa¹⁰ e o convite para participação (APÊNDICE D). Caso contrário, os profissionais que não se encontravam na instituição no momento do levantamento de terapeutas ocupacionais nos CAPSi eram contatados em outros dias e horários.

Neste primeiro contato com os profissionais, a pesquisadora se apresentava, apresentava o estudo e passava as informações referentes à participação (como era a participação, o prazo de retorno do questionário, a confidencialidade dos dados, entre outras).

Localizaram-se 43 profissionais terapeutas ocupacionais que integravam o quadro de funcionários de 26 unidades de CAPSi do Estado de São Paulo no período de setembro de 2011 a abril de 2012.

A seguir, apresenta-se no Quadro 3 o número total de unidades de CAPSi localizadas no Estado de São Paulo e o número de terapeutas ocupacionais inseridos nas mesmas.

⁹ Em 16 jul. 2012, foram localizadas 41 unidades de CAPSi no Estado de São Paulo.

¹⁰ A carta de apresentação da pesquisa continha informações sobre o estudo (quem estava realizando-o, instituição, os objetivos, os participantes) e orientações de como proceder caso o profissional aceitasse participar do estudo.

Quadro 3 – Unidades de CAPSi e inserção de terapeutas ocupacionais

	Unidade	Cidade	Número de terapeutas ocupacionais inseridos na unidade
1	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil CAPSi	Americana	0
2	Centro de Atenção Psicossocial Crianças Adolescentes CAPSi Bauru	Bauru	0
3	CAPS Infantil Denise do Amaral	Bebedouro	1
4	CAPS II CEVI Centro de Vivência Infantil	Campinas	3
5	CAPSI Ciranda	Capão Bonito	2
6	CAPS I Criac Centro de Ref da Inf e Adolesc E Carapicuíba	Carapicuíba	1
7	CAPSI Independência	Embu-Guaçu	0
8	CAPS Infantil Guarujá	Guarujá	2
9	CAPS Infanto Juvenil Recriar	Guarulhos	3
10	CAPSI II Inf e Adolescencia Centro de Atenção Psicossocial	Jundiaí	1
11	CAPS Infantil Girassol	Lins	1
12	CAPS Infantil Florescer	Mauá	1
13	CRICA – Centro de Referência à Criança e Adolescência CAPSI-AD	Pirassununga	2
14	CAPS Infantil	Ribeirão Pires	0
15	CAPS Infantil Espaço de Vida	Santana de Parnaíba	2
16	CAPSI Centro de Atenção Psicossocial a Infância Santo André	Santo André	0
17	CAPS Infantil	São Bernardo do Campo	0
18	CAPS CRIA Duas Vendas Infantil	São José do Rio Preto	1
19	CAPS II Infância	São José dos Campos	0
20	CAPS Infantil I Freguesia Brasilândia	São Paulo	2
21	CAPS Infantil II Ipiranga	São Paulo	0
22	CAPS Infantil II Itaquera	São Paulo	0
23	CAPS Infantil II Jabaquara Casinha	São Paulo	1
24	CAPS Infantil II Juventude Santo Amaro	São Paulo	2
25	CAPS Infantil II Lapa	São Paulo	0
26	CAPS Infantil II Mooca	São Paulo	1
27	CAPS Infantil II Penha	São Paulo	2

(Continua)

Quadro 3 – Conclusão

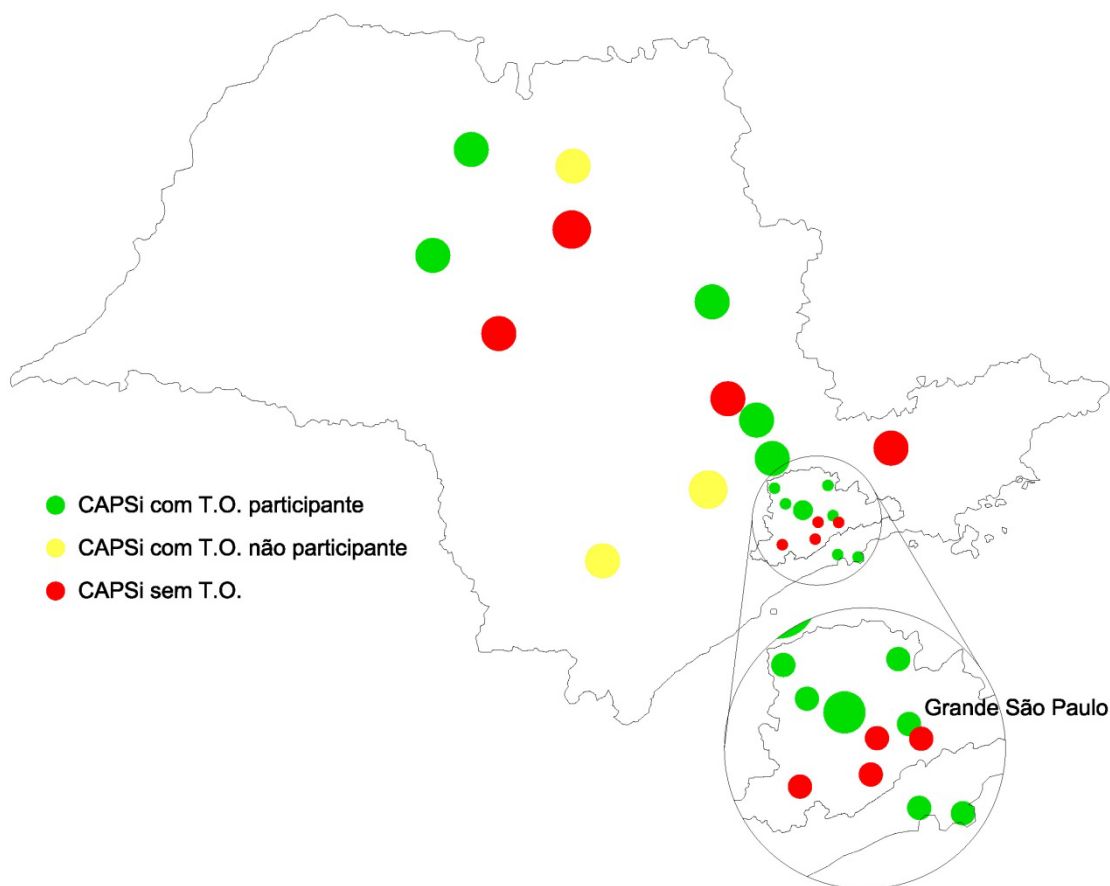
	Unidade	Cidade	Número de terapeutas ocupacionais inseridos na unidade
28	CAPS Infantil II Capela do Socorro	São Paulo	2
29	CAPS Infantil II São Mateus	São Paulo	0
30	CAPS Infantil II São Miguel	São Paulo	2
31	CAPS Infantil II Sé	São Paulo	4
32	CAPS Infantil II Vila Maria Vila Guilherme	São Paulo	4
33	CAPS Infantil II Vila Prudente	São Paulo	2
34	CAPS Infantil III Santana	São Paulo	2
35	CAPS I Centro de Atenção Psicossocial Infantil São Vicente	São Vicente	1
36	CAPS Associação Criança Sorocaba	Sorocaba	1
37	CAPSI Centro de Atenção Psicossocial Infantil Sorocaba	Sorocaba	1
38	CAPS Infantil II Alexandre Donato Monteiro	Taquaritinga	0
Número total de terapeutas ocupacionais inseridos nos CAPSi			43

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que 68,42% das unidades de CAPSi do Estado de São Paulo possuem terapeutas ocupacionais inseridos nas equipes.

A seguir, apresenta-se a Figura 1, que informa sobre a localização das cidades do Estado de São Paulo que possuem unidades de CAPSi, assim como a identificação das unidades que possuem terapeuta ocupacional em seu quadro de funcionários e as unidades de CAPSi cujos terapeutas ocupacionais participaram da pesquisa.

Figura 1 – Localização das unidades de CAPSi no Estado de São Paulo e vinculados ao estudo



Fonte: autoria própria.

3.4.5. Coleta de dados

Durante o contato para o convite de participação da pesquisa, algumas unidades solicitaram que o projeto de pesquisa fosse submetido à Secretaria Municipal de Saúde do município para sua aprovação e consequente aprovação para a coleta de dados com o terapeuta ocupacional daquela unidade de CAPSi. Dessa forma, o projeto de pesquisa foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, São Paulo e Campinas, obtendo-se parecer favorável à realização da pesquisa.

As duas unidades de CAPSi do município de Sorocaba solicitaram que a pesquisa fosse aprovada pela diretora clínica das unidades. Assim, o projeto foi submetido à

diretora clínica das unidades para sua apreciação. Obteve-se a aprovação para realização do estudo em tais unidades.

Assim, a coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa, pelas Secretarias Municipais de Saúde e diretora clínica. Enviou-se a carta de apresentação e convite para participação da pesquisa a todos os 43 profissionais terapeutas ocupacionais localizados, para seus correios eletrônicos, obtidos por meio do procedimento descrito no item anterior.

A partir da resposta com o aceite de participação na pesquisa de 32 terapeutas ocupacionais, o Questionário foi enviado, via correio eletrônico ou correio tradicional, conforme a opção indicada pelo participante, e um prazo inicial de 20 dias para o retorno foi indicado.

A maioria dos participantes optou pelo envio do Questionário por meio do correio eletrônico e apenas duas participantes optaram pelo envio através do correio tradicional.

Aos participantes que optaram pelo envio do Questionário por meio de correio eletrônico, enviou-se um email, inicialmente, agradecendo a participação no estudo e, informando o prazo inicial de 20 dias para o retorno do instrumento preenchido. Neste email, o Questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ambos em formato *Word*, foram anexados.

Já aos participantes que optaram pelo envio através do correio, enviou-se um kit contendo: 1) o Questionário; 2) duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 3) uma carta com informações sobre a pesquisa, a participação da mesma e o prazo de retorno do Questionário preenchido; 4) um envelope selado para que o material pudesse ser retornado sem nenhum ônus ao participante. Apenas um dos dois Questionários enviados pelo correio tradicional retornou preenchido à pesquisadora.

A pesquisadora se comprometeu a alertar os participantes sobre o prazo 5 dias antes do término do mesmo e a enviar informações bimestrais sobre o estudo, via *email*, caso manifestassem interesse em recebê-las. Ao final do estudo, aos participantes que retornaram o questionário preenchido serão enviadas informações acerca dos principais resultados obtidos conforme acordado com os mesmos.

O Quadro 4, a seguir, apresenta o número de aceites de participação obtidos assim como o número de retorno do Questionário pelos participantes.

Quadro 4 – Aceites de participação e retorno do Questionário

	Número
Convites enviados	43
Aceites de participação	32
Retorno dos questionários	24

Fonte: autoria própria.

3.4.6. Análise dos dados

Os dados obtidos por meio do Questionário possibilitaram uma análise quantitativa e qualitativa.

Para a análise quantitativa foram utilizadas análises estatísticas descritivas simples como porcentagem e média, calculadas através do *Microsoft Excel*.

A fim de aprofundar a compreensão dos dados que respondem pelo objetivo principal do estudo, realizou-se uma análise qualitativa dos dados, utilizando a análise temática (MINAYO, 2010).

Dessa forma, seguindo-se as etapas da análise temática proposta por Minayo (2010), realizou-se uma leitura exaustiva das respostas obtidas por meio das questões abertas do Questionário, identificaram-se os temas e reagruparam-se as partes dos textos vinculando-as aos temas encontrados, elaborou-se a redação por tema e a síntese interpretativa.

A análise qualitativa apoiou-se nos conceitos teóricos da Reabilitação Psicossocial e das Políticas Públicas Brasileiras voltadas para o campo da saúde mental, conforme já indicadas na Introdução deste estudo. A partir desse referencial teórico, aspectos relativos ao trabalho interdisciplinar e da formação acadêmica do terapeuta ocupacional são explorados para análise e posterior discussão.

A seguir, apresentam-se os resultados obtidos no presente estudo e a discussão dos mesmos.

4. Resultados e Discussão

Antecedendo a apresentação dos resultados propriamente ditos, mostram-se informações acerca da representatividade dos participantes e das unidades de CAPSi envolvidos neste estudo em função da realidade do Estado de São Paulo.

4.1. Representatividade das unidades de CAPSi e dos terapeutas ocupacionais participantes do estudo

Localizaram-se 38 unidades de CAPSi no Estado de São Paulo, das quais 26 contam com terapeutas ocupacionais em seu quadro de funcionários. O Quadro 5 apresenta o número de unidades de CAPSi localizados no Estado de São Paulo, o número de unidades com terapeutas ocupacionais em seu quadro de funcionários, o número de terapeutas ocupacionais que trabalham nas unidades de CAPSi do Estado de São Paulo localizados e o número de participantes do estudo.

Quadro 5 – Representatividade da amostra

	Número
Unidades de CAPSi localizadas	38
Unidades de CAPSi com terapeutas ocupacionais	26
Terapeutas ocupacionais localizados	43
Terapeutas ocupacionais participantes	24

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que 68,42% das unidades de CAPSi do Estado de São Paulo possui terapeuta ocupacional em seu quadro de funcionários.

Em relação à amostra obtida neste estudo, verifica-se que a mesma representa 55,81% do total de terapeutas ocupacionais inseridas em unidades de CAPSi do Estado de São Paulo.

A seguir, o Quadro 6 apresenta o número total de cidades no Estado de São Paulo que possuem CAPSi com terapeuta ocupacional em seu quadro de funcionários e o número de cidades envolvidas nesta pesquisa.

Quadro 6 – Representatividade das cidades envolvidas na pesquisa

	Número
Cidades no Estado de São Paulo com CAPSi com terapeuta ocupacional	15
Cidades no Estado de São Paulo com CAPSi envolvido na pesquisa	12

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que 80% das cidades que possuem unidades de CAPSi com o profissional terapeuta ocupacional estão envolvidas neste estudo.

O Quadro 7, a seguir, apresenta o número total de regiões administrativas do Estado de São Paulo e o número de regiões administrativas¹¹ envolvidas neste estudo.

Quadro 7 – Representatividade das regiões administrativas do Estado de São Paulo

	Número
Regiões administrativas do Estado de São Paulo	14
Regiões administrativas do Estado de São Paulo que possuem unidades de CAPSi	8
Regiões administrativas do Estado de São Paulo envolvidas no estudo	4

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que 50% das regiões administrativas do Estado de São Paulo que possuem unidades de CAPSi estão envolvidas neste estudo. As regiões administrativas envolvidas são as regiões de Santos (Guarujá e São Vicente), Campinas (Campinas, Jundiaí e Pirassununga), Bauru (Lins), São José do Rio Preto (São José do Rio Preto).

Em relação aos participantes e aos resultados revelados, aponta-se que a representatividade das unidades de CAPSi do Estado de São Paulo, assim como das participantes envolvidas neste estudo foi significativa, na medida em que envolveu cerca de 56% dos profissionais terapeutas ocupacionais e 80% dos CAPSi que contam com esta especialidade em sua equipe multiprofissional. Além disso, considerando as 8 regiões administrativas existentes no Estado de São Paulo, este estudo contou com 4 delas, representadas através dos terapeutas ocupacionais participantes.

¹¹ De acordo com o Portal da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/divpolitica/index.php?page=tabela&action=load&nivel=10>>. Acesso: 19 ago. 2012.

A seguir apresentam-se os resultados obtidos no presente estudo. Primeiramente serão apresentados os resultados advindos da análise quantitativa e que respondem aos objetivos acerca da caracterização da dinâmica de funcionamento dos CAPSi e dos usuários atendidos pelos terapeutas ocupacionais neste equipamento. Em seguida, apresentam-se os resultados advindos das análises quanti-qualitativas acerca da caracterização do trabalho do terapeuta ocupacional nos CAPSi. Para tanto, foram identificadas, a partir das respostas fornecidas pelas participantes, quatro categorias, a saber: CAPSi: teoria e prática; trabalho em equipe; terapia ocupacional nos CAPSi; e formação profissional.

4.2. Caracterização da dinâmica e dos usuários dos CAPSi

Nesta seção apresentam-se os resultados analisados quantitativamente. Tais resultados serão apresentados focalizando: a) caracterização das participantes; b) caracterização da instituição; c) caracterização dos usuários que procuram os CAPSi.

4.2.1. Caracterização das participantes

Nesta subseção apresentam-se os dados obtidos que permitem caracterizar as 24 participantes deste estudo.

As participantes foram questionadas acerca do ano em que concluíram a graduação. Suas respostas foram agrupadas em três grupos, a saber: I) década de 1980; II) 2000-2005; e III) 2006 em diante. Apresenta-se no Quadro 8, a seguir, tais informações e o número de participantes pertencentes a cada grupo.

Quadro 8 – Época de formação das participantes

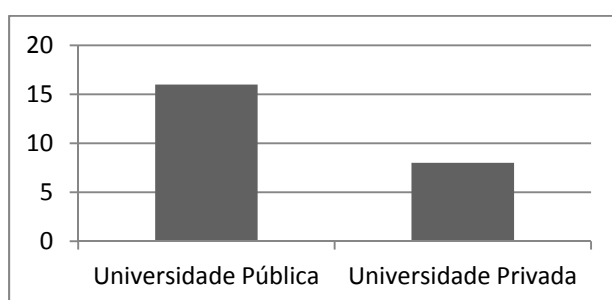
Tempo	Número de participantes
Década de 1980	5
2000-2005	11
2006 em diante	8

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das participantes ($n=11$) concluiu sua graduação no período que compreende os anos de 2000 a 2005, seguido do período que compreende os anos 2006 em diante.

Em relação às instituições onde realizaram a graduação, as mesmas foram agrupadas em: universidade pública e universidade privada. O Gráfico 1 mostra a instituição de ensino na qual as participantes concluíram sua graduação.

Gráfico 1 – Instituições de ensino superior onde as participantes realizaram a graduação

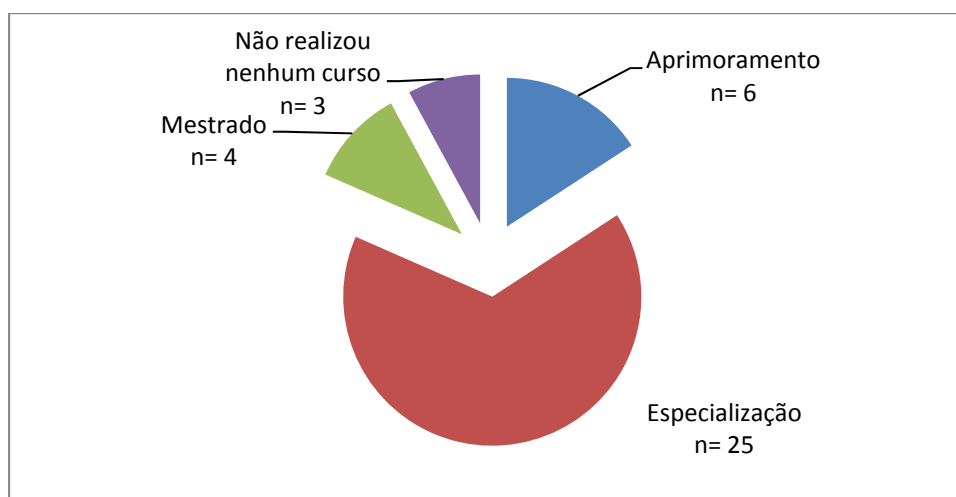


Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das participantes ($n=16$) se formou em universidades públicas.

Em relação à realização de cursos de pós-graduação, as participantes apontaram se realizaram algum curso e indicaram o nível dos cursos realizados. O Gráfico 2, a seguir, apresenta as informações obtidas.

Gráfico 2 – Cursos de pós-graduação realizados pelas participantes



Sendo n o número de referências feitas ao tipo de curso de pós-graduação.

Fonte: autoria própria.

A partir das informações apresentadas no Gráfico 2, observa-se que 21 participantes realizaram pelo menos um curso de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, sendo que algumas realizaram mais de um curso. Verifica-se que a especialização é o mais cursado por elas e que quatro participantes concluíram ou estão cursando o mestrado. Os cursos de especialização realizados pelas participantes se apresentam no Quadro 9, a seguir.

Quadro 9 – Cursos de especialização realizados pelas participantes

Área de Especialização	Tema	Número de referência à área de especialização e ao tema
Terapia Ocupacional	Método Terapia Ocupacional Dinâmica	3
Reabilitação Física	Terapia da mão	2
Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional em Saúde Mental	2
Educacional	Psicopedagogia	1
Coordenação de Grupos e Análise Institucional	-	1
Infância	Clínica interdisciplinar na Primeira Infância: Saúde Física e Psíquica	1
Saúde Mental	Acompanhamento Terapêutico	1
Psiquiatria infantil	Saúde mental na infância e adolescência	1
Saúde pública e mental	-	1
-	Intervenção Familiar	1
Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional em Desenvolvimento Infantil	1
Neurologia	Terapia Ocupacional – Uma visão neurodinâmica	1
-	Saúde Mental	1
Saúde Mental	Multiprofissional em Saúde Mental	1
Arteterapia	Enfoque Junguiano	1
Psicologia	Violência doméstica e sexual	1
Educação	Método montessoriano	1
Gestão em Saúde	Gestão em Saúde	1
-	Violência e Saúde Mental	1
-	Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente	1
Número total de referência		24¹²

Fonte: autoria própria.

¹² Uma participante não especificou o curso de especialização que realizou.

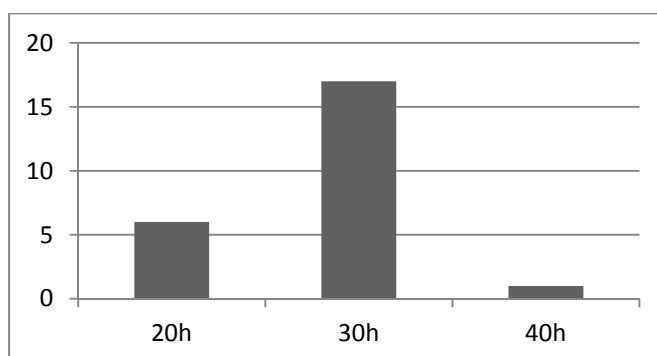
Além dos cursos de pós-graduação acima citados, a maioria das participantes (n=22) afirma ter feito outros cursos que forneceram contribuições para suas ações em saúde mental infanto-juvenil como, por exemplo, cursos de formação em psicanálise, cursos sobre o desenvolvimento infantil, participação em congressos que envolvem temas de saúde mental e psiquiatria da criança e do adolescente, grupos de estudo, entre outros.

Assim, observa-se que há um esforço por parte das terapeutas ocupacionais pela busca na formação continuada, visando aprimorar seus conhecimentos e, conseqüentemente, suas ações.

Quanto ao cargo que ocupam na unidade de CAPSi, duas participantes, além da função de terapeuta ocupacional, ocupam o cargo de gerente e coordenadora da unidade de CAPSi.

Questionou-se sobre a jornada de trabalho das terapeutas ocupacionais nos CAPSi. A seguir, apresenta-se no Gráfico 3 informações sobre a jornada de trabalho das participantes.

Gráfico 3 – Jornada de trabalho nos CAPSi



Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das participantes (n=17) possui uma jornada de 30 horas de trabalho e apenas uma participante tem a jornada de 40 horas.

Quando questionadas se trabalhavam em outro local além do CAPSi, a maioria das participantes (n=15) afirmou trabalhar em outro local e forneceram indicações sobre o mesmo. O Quadro 10, a seguir, apresenta os outros locais de trabalho das terapeutas ocupacionais.

Quadro 10 – Locais de trabalho das participantes além dos CAPSi

Local	Número de referências ao local
Consultório/atendimento domiciliar	5
Outro CAPSi/CAPS	3
NASF	3
APAE	2
UBS	1
ONG	1
Acompanhamento terapêutico	1
Número total de referências	16

Fonte: autoria própria.

Observa-se que a maioria trabalha em consultório particular e/ou faz atendimentos domiciliares (n=5). Apenas uma participante apontou trabalhar em mais dois locais, além do CAPSi.

O cumprimento de uma jornada de trabalho de 20 ou 30 horas permite ao profissional desenvolver suas atividades laborais em mais de um local, o que, muitas vezes, se faz necessário, já que a remuneração do terapeuta ocupacional é relativamente baixa¹³, exigindo esse desdobramento por parte do profissional. Sabe-se que a saúde mental é um campo de trabalho que gera desgaste nos profissionais que prestam a assistência a esta população. Diante deste desdobramento e duplas ou até triplas jornadas de trabalho somado a tal desgaste, como fica a saúde mental destes profissionais? Quais estratégias utilizam para promover sua saúde mental?

Em relação à experiência profissional das participantes antes de se vincularem ao CAPSi, foram identificadas em suas respostas nove áreas de trabalho, a saber: área de saúde mental; consultório particular; área social; deficiência intelectual/múltiplas deficiências; disfunção física; área escolar; atenção básica; outros; e nenhum. O Quadro 11, a seguir, mostra tais áreas, o número de referências às áreas de trabalho e exemplos relativos às áreas identificadas.

¹³ O piso salarial do terapeuta ocupacional no Estado de São Paulo é de R\$1.780,00 por 30h semanais (SINFITO-SP, 2012).

Quadro 11 – Locais de trabalho anteriores ao CAPSi

Áreas	Número de referências às áreas	Exemplos relativos às áreas
Área de SM	15	Enfermaria Psiquiatria Ambulatório Psiquiatria/Saúde Mental Hospital psiquiátrico
Deficiência intelectual/múltiplas deficiências	10	APAE Sociedade Pestalozzi
Consultório particular	5	Clínica/consultório particular Acompanhamento terapêutico
Outros	5	Centro de farmacodependência UNIMED Hospital Asilo Abrigo para deficientes físicos e mentais
Disfunção física	4	Reabilitação física AACD
Área escolar	4	SESI Escola especial
Atenção básica	4	Atenção básica NASF
Área social	3	Abrigo para crianças/adolescentes Projetos sociais
Nenhum	2	-
Número total de referências	52	

Fonte: autoria própria.

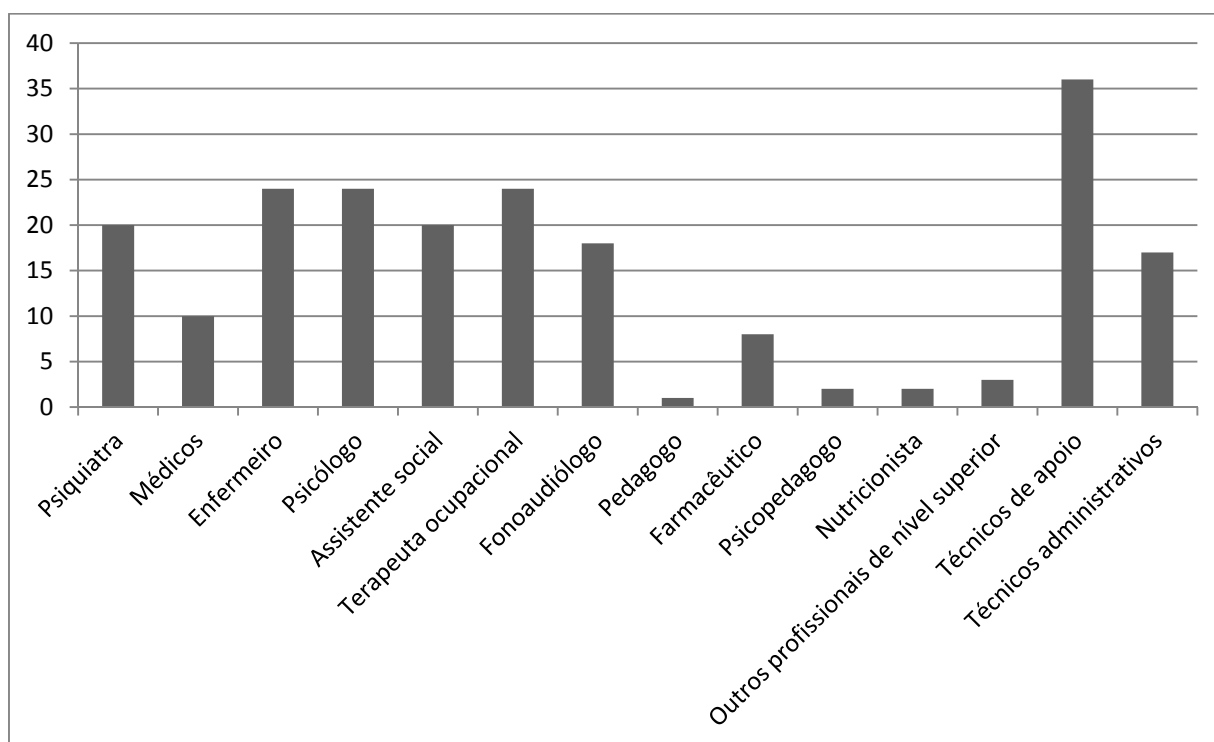
Observa-se que as áreas indicadas com mais referências foram os da própria saúde mental (n=15), seguido da deficiência intelectual/múltiplas deficiências. Ressalta-se que duas participantes referiram que o trabalho no CAPSi é seu primeiro emprego como terapeuta ocupacional.

4.2.2. Caracterização da instituição

Nesta subseção, apresentam-se os dados obtidos que visam caracterizar as unidades de CAPSi.

As participantes apontaram os profissionais que compõem a equipe multiprofissional das unidades na qual trabalham. Tais informações são apresentadas no Gráfico 4, a seguir.

Gráfico 4 – Profissionais que integram as equipes multiprofissionais nos CAPSi



Fonte: autoria própria.

Verifica-se que, além dos técnicos de nível superior previstos para a equipe mínima do CAPSi (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e/ou pedagogo), estão presentes o farmacêutico, o psicopedagogo e o nutricionista.

No grupo médicos, incluíram-se as seguintes especialidades: pediatra (n=4), neurologista (n=5) e médicos (n=1).

Já no grupo de outros profissionais de nível superior, foram incluídas as seguintes profissões: educador artístico (n=1) e educador físico (n=2).

No grupo de técnicos de apoio foram incluídos os seguintes profissionais: auxiliar e técnico de enfermagem (n=22), acompanhante comunitário (n=2), oficineiros (n=3), artista plástica (n=1), técnico farmacêutico (n=4), educador social (n=3) e auxiliar terapêutico (n=1).

Foram considerados como técnicos administrativos: técnico administrativo (n=6), recepcionista (n=2), copeira (n=2), auxiliar de limpeza/faxineiro (n=3), gerente (n=2) e serviços básicos (n=1).

Cabe esclarecer que os números referem-se ao número de frequência das categorias profissionais citadas nas respostas das participantes e não ao número de profissionais que compunham o quadro de funcionários das unidades de CAPSi.

Em relação à equipe multiprofissional que compõe as unidades de CAPSi do Estado de São Paulo, identificou-se todas as categorias profissionais preconizadas pela Portaria GM nº 336, de fevereiro de 2002. Assim, verifica-se que este cenário apresentou uma melhoria nos investimentos em recursos humanos destes equipamentos, já que no estudo de Hoffman, Santos e Mota (2008), dos sete serviços estudados, apenas uma unidade apresentou a equipe multidisciplinar que as diretrizes já preconizavam.

No entanto, embora tenha ocorrido uma melhoria nos investimentos em recursos humanos nos CAPSi, questiona-se se o atual quadro de profissionais é adequado para suprir a demanda da clientela que os CAPSi recebem. Tal enfoque não foi dado neste estudo, porém pesquisas futuras podem contribuir para a observação deste aspecto que, certamente, implica nas possibilidades de responder às premissas colocadas nos objetivos desses equipamentos.

Acerca da inserção do terapeuta ocupacional na unidade de CAPSi, as participantes responderam quando o mesmo foi inserido na equipe e sobre suas percepções acerca das razões para a inserção.

Sobre o momento da inserção, a maioria das participantes (n=19) informou que o profissional terapeuta ocupacional faz parte da equipe desde a inauguração da unidade; três participantes informaram que a inserção deste profissional ocorreu após a inauguração da unidade; e duas participantes não responderam à questão.

Quanto à razão da inserção, das vinte e quatro participantes, onze responderam à questão. Identificaram-se nas respostas aspectos e justificativas pertinentes como, a necessidade do terapeuta ocupacional no CAPSi, a transição de equipamentos, para obter credenciamento no Ministério da Saúde, a determinação judicial pela Vara da Infância, e o seguimento do protocolo de criação do CAPS adulto. O Quadro 12 apresenta tais razões seguidas de exemplos das respostas e o número de referência às mesmas.

Quadro 12 – Razões para inserção do terapeuta ocupacional no CAPSi

Razão	Número de participantes que fizeram referência à razão	Exemplos relativos à razão
Necessidade do terapeuta ocupacional no CAPSi	5	Pela necessidade Estudo da importância deste profissional na equipe
Transição de equipamentos onde já contavam com terapeutas ocupacionais	3	Na transição de hospital dia para CAPSi a equipe permaneceu a mesma Na transição do ambulatório para CAPSi a equipe permaneceu a mesma
Para obter credenciamento no Ministério da Saúde	1	Ampliação do número de profissionais de nível superior para conseguir o credenciamento no Ministério da Saúde
Determinação judicial pela Vara da Infância	1	Após uma determinação judicial da Vara da Infância
Seguimento do protocolo de criação do CAPS adulto	1	Seguiram o mesmo protocolo do CAPS adulto na criação do infantil

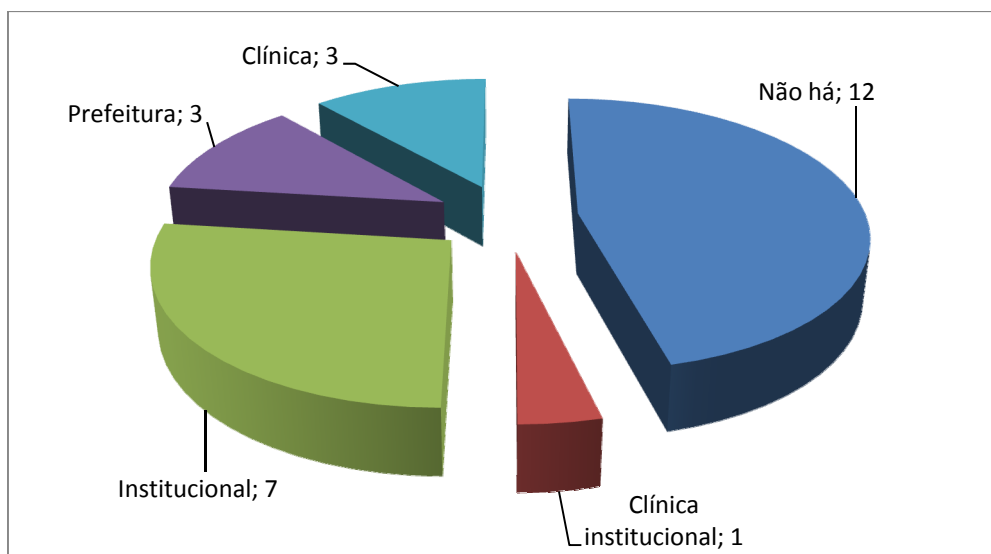
Fonte: autoria própria.

Observa-se que as razões mais apontadas pelas participantes foram a necessidade deste profissional na equipe do CAPSi justificada pela necessidade de suprir a demanda existente no serviço para atividades relacionadas aos pacientes graves e para o treino de habilidades específicas e, por um estudo sobre a importância do terapeuta ocupacional na equipe realizado pela Organização Social¹⁴, que faz a gestão local do município, para construir um projeto de implementação do serviço para o Ministério.

Quando questionadas sobre supervisão disponível nas unidades de CAPSi, as participantes apontaram se a supervisão era disponibilizada ou não, e o tipo de supervisão existente. Apresenta-se, no Gráfico 5, as informações relativas à supervisão nos equipamentos.

¹⁴ A Organização Social de Saúde (OSS) trata-se de um modelo de parceria firmado entre entidades filantrópicas e a Secretaria de Estado da Saúde para a gestão de unidades de saúde, regulamentado pela lei complementar nº 846 de 04 de junho de 1998 (SÃO PAULO, 2012).

Gráfico 5 – Supervisão disponível às participantes



Fonte: autoria própria.

Verifica-se que metade das participantes informou a existência de supervisão no CAPSi e metade indicou que não. Dentre os tipos de supervisão disponíveis às participantes, a supervisão institucional é a mais disponibilizada, seguida da clínica.

Cabe ressaltar que duas participantes apontaram ter dois tipos de supervisão disponíveis (institucional e clínica).

De acordo com a Comissão Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CNSM (2007), na rede de atenção à saúde mental do SUS, a supervisão deve ser clínico-institucional (a discussão dos casos deve ser pautada no contexto institucional, considerando o serviço, a rede, a gestão e a política pública) e o supervisor deve acolher a equipe em suas dificuldades, tensões e sobrecarga (BRASIL, 2007).

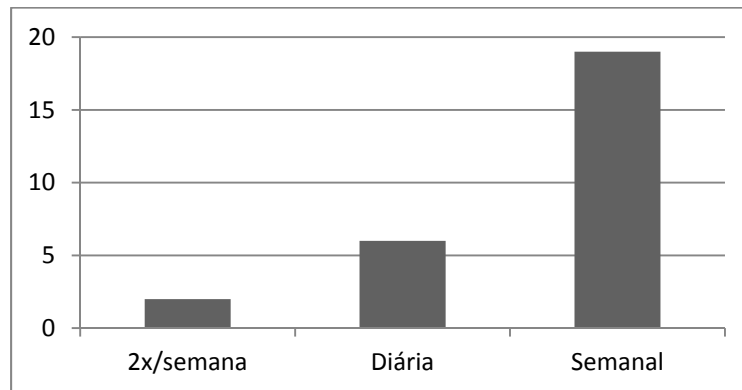
Assim, embora a existência da supervisão clínica em toda a rede de atenção à saúde mental seja determinada pela CNSM desde 2007, verifica-se que ela não está sendo colocada em prática, já que metade das terapeutas ocupacionais apontou não haver supervisão clínica disponível em suas unidades de CAPSi. Além da constatação, importa refletir e problematizar sobre tal realidade na medida em que é reconhecida a importância da oportunidade da supervisão clínico-institucional para o aprimoramento crítico de práticas e propostas, a partir de cooperação entre os saberes (SILVA et. al., 2012), dentre outros.

Reafirmando sobre a relevância de supervisões nos equipamentos, as próprias instâncias governamentais, em 2010, garantiram o financiamento e deram obrigatoriedade da supervisão clínico-institucional em todas as unidades de CAPS, incluindo-se aí os CAPSi (SUS, 2010). Dessa forma, questiona-se sobre os motivos relacionados à ausência desta

prática nos CAPSi, sobre como tem sido esta realidade em outros equipamentos de saúde mental e, ainda, aponta-se que estudos devem se debruçar a compreender e focalizar os diferentes aspectos presentes em supervisões clínicas-institucionais nos CAPSi.

Em relação às reuniões de equipe, todas as participantes afirmaram ocorrer em suas unidades de CAPSi e que participavam das mesmas. O Gráfico 6 apresenta informações sobre a frequência das reuniões de equipe.

Gráfico 6 – Reuniões de equipe nos CAPSi



Fonte: autoria própria.

Assim, denota-se que as terapeutas ocupacionais participam das reuniões de equipe e que as mesmas ocorrem com a frequência mínima de uma vez por semana. As seis participantes que apontaram ter reuniões diárias, informaram também ter reuniões semanais com maior duração.

As participantes foram questionadas acerca dos principais programas, projetos e atividades que o CAPSi oferece aos usuários. Identificaram-se as seguintes modalidades em suas respostas: atendimentos individuais, grupos e oficinas, atividades de lazer, ações na rede, projetos, visitas domiciliares, e outros.

Consideraram-se como “atendimentos individuais” as atividades oferecidas individualmente ao usuário e/ou a sua família e como “grupos e oficinas”, as atividades oferecidas a vários usuários agrupados.

No Quadro 13, a seguir, apresentam-se as modalidades referentes aos principais programas, projetos e atividades oferecidos pelos CAPSi seguidos de exemplos e o número de referências às mesmas.

Quadro 13 – Programas, projetos e atividades oferecidos pelos CAPSi

Modalidades de atendimento	Número de referência à modalidade	Exemplos relativos à modalidade
Grupos e Oficinas	39	Grupo de Saída Grupo de orientação a pais Grupo de psicoterapia Oficina lúdica Oficina terapêutica Oficina de convivência Atividades na convivência
Atendimentos individuais	31	Atendimento individual Orientações Atendimento familiar Atendimento médico Plantão Tratamento Acolhimento Triagem
Ações na rede	26	Matriciamento Trabalho com as escolas Intervenções territoriais Trabalho com Conselho Tutelar Busca ativa
Outros	12	Palestras Assembleia Refeição
Atividades de lazer	9	Festas Passeios periódicos
Projetos	7	Projeto terapêutico individualizado Projeto clínico Projeto de Comunicação Alternativa e Suplementar
Visitas domiciliares	4	Visitas domiciliares
Número total de referências	128	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das referências é feita aos grupos e oficinas (n=39) seguidos dos atendimentos individuais (n=31) e ações na rede (n=26). Observa-se que as visitas domiciliares são pouco mencionadas pelas participantes (n=4).

Tais dados ratificam os resultados encontrados por Reis et. al. (2010b), no qual se verificou que as principais condutas terapêuticas realizadas nos CAPSi são terapia em grupo, atendimento individual, oficina terapêutica e intervenção familiar.

Observa-se que tais programas, projetos e atividades oferecidos pelos CAPSi vão ao encontro do preconizado pela Portaria GM nº 336, de fevereiro de 2002. No entanto,

estudos futuros se fazem necessários para aprofundar estes resultados e verificar se as intervenções realizadas nos mesmos estão efetivamente promovendo a reabilitação psicossocial das crianças e adolescentes usuários dos CAPSi e não apenas respondendo à questões de natureza diversa, como por exemplo, a grande demanda de procura pelo serviço, estratégias adotadas em função de poucos profissionais nos serviços, dentre outras.

Um dado que chama a atenção é o número baixo de referências às visitas domiciliares, já que estão previstas na Portaria GM nº 336 de fevereiro de 2002 e reafirmadas no Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (SUS, 2010). Compreende-se que as visitas domiciliares possam ser consideradas uma ação no território e, de acordo com Fiorati (2010), este é o principal campo de ação da reabilitação psicossocial.

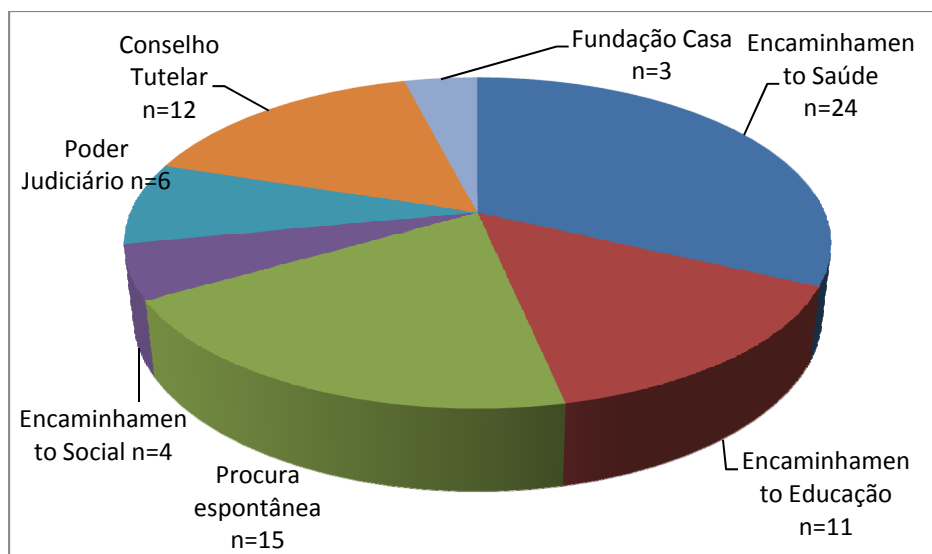
Fiorati (2010) relata que os profissionais de saúde mental entrevistados nos serviços envolvidos em seu estudo apontaram que os projetos terapêuticos dos usuários eram os projetos institucionais advindos da Secretaria de Saúde do Município ou do Ministério da Saúde. Hipotetizando que o mesmo ocorre nas unidades de CAPSi, questiona-se os motivos pelos quais tais práticas estão ocorrendo em tão baixo número, conforme aqui apresentado.

Além disso, importa destacar que, para viabilizar oportunidades de inclusão de seus usuários, as visitas domiciliares e as intervenções nos contextos de vida diária dos mesmos são, a nosso ver, ações fundamentais e muitas vezes, as primeiras a serem realizadas no território.

Em relação ao tipo de inserção dos usuários, quase todas as participantes (n=23) apontaram que esta não necessariamente é realizada em grupos, podendo ocorrer por meio de atendimento individual, caso o usuário apresente esta demanda. Apenas uma participante apontou que a inserção dos usuários em sua unidade de CAPSi ocorre exclusivamente em grupos.

Quando questionadas acerca de como os casos chegavam ao CAPSi, as participantes apontaram de onde os usuários recebiam os encaminhamentos, assim como a ocorrência de procura espontânea pelo serviço. O Gráfico 7 mostra como os casos chegam ao CAPSi e o número de referências feitas pelas participantes a tal tipo de encaminhamento.

Gráfico 7 – Porta de entrada dos CAPSi



Sendo n o número de referências feitas pelas participantes.

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que as principais portas de entrada referidas pelas participantes são os encaminhamentos feitos pelo setor da saúde, seguidos da procura espontânea. No entanto, quando se soma as referências feitas a encaminhamentos feitos pelos Conselhos Tutelares, Poder Judiciário e pelo setor da educação, este número ($n=22$) ultrapassa a procura espontânea e se aproxima dos encaminhamentos feitos pelo próprio setor da saúde.

Ressalta-se que os números apresentados no gráfico referem-se ao número de participantes que fizeram referência ao tipo de porta de entrada e que as mesmas apontaram mais de um tipo de porta de entrada.

Reis et. al. (2010b) também encontraram em seu estudo que a principal porta de entrada dos CAPSi são os encaminhamentos feitos pelo setor da saúde. No entanto, no presente estudo, verificou-se também que a segunda porta de entrada com mais referências foi a procura espontânea, seguido de encaminhamentos realizados pelo Conselho Tutelar e encaminhamentos feitos pelo setor da educação. Tais dados diferem dos encontrados no estudo de Reis et. al. (2010b), que aponta que o setor da educação é a segunda origem de encaminhamentos mais encontrados nos CAPSi, seguidos da demanda espontânea, do Conselho Tutelar, do setor social e do poder judiciário. Resultados mais contrastantes ainda são encontrados no estudo de Delfini et. al. (2009) que verificou que a maioria das origens dos encaminhamentos é do Conselho Tutelar, seguido dos profissionais da saúde.

Considera-se que essa transformação na configuração na origem dos encaminhamentos das crianças e adolescentes aos CAPSi apontam uma forte relação entre a SMi e questões de natureza social em geral; assim, quando somamos os encaminhamentos

feitos pelo Conselho Tutelar, Poder Judiciário e setor social, tem-se resultado que ultrapassam a procura espontânea e se aproximam bastante dos encaminhamentos recebidos do próprio setor da saúde.

Quando questionadas acerca do percurso dos usuários dentro do CAPSi, apenas uma participante não respondeu a questão. A seguir, apresentam-se no Quadro 14 as etapas referentes ao percurso do usuário dentro do CAPSi.

Quadro 14 – Percurso do usuário no CAPSi

Etapas	Número de referências à etapa
Acolhimento/Triagem	21
Construção do Projeto Terapêutico	14
Discussão em equipe	13
Avaliação	11
Inserção em grupo e oficinas	10
Inserção em atendimento individual	4
Inserção em atendimentos	3
Definição do profissional de referência	2
Encaminhamento para terapia ocupacional e psicologia	1
Atendimento psiquiátrico ou neurológico	1
Acompanhamento psiquiátrico mensal	1
Número total de referências	81

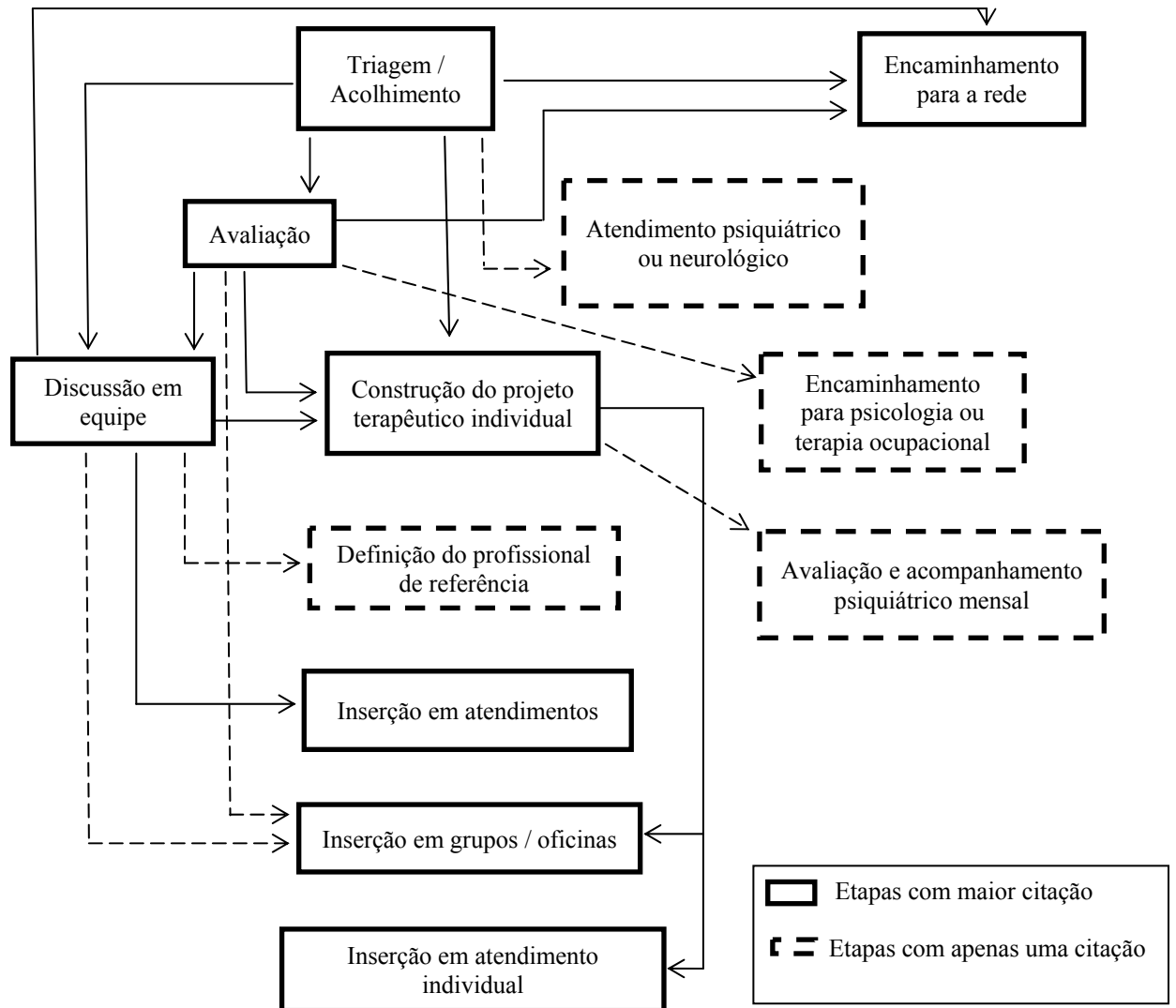
Fonte: autoria própria.

Cabe esclarecer que esta questão foi apresentada de forma aberta, assim algumas participantes detalharam mais o percurso enquanto outras apresentaram suas respostas de forma mais breve, o que refletiu no número de referências a cada etapa.

Acredita-se que algumas etapas como, por exemplo, discussão em equipe, inserção em grupo e oficinas, inserção em atendimento individual, definição do profissional de referência, possam estar incluídas na Construção do Projeto Terapêutico e, portanto, não foram discriminadas por algumas participantes.

A partir das respostas obtidas acerca do percurso do usuário em cada unidade de CAPSi e considerando-se os elementos semelhantes presentes nas mesmas, elaborou-se um fluxograma, que procura representar tal percurso. Apresenta-se no Gráfico 8, a seguir, o fluxograma do percurso dos usuários nas unidades de CAPSi criado a partir das informações relativas a esse tópico.

Gráfico 8 – Fluxograma do percurso dos usuários nos CAPSi



Fonte: autoria própria.

No geral, verifica-se que o percurso dos usuários no CAPSi inicia-se com o acolhimento ou triagem e/ou avaliação. Em seguida, realiza-se a avaliação e há discussão do caso em equipe e constrói-se o Projeto Terapêutico Individual. Finalmente, o usuário é inserido em grupos, oficinas e atendimentos individuais, conforme o Projeto Terapêutico construído pela equipe.

Quando questionadas sobre a existência de ações específicas voltadas ao acolhimento dos usuários e seus familiares, a maioria das participantes (n=20) afirmou a existência dessas ações na unidade. Foram identificadas as seguintes ações nas respostas fornecidas: acolhimento, grupos, visitas domiciliares, orientação familiar, assistência social, atendimentos vinculares, e não informou. Apresentam-se, a seguir, no Quadro 15 tais ações e o número de referências às mesmas.

Quadro 15 – Ações voltadas ao acolhimento dos usuários e seus familiares

Ação	Número de referências à ação
Acolhimento	10
Grupos	5
Não informou	5
Visitas domiciliares	2
Orientação familiar	1
Assistência social	1
Atendimentos vinculares	1
Número total de referências	25

Fonte: autoria própria.

Observa-se que a principal ação é o acolhimento, que foi citado por dez participantes. Cabe salientar que, embora tenham apontado a existência de ações específicas voltadas aos usuários e suas famílias, cinco participantes não informaram quais seriam tais ações.

Além do acolhimento aos familiares, todas as participantes informaram que nas unidades de CAPSi há ações específicas direcionadas às famílias dos usuários. O Quadro 16 apresenta tais ações.

Quadro 16 – Ações específicas direcionadas aos familiares nos CAPSi

Ação	Especificação	Número de referências à ação
Grupos	De família	12
	Sem especificação	9
	Orientação de pais	4
	Geração de renda	2
	Orientação medicamentosa	1
	Acolhimento	1
	Terapia comunitária	1
Oficinas	Mães/familiares	1
	Familiar-criança	1
	Sem especificação	1
Atendimentos	Individual	7
	Núcleo familiar	3
	Vinculares	2
Orientação	-	3
Visitas domiciliares	-	3
Reuniões de pais	-	2
Roda de conversa	-	1
Artesanato na Convivência	-	1
Assembléias	-	1
Número total de referências		56

Fonte: autoria própria.

Observa-se que a principal ação direcionada aos familiares dos usuários consiste em grupos, especialmente os grupos de família e grupos não especificados, seguidos por grupos de orientação aos pais e de geração de renda.

Tais dados também foram encontrados no estudo de Dombi-Barbosa et. al. (2009), no qual se verificou que a principal conduta terapêutica aos familiares é o atendimento em atividades grupais, realizados no interior da unidade, já que poucas visitas domiciliares são realizadas.

Reforça-se a importância de intervenções voltadas às famílias como aponta a literatura (DOMBI-BARBOSA et. al., 2009) e compreende-se que a atenção e ações voltadas aos familiares podem ser desenvolvidas em qualquer âmbito e em diferentes contextos e não somente nos CAPSi.

As participantes apontaram ainda as principais necessidades apresentadas pelas famílias dos usuários dos CAPSi. Em suas respostas foram identificadas as seguintes necessidades: compreensão do quadro, orientações, dificuldades na relação, socioeconômicas,

organização do cotidiano, informação, escuta, preconceito sofrido, aceitação da doença do filho, e acompanhamento. Apresentam-se no Quadro 17, a seguir, tais necessidades e o número de referências à necessidade.

Quadro 17 – Necessidades apresentadas pelas famílias dos usuários dos CAPSi

Necessidade	Número de referências à necessidade
Orientações/Informações	10
Compreensão do quadro	7
Dificuldades na relação	7
Socioeconômicas	4
Organização do cotidiano	4
Escuta	3
Preconceito sofrido	1
Aceitação da doença do filho	1
Acompanhamento	1
Número total de referências	38

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que as principais necessidades são orientações/informações (n=10), a compreensão do quadro (n=7), seguidas de dificuldades na relação (n=7) e dificuldades socioeconômicas.

Ao identificar as necessidades apresentadas pelas famílias dos usuários (indicadas através dos terapeutas ocupacionais participantes) e as ações específicas direcionadas aos familiares, verifica-se que há consonância entre as mesmas, na medida em que os grupos de orientação e de família podem responder às necessidades de orientação/informação, compreensão do quadro, preconceito sofrido; os atendimentos vinculares, às dificuldades na relação; os grupos de geração de renda, às necessidades socioeconômicas; os atendimentos individuais, à organização do cotidiano, aceitação da doença do filho e acompanhamento; e os grupos de acolhimento, à escuta. No entanto, estudos são necessários para confirmar esta hipótese. O estudo de Matsukura e Menecheli (2011), junto a familiares de crianças autistas, revelou que ainda que ações e intervenções voltadas aos familiares existissem e fossem reconhecidas pelos mesmos, os participantes apontaram que as mesmas não eram suficientes e que gostariam de receber mais informações e atenção.

Menezes (2008) aponta que uma das demandas apresentadas pelas famílias dos usuários do CAPSi do Rio de Janeiro é a necessidade de internação do familiar com transtorno mental, o que não foi encontrado neste estudo. Questionam-se quais ações desenvolvidas pelas equipes de saúde na atualidade ou mais localmente podem estar contribuindo para que os familiares não venham a solicitar a internação dos usuários ou se o

instrumento de coleta utilizado no presente estudo não foi sensível para captar informação desta natureza.

Assim, aponta-se a necessidade de estudos e/ou avaliações que se debrucem a compreender sobre a efetividade das ações direcionadas aos familiares e suas necessidades, pois se compreende que a família tem papel e função fundamentais na atenção e cuidados da criança e do adolescente.

Além disso, a participação da família no tratamento das crianças e adolescentes com sofrimento psíquico é preconizada pela reabilitação psicossocial e pelas diretrizes operacionais para os serviços de saúde para crianças e adolescentes (BRASIL, 2005). Segundo Coimbra et. al. (2005), a participação e o envolvimento da família no tratamento das crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais severos diminuem as recaídas e o número de internações psiquiátricas. E, de acordo com as autoras, o cuidado eficaz do indivíduo com transtornos mentais deve contemplar o cuidado de sua família, sendo esta apontada como “o maior recurso na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico” (p.103).

Assim, considerando também a necessidade do fundamental envolvimento das famílias no processo de reabilitação psicossocial de crianças e adolescentes, reforça-se a importância de que novos estudos que focalizem sobre as demandas dessas famílias, aprofundem sobre a compreensão das abordagens realizadas junto a esta população, dentre outros, sejam desenvolvidos.

Quando questionadas acerca da atenção à crise¹⁵, as participantes apontaram como esta atenção é realizada. Foram identificadas nas respostas obtidas: próprio CAPSi; internação; por outro equipamento; pronto socorro; hospital geral; e outros. Tais informações apresentam-se, a seguir, no Quadro 18.

Quadro 18 – Atenção à crise

Informação	Número de referências à informação
Próprio CAPSi	15
Internação	6
Por outro equipamento	4
Pronto socorro	3
Hospital geral	3
Outros	2
Número total de referências	33

Fonte: autoria própria.

¹⁵ Compreende-se por crise o momento no qual o sofrimento é tão intenso que desestrutura a vida psíquica e social tanto do sujeito quanto a de sua família (GONDIM, 2006).

Observa-se que as próprias unidades de CAPSi realizam a atenção à crise (n=15). Na categoria outros, consideraram-se SAMU e encaminhamento para hospital especializado.

Verifica-se que há uma tentativa por parte dos CAPSi de resolutividade da atenção à crise pelo próprio dispositivo, embora, de acordo com as premissas apresentadas pelos documentos oficiais (BRASIL, 2002c), apenas o CAPS III possui a responsabilidade de responder à crise dos usuários, possuindo estrutura para tanto. Esta tentativa demonstra a preocupação dos profissionais de saúde mental em efetivar ações condizentes com a Reforma Psiquiátrica e com a atenção psicossocial, visando diminuir o número de internações.

Ressalta-se a importância dos CAPSi em responder à atenção à crise, pois, se nas premissas destes dispositivos priorizam-se o atendimento aos casos graves, as crises são inerentes e comuns aos transtornos mentais graves.

Contudo, sabe-se que, em alguns casos, senão muitos, os CAPSi não têm recursos suficientes para prestar atenção a todos os usuários em crise. Assim, é necessária a existência de uma rede de suporte, com a articulação da assistência ao usuário com Centros de Saúde, pronto socorro, SAMU, etc. (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Em consonância, foi ratificada na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a criação, o fortalecimento e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas em saúde mental entre a atenção básica, ambulatorios de saúde mental, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, CAPS, SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento, hospitais regionais e gerais, para a atenção à crise, destacando a atuação antimanicomial e interdisciplinar (SUS, 2010).

4.2.2.1. Altas

Quando questionadas sobre as altas, todas as participantes afirmaram que há casos de altas e indicaram a frequência em que estas ocorrem. A seguir, no Quadro 19, apresentam-se tais frequências e o número de participantes que fizeram referência às mesmas.

Quadro 19 – Frequência de altas dos usuários dos CAPSi

Frequência	Número de participantes que fizeram referência à frequência
Não apresentou a frequência	13
A frequência não é alta	5
Frequência menor que a demanda	1
2 a 3 altas por semestre	1
2 altas por ano	1
Frequência menor que os casos que não recebem alta	1
Alguns casos recebem alta após 6 meses, entre 6 meses e 1 ano, outros após 1 ano ou 2 anos	1
Há muitas altas	1

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a frequência das altas, no geral, é reduzida, embora treze participantes não tenham mencionado a frequência.

Este baixo número de altas pode estar relacionado a uma carência de serviços nos quais estes usuários possam ser inseridos e um reflexo da fragilidade da rede de serviços dos diversos setores que assistem às crianças e aos adolescentes, além da complexidade dos quadros dos usuários. Aponta-se a necessidade de novos estudos que devem contribuir para a compreensão destes aspectos e fornecer elementos para questionamentos como, por exemplo: estaria o CAPSi se constituindo como um novo tipo de institucionalização? Casos mais graves e severos precisam de outras formas de cuidado e/ou de institucionalização, de que tipo? Quais espaços que promovam a saúde mental desta população podem e devem ser maximizados, utilizados e frequentados?

Nesta direção, abordando sobre o CAPS e a população adulta, Nassere (2007) aponta que há semelhanças entre os CAPS e o modelo hospitalocêntrico no que concerne a dificuldade em dar alta aos usuários do serviço e apresenta algumas condições verificadas que sustentam tal afirmação como, por exemplo, o fato de alguns profissionais da equipe “protegerem” os usuários, no sentido de “mantê-los debaixo de suas asas” (p.118); a classificação por patologias, a hierarquia da psiquiatria que ainda predomina nestes dispositivos e a dificuldade de colocar em prática a horizontalidade entre os profissionais.

Sobre o questionamento apresentado às participantes sobre se os casos que recebiam altas estavam relacionados a algum tipo de problemática ou diagnóstico, identificaram-se as seguintes informações: não há relação, remissão dos sintomas/melhora, altas por abandono de tratamento, encaminhamento para a atenção básica, casos de primeiro

surto sem reincidência, transferência de serviço em função da idade, transtorno de conduta, problemática da demanda de casos que não são para o CAPSi mas permanecem no serviço por falta de profissionais na atenção básica, outros diagnósticos que não autismo e psicose, e casos de hiperatividade. O Quadro 20, a seguir, mostra tais informações e o número de participantes que fizeram referência às mesmas.

Quadro 20 – Casos de altas x problemática e/ou diagnóstico

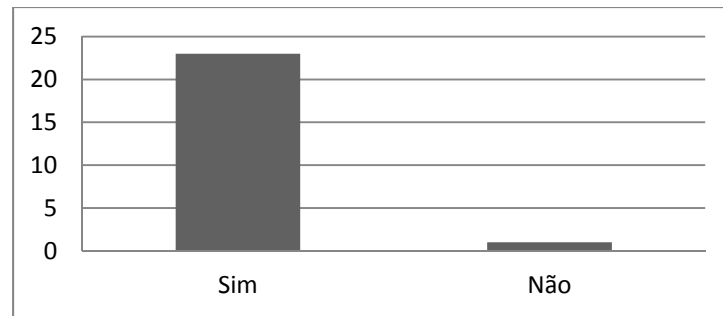
Informação	Número de referência à informação
Não há relação	9
Remissão dos sintomas/melhora	6
Altas por abandono do tratamento	2
Encaminhamento para a atenção básica	2
Transferência de serviço em função da idade	2
Casos de primeiro surto sem reincidência	1
Transtorno de conduta	1
Problemática da demanda de casos que não são para o CAPSi mas permanecem no serviço por falta de profissionais na atenção básica	1
Outros diagnósticos que não autismo e psicose	1
Casos de hiperatividade	1
Número total de referências	26

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que, no geral, os casos que recebem alta dos CAPSi não estão relacionados a algum tipo específico de problemática ou diagnóstico.

Questionou-se se as famílias dos usuários recebiam atenção e orientação nos momentos de alta, de desligamento e/ou encaminhamentos. O Gráfico 9, a seguir, apresenta se as famílias recebem esta atenção e orientação.

Gráfico 9 – Atenção e orientação às famílias nos momentos de altas



Fonte: autoria própria.

Observa-se que as famílias recebem atenção e orientação nos momentos de alta, desligamentos e/ou encaminhamentos.

Ainda sobre a atenção e orientação fornecidas aos familiares dos usuários nos momentos de altas, desligamentos e/ou encaminhamentos, as participantes relataram que o serviço é colocado à disposição caso haja necessidade de retorno ao serviço e para esclarecimento de dúvidas; a mediação das relações pela equipe do CAPSi com o equipamento para o qual o usuário foi encaminhado; e o sentimento de perda do serviço por algumas famílias também foram apontados pelas participante, como pode ser observado nas falas a seguir.

“(…) a orientação é realizada pelo profissional que deu alta ou encaminhou para outro serviço, sendo que o serviço fica à disposição de maiores dúvidas e esclarecimentos posteriormente, e se caso houver necessidade o retorno ao tratamento.” (TO1).

“Sempre informamos os motivos e ouvimos a família em cada situação como altas, desligamentos e encaminhamentos. Uma curiosidade é que quando damos alta ou encaminhamos para uma UBS, as famílias se sentem como se estivessem perdendo o serviço e não que o filho está melhor e não precisa de um atendimento especializado.” (TO11).

“(…) a alta e o encaminhamento são feitos junto com a família, estando a equipe mediando as novas relações se propondo a estar junto nesse processo.” (TO13).

“A família recebe todas as orientações necessárias e também fica avisada sobre o suporte (...), estendemos que o caso pode ser para CAPSi em um momento, ter alta em outro, mas pode ter a necessidade de retornar, e a família é sempre incentivada a ter este serviço como um apoio e como parte da rede de suporte social da família. Quanto aos encaminhamentos sempre pedimos que nos informe se tiveram acesso e êxito nos encaminhamentos feitos e caso negativo vamos sempre atrás disso, trabalhamos com o conceito de encaminhamento

implicado, que foge da lógica de passagem de responsabilidade para uma lógica de responsabilidade compartilhada.” (TO22).

“Os processos de encaminhamento normalmente são feitos de forma cuidadosa, pessoalmente, muitas vezes vamos com o usuário e/ou familiar no novo serviço e ficamos a disposição para qualquer necessidade.” (TO24).

Observa-se a partir dos relatos das participantes que os profissionais oferecem atenção e orientação às famílias nos momentos de alta e estão comprometidos e implicados no encaminhamento compartilhado¹⁶, que é preconizado pelo Ministério da Saúde nos casos que envolvem a saúde mental das crianças e adolescentes (DELFINI; REIS, 2012).

Contudo, faz-se necessário a atenção ao relato de sentimento de perda do serviço por parte das famílias dos usuários que recebem alta dos CAPSi. Hipotetiza-se que os familiares, além de se reconhecerem amparados, têm crítica positiva acerca dos cuidados voltados para suas crianças/adolescentes o que pode levar ao temor de desvinculação do serviço. No entanto, pode também apontar para a grande dificuldade em conseguir oportunidades de tratamento/acolhimento já vivenciada e sabida pelos mesmos, além de refletir a apreensão dos familiares sobre o que há a seguir, como prover o necessário, dentre outras.

Parece evidente que ainda pouco se sabe acerca das perspectivas e realidade enfrentada pelos usuários e familiares, após o desligamento das unidades. Ou, ainda mais preocupante, pouco se tem em termos de estratégias, que possam facilitar ou garantir a inserção social, a qualidade de vida e a saúde desta população fora dos CAPSi. Acrescentam-se assim questões como, por exemplo, quais políticas, equipamentos e modalidades de ação e intervenção devem compor a rede de cuidados de crianças/adolescentes e seus familiares? Por quanto tempo? Em quais situações? Em quais contextos?

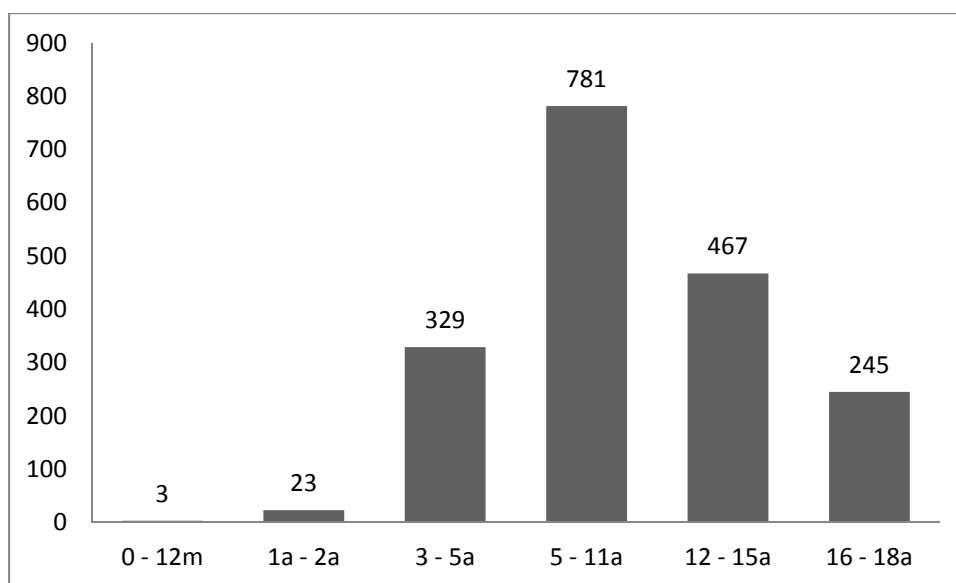
4.2.3. Caracterização dos usuários que procuram os CAPSi

¹⁶ O encaminhamento compartilhado é precedido por uma discussão do caso entre as equipes do CAPSi e do equipamento para o qual o usuário é encaminhado. Esta discussão pode ser feita por meio de telefone ou pessoalmente. Esta discussão evita que o usuário se desloque até o equipamento para o qual está sendo encaminhado e fique sem acolhimento (DELFINI; REIS, 2012).

Nesta subseção apresentam-se os resultados que buscam fazer uma caracterização dos usuários das unidades de CAPSi do Estado de São Paulo.

A seguir, no Gráfico 10 apresenta-se o número de usuários, agrupados por idade, atendidos por mês pelas terapeutas ocupacionais nos CAPSi¹⁷.

Gráfico 10 – Número de usuários atendidos por mês pelas participantes



Fonte: autoria própria.

Verifica-se que as crianças na faixa etária entre os 5 e 11 anos de idade representam a maioria dos usuários atendidos nos CAPSi (42,26%). Observa-se ainda que a minoria dos usuários encontra-se nos dois extremos: de 1 a 2 anos e de 16 a 18 anos.

As idades dos usuários das unidades de CAPSi também apresentam variações entre os estudos encontrados na literatura e o presente estudo. Hoffman, Santos e Mota (2008), encontraram idade média dos usuários de 11,1 anos; Delfini et. al. (2009) apontam que a maioria dos usuários dos CAPSi tem entre 5 e 15 anos; e Reis et. al. (2010b) verificaram que os usuários tinham, na maioria, idades entre 10 e 14 anos. Neste estudo, verificou-se que os usuários atendidos pelas terapeutas ocupacionais nas unidades de CAPSi do Estado de São Paulo participantes possuem idades entre 5 e 11 anos, seguidos de 12 e 15 anos. Não obstante, há consenso em relação ao pequeno número de usuários com idade acima de 15 anos.

¹⁷ A partir do apontamento de não haver ações desenvolvidas apenas por uma categoria profissional nos CAPSi feito pelas participantes, compreendeu-se que este número pode se referir ao número de usuários atendidos por mês nos CAPSi e não apenas ao número atendido pelas terapeutas ocupacionais.

Observa-se também que há poucas crianças menores de cinco anos de idade atendidas nos CAPSi. Fato que pode ser explicado pela demora no diagnóstico dessas crianças.

Tal hipótese pode ser reforçada pelo estudo de Visani e Rabello (2012) onde verificaram que, na maioria dos casos de crianças autistas e psicóticas atendidas em um CAPSi da cidade de São Paulo, o período entre a percepção pelos pais das crianças de que havia “algo errado” com elas e o diagnóstico formal foi de três anos, sendo que os casos mais graves passaram por até seis profissionais ou instituições de saúde até receberem tal diagnóstico.

Este longo período no qual a criança passa por vários profissionais de saúde até receber um diagnóstico formal traz prejuízos ao seu desenvolvimento, já que neste período, além da fase de desenvolvimento em que se encontra, a mesma fica sem tratamento adequado às suas dificuldades, déficits e necessidades (BIRD; DUARTE, 2002). Além disso, ao colocar foco sobre crianças com prejuízos emocionais graves, deve-se considerar concomitantemente, a partir do que a literatura na área tem evidenciado sobre os desafios e dificuldades dos familiares ou responsáveis em conseguir um diagnóstico (MANSELL; MORRIS, 2004; OSBORNE; REED, 2008) e disponibilizar serviços desta natureza, inseridos nos próprios equipamentos ou equipamentos de saúde básica, como parte da atenção disponibilizada a esta população.

Assim, compartilha-se da compreensão de que o desafio colocado na avaliação e diagnóstico precoce das crianças que possuem transtornos mentais é a articulação entre os serviços que estas crianças acessam e as pessoas que estão em contato diário com elas, como as escolas, os familiares, entre outros (BIRD; DUARTE, 2002).

Ainda que se possa compreender que as crianças com menor idade não estejam, em número expressivo, em tratamento nos CAPSi na medida em que o processo de identificação de problemáticas na esfera da SMi é bastante longa e complexa, o mesmo não se aplica aos adolescentes.

Assim, é importante refletir sobre onde estão os jovens em sofrimento psíquico, sendo necessário que as políticas públicas sejam direcionadas a ações específicas a essa faixa etária. Estudos futuros, focalizando essa população devem ser realizados na medida em que se trata de uma etapa do desenvolvimento bastante complexa e com especificidades; além disso, a literatura da área é escassa e a realidade nacional sobre o tema é ainda pouco explorada.

O Quadro 21 apresenta os diagnósticos mais comumente identificados nos usuários dos CAPSi.

Quadro 21 – Diagnósticos dos usuários dos CAPSi

Diagnóstico¹⁸	Número de referências ao diagnóstico	Subcategorias
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	25	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (n=6) Transtornos hipercinéticos (n=3) Transtornos de Conduta (n=13) Transtornos emocionais com início específico na infância (n=2) Transtornos mistos não especificado (n=1)
Transtornos do desenvolvimento psicológico	19	Transtornos globais do desenvolvimento (n=18) Atraso no desenvolvimento não específico (n=1)
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	11	Psicoses (n=8) Esquizofrenia (n=3)
Transtornos de humor (afetivos)	10	Transtornos de humor (n=6) Depressão (n=4)
Outros	8	Vulnerabilidade social (n=1) Comportamento (n=1) Dificuldades escolares e sociais (n=1) Agitação psicomotora (n=1) Dificuldade de aprendizagem (n=1) Alteração de comportamento reativo a questões ambientais (n=1) Agressividade (n=1) Violência sexual e doméstica (n=1)
		(Continua)

¹⁸ De acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2008).

Quadro 21 – Conclusão

Diagnóstico	Número de referências ao diagnóstico	Subcategorias
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	7	Transtorno Obsessivo Compulsivo (n=2) Transtorno de estresse pós-traumático (n=1) Transtornos ansiosos (n=3) Transtornos neuróticos (n=1)
Retardo mental	5	-
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	2	-
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	2	Transtornos de personalidade (n=1) Tricotilomania (n=1)
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	1	Transtornos da alimentação
Número total de referências	90	

Fonte: autoria própria.

A partir das informações apresentadas no Quadro 21, verifica-se que os diagnósticos mais comumente identificados nos usuários das unidades de CAPSi são os transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (n=25) e os transtornos do desenvolvimento psicológico (n=19), incluídos aí os transtornos invasivos do desenvolvimento.

Cabe esclarecer, no entanto, que esta pergunta foi apresentada no questionário em formato de questão aberta. Assim, as respostas fornecidas pelas participantes foram apresentadas de diversas maneiras como, por exemplo, através da nomenclatura da CID-10, do DSM-IV, entre outras. Como a maioria das participantes utilizou a CID-10 para responder à questão e os estudos encontrados na literatura também fazem uso desta nomenclatura, optou-se por utilizar esta classificação para a categorização das respostas no presente estudo.

No que tange a caracterização dos usuários atendidos nas unidades de CAPSi, estudos apontam que os diagnósticos mais frequentemente encontrados são os transtornos do comportamento e transtornos emocionais (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; DELFINI et. al., 2009; REIS et. al., 2010), os resultados do presente estudo reforçam tais achados. Aponta-se que estes transtornos são referidos como principal demanda e clientela desde os

estudos que datam de 2008 e são reafirmados neste momento; assim, essa realidade parece estável em relação a esta questão.

De acordo com a proposta dos CAPSi, estes equipamentos devem responder prioritariamente a crianças com autismo infantil, psicoses e para as quais há prejuízos psicossociais severos (BRASIL, 2002c). Assim, a partir dos resultados do presente estudo e de estudos anteriores, questiona-se onde estão inseridos estas crianças e adolescentes com prejuízos severos, já que esta população não tem sido a principal demanda e clientela destes equipamentos.

As participantes foram questionadas se consideravam que a população de crianças e adolescente que chegavam aos CAPSi diziam respeito à esfera da saúde mental. A maioria das participantes (n=23) apontou que a demanda da população infanto-juvenil que chegava a suas unidades de CAPSi era da esfera da saúde mental. Apenas uma participante apontou que não.

No entanto, as participantes afirmaram que esta população também apresentava demandas de outros campos. O Quadro 22 apresenta tais campos e o número de referências feitas ao campo.

Quadro 22 – Esferas das demandas apresentadas pela população infanto-juvenil nos CAPSi

Campo	Número de referências ao campo
Social	12
Educação	11
Neurologia	6
Deficiência intelectual sem comorbidade	3
Justiça	2
Psicologia	2
Familiar	2
Esporte	1
Cultura	1
Fonoaudiologia	1
Conselho tutelar	1
Física	1
Não informou	1
Número total de referências	44

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que, além da esfera da saúde mental, as principais demandas das crianças e adolescentes que chegam aos CAPSi concentram-se também nos campos social (n=12) e de educação (n=11).

Considerando a percepção das participantes acerca da especificidade da clientela e o campo da saúde mental infanto-juvenil, importa destacar que, ainda que os casos mais graves possam não ser a maioria dos usuários do serviço, o mesmo parece responder a uma demanda existente, reconhecidamente do campo da saúde mental, e que também necessitam de cuidados e atenção. Nesta direção a questão que se apresenta parece estar relacionada à dimensão de (re) estruturação e ampliação das políticas em saúde mental infanto-juvenil, de forma a responder pela complexidade qualitativa e quantitativa dos aspectos presentes neste campo.

Além disso, estes resultados reforçam a importância e necessidade de ações e articulações intersetoriais, territoriais e comunitárias, já que os CAPSi não devem e não podem ser os únicos responsáveis por atender às demandas que envolvem as diversas esferas de atenção.

Foram apresentados nesta seção os resultados analisados quantitativamente, que responderam aos objetivos de caracterizar a dinâmica de funcionamento das unidades de CAPSi e os usuários atendidos pelos terapeutas ocupacionais neste equipamento.

Na próxima seção apresentam-se os resultados e discussões, advindos de análises quanti-qualitativas e que procuram responder aos demais objetivos deste estudo.

4.3. Resultados quanti-qualitativos

A seguir, serão apresentados os resultados analisados quantitativa e qualitativamente de acordo com as quatro categorias identificadas: a) CAPSi: teoria e prática; b) trabalho em equipe; c) terapia ocupacional nos CAPSi; e d) formação profissional.

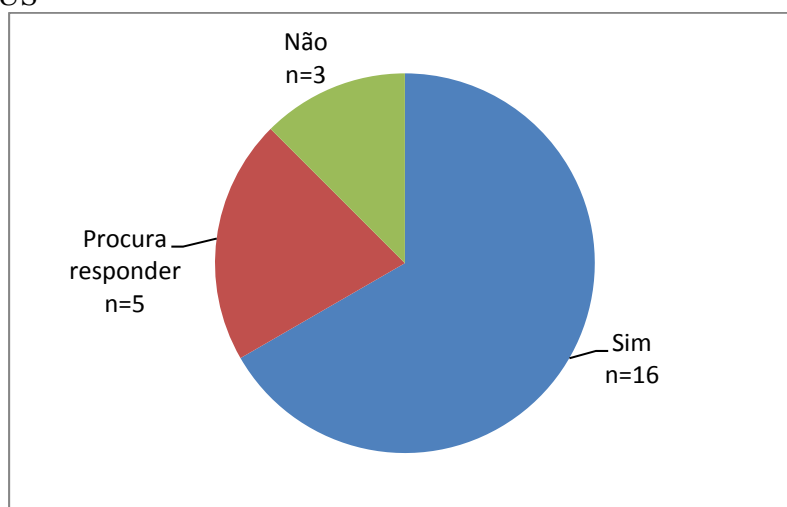
4.3.1. CAPSi: teoria e prática

Nesta subseção serão apresentados os dados obtidos referentes à opinião das participantes acerca do seguimento das propostas, princípios e diretrizes do CAPSi e do SUS

pelas unidades de CAPSi e da articulação com a rede de serviços que assistem às crianças e aos adolescentes.

Questionou-se às participantes se acreditavam que a unidade de CAPSi na qual trabalhavam respondia às propostas, princípios e diretrizes do CAPSi e do SUS. O Gráfico 11, a seguir, apresenta tal resultado.

Gráfico 11 – Resposta pelos CAPSi às propostas, princípios e diretrizes do CAPSi e do SUS



Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das participantes considera que sua unidade responde ou procura responder às propostas, princípios e diretrizes do CAPSi e do SUS.

Nos relatos das participantes, a seguir, verificam-se as justificativas apresentadas.

“Acredito que sim, (...) seguimos a integralidade do cuidado, o acesso, a equidade, a igualdade, a regionalização, as portarias para CAPSi, o acolhimento, a porta aberta, a política de humanização, a participação comunitária. E eu, na condição de terapeuta ocupacional do serviço, me mantenho atualizada sobre esses conceitos que embasam minha prática diária. Estamos atentos e recebemos relatório mensal sobre nossa produtividade, sobre nossas modalidades de atendimento, sobre os indicadores e perfil populacional, o que nos mantém alinhados com a proposta de trabalho deste CAPS i em questão.” (TO22)

“Sim (...) compõe uma equipe interdisciplinar e procura voltar o trabalho para a reabilitação psicossocial. Assim, a terapia ocupacional também responde a tal proposta.” (TO9)

“Sim. Entendo que há essa priorização no entendimento dos casos graves e com mais comprometimento. Entretanto, temos recebido

muitos casos de transtorno de conduta mal diagnosticados, tendo que atender essa grande demanda.” (TO13)

“Acho que vem respondendo mais, pois iniciaremos neste final de mês, o atendimento intensivo.” (TO17)

A partir das falas aqui apresentadas, evidencia-se, além da compreensão positiva sobre a articulação entre a prática exercida e a preconizada, que as terapeutas ocupacionais têm conhecimento e crítica acerca das políticas públicas e procuram realizar suas ações de forma consistente com as premissas de tais políticas e dos princípios da reabilitação psicossocial. Ainda que tais constatações possam parecer óbvias, na medida em que são fundamentais para atingir objetivos reais e não estacionar no patamar de teorias, sabe-se que alguns dos “dificultadores” de implementações de políticas que buscam avançar estão relacionados aos profissionais que exercem suas práticas diretamente junto à população e da necessidade de formação e crítica dos mesmos. Nesta direção, aponta-se a articulação contextualizada que os participantes deste estudo apresentaram como importante possibilidade de avanço e transformação.

Aponta-se também, a partir dos resultados aqui apresentados, que os terapeutas ocupacionais se colocam comprometidos com as políticas públicas de saúde mental brasileiras.

É certo que tal condição de conhecimento e reconhecimento não são suficientes para garantir a realização do que é preconizado pelas políticas, como aqui também evidenciado mas, certamente, são necessários e devem somar nas possibilidades de ação e precisam ser considerados para a compreensão dos resultados aqui apresentados.

Assim, ainda que sigam e procurem responder às premissas, alguns limites foram apontados pelas participantes, como a dificuldade em operacionalizar a modalidade de atendimento intensivo e ao fato de casos leves, que poderiam ser acompanhados na atenção básica, estarem inseridos no CAPSi por não ter atendimento efetivo na atenção básica.

“Acredito que a unidade em que trabalho tem dificuldade em operacionalizar a modalidade de atendimento intensivo, pois há muita resistência da equipe em acolher usuários que permanecerão no serviço por mais tempo. Ainda se tem um estilo de trabalho “ambulatorial”. Procuramos (alguns membros da equipe e eu) propor aos demais membros da equipe uma reflexão do nosso papel como CAPSi, da nossa responsabilidade de oferecer cuidado intensivo para os casos graves, porém esta é uma questão em que ainda não avançamos muito. Considerando o contexto institucional em que a TO

está inserida, considero que assim como a unidade, a TO também não responde a proposta do cuidado integral (embora seja um desejo responder a esta proposta de cuidado em saúde mental do SUS).” (TO2)

“Em termos. O número de autista no serviço é bastante grande, no entanto ainda estamos estruturando o serviço de modo que possa disponibilizar uma frequência mais ampla para os usuários. A maioria deles frequenta o serviço apenas duas vezes na semana. O usuário com transtorno autista é o que a terapia ocupacional mais atende no CAPS. Já os pacientes psicóticos, em geral, tem dificuldade em serem trazidos pelas famílias que resistem ao diagnóstico e tratamento, são muitas as faltas no serviço e novas estratégias são sempre repensadas para mudar este quadro.” (TO15)

“Sim. Realizamos ampla discussão em equipe sobre o assunto. No nosso município não há ações efetivas de promoção da saúde, muito menos em relação à saúde mental, nem estratégias de matriciamento. Recebemos muitos casos que não configuram demanda para o CAPSi e que muitas vezes não encontram atendimento efetivo na atenção básica. O conceito de “portas abertas” acabou dando margem para que essa ação acabasse virando um serviço de “triagem”, muitas vezes realizamos um serviço de atenção básica. Descobrimos no final de 2011, que 90% dos acolhimentos realizados não eram casos para matrícula no serviço, o que nos faz atualmente debater o que de fato significa “porta aberta”, já que a demanda do município é muito maior do que o CAPSi pode atender, e há uma enorme lacuna na atenção básica em saúde mental.” (TO24)

Observa-se no relato das participantes que as unidades de CAPSi do Estado de São Paulo buscam responder às premissas, diretrizes e propostas dos CAPSi e do SUS. Embora tenha sido preconizado pela Portaria GM nº336/02 há mais de dez anos, verifica-se ainda algumas dificuldades em operacionalizar tais premissas.

A partir da fala das participantes, é possível reconhecer e compreender, com mais profundidade, aspectos anteriormente destacados acerca do funcionamento/dinâmica e caracterização da clientela dos serviços. Assim, aspectos como a impossibilidade de responder a demandas tão complexas e de diferentes tipos, foram aqui evidenciados e reforçam a consideração acerca da necessidade de ampliação de serviços e do alcance dos mesmos. Além disso, a urgência para que a articulação entre as modalidades de atenção, oferecidas à população, possam ocorrer de fato e se concretizar na esfera da saúde mental infantil, é claramente verificada e coloca, especialmente para a atenção básica, tal desafio bastante urgente.

Os chamados aqui “dificultadores” para a implementação das premissas colocadas nas políticas e no referencial teórico que embasam a proposta destes equipamentos parecem ser bem identificados pelos técnicos, que tentam responder à realidade da melhor forma possível, como verificado nas falas. Mas, certamente, sem apoio de diversos tipos (recursos humanos, físicos, de formação, etc) e de ampliação de ações e políticas, não terão como responder às problemáticas deste campo.

Assim, por exemplo, no que tange os recursos humanos, percebe-se que houve um investimento neste quesito com a contratação de mais profissionais para compor as equipes dos CAPSi, como pode-se verificar nos resultados referentes à equipe que compõe estes dispositivos, apresentados anteriormente. No entanto, parece que, diante da demanda, o número de profissionais ainda não é suficiente para prestar atendimento a toda população que procura e necessita do mesmo.

Em relação à articulação com a rede de serviços, vinte e duas participantes afirmaram verificar a ocorrência de articulação do serviço com outros equipamentos de saúde e outros setores (educação, cultura, etc.). Os tipos de articulação identificados nas respostas fornecidas pelas participantes são apresentados no Quadro 23, a seguir.

Quadro 23 – Articulações dos CAPSi com a rede de serviços

Tipo de articulação	Número de referências aotipo de articulação
Parcerias com a rede de serviço	14
Reuniões	7
Contatos isolados	3
Discussão de casos	2
Matriciamento	2
Diversos programas de trabalho com a rede	1
Visita escolar	1
Ações mensais de suporte	1
Grupos compartilhados	1
Número total de referências	32

Fonte: autoria própria.

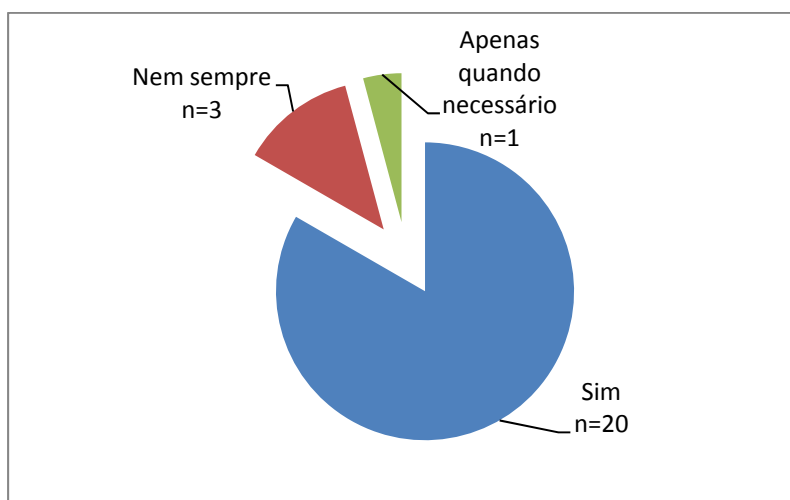
Verifica-se que as principais formas de articulação com os equipamentos de saúde e outros setores é o estabelecimento de parcerias com a rede de serviços (n=14) e reuniões (n=7).

Esta questão foi apresentada de forma aberta. No entanto, as participantes apontaram apenas que ocorriam parcerias com a rede de serviços, não fornecendo detalhes sobre o que exatamente seriam estas parcerias e como elas ocorriam. Dessa forma, estudos

futuros são necessários para verificar o que são estas parcerias, como elas se dão e, principalmente, se estas promovem e/ou possibilitam a inserção social dos usuários, como propõe a reabilitação psicossocial.

Questionou-se se nos casos de altas e/ou encaminhamentos havia parcerias ou redes de instituições ou serviços do município/região que eram utilizados e ativos. O Gráfico 12, a seguir, apresenta os resultados obtidos.

Gráfico 12 – Utilização de parcerias, rede de instituições ou serviços do município/região pelos CAPSi



Fonte: autoria própria.

De forma geral, observa-se que há parcerias e rede de instituições ou serviços e estas são utilizadas nos casos de altas e/ou encaminhamentos dos usuários do CAPSi.

Acerca da utilização destas parcerias, as participantes relataram que encaminham os adolescentes que receberam alta do serviço para projetos profissionalizantes, citaram alguns serviços para os quais encaminham os mesmos – que concernem desde equipamentos de saúde até equipamentos jurídicos – e apontaram ainda a fragilidade desta rede de serviços e parceria, como pode ser observado a seguir.

“Os casos de alta, principalmente de adolescentes, o CAPS encaminha para projetos profissionalizantes, quando a idade permite. Crianças também são encaminhadas para projetos, caso ela e a família tenham interesse.” (TO9).

“Teoricamente sim, mas na prática a rede ainda é muito pobre de recursos e serviços.” (TO11).

“Centros comunitários, atividades externas em outras secretarias, espaços culturais, etc.” (TO14).

“(…) as parcerias são com outros equipamentos de saúde (UBS, AMA, AME, Pronto socorro, etc.), com equipamentos sociais (ONGs, CREAS, CRAS, Abrigos, etc.), da cultura e lazer (SESC, CECCO, Parques, etc.), jurídico (vara da infância e adolescência, promotoria pública da pessoa portadora de deficiência, etc.).” (TO22).

“A rede é bem frágil estruturalmente, as parcerias se dão via simpatia entre profissionais e como a rotatividade dos profissionais é alta em todos os serviços, há pouca continuidade nas parcerias construídas. (...) Mas sempre encaminhamos ou indicamos espaços outros de cuidado, educação informal, cultural para os usuários em processo de alta e matriculados no serviço.” (TO24).

A partir dos relatos das participantes, percebe-se que, embora a rede de serviços de assistência às crianças e adolescentes ainda seja frágil, as parcerias entre os setores e equipamentos do território existem e são acionadas pelos profissionais dos CAPSi e há, além do encaminhamento, o acompanhamento dos usuários aos serviços, o que retrata um avanço na proposta de desconstrução do modelo hospitalocêntrico e da promoção à saúde mental. Além disso, tais ações vão ao encontro da atenção psicossocial.

De toda forma, ainda que as participantes não tenham sido questionadas sobre as fragilidades existentes, fica explícita, em seus discursos, tal condição. Importa destacar que ainda que se reconheça o avanço, tanto das políticas como das possibilidades e práticas que são desenvolvidas nos CAPSi, é evidentemente parcial o que pode ser alcançado sem as possibilidades de parcerias concretas, diversificadas e sensíveis às necessidades desta população. Assim, aponta-se não só para a necessidade de refletir sobre outros tipos de equipamentos que respondam às demandas do campo da saúde mental infanto-juvenil, como também sobre a urgente demanda de viabilização de parcerias intersetoriais no território que, de fato, possam responder pelo desafio da inserção social, educação, cultura, saúde e qualidade de vida dessas crianças, adolescentes e suas famílias, conforme vem sendo indicado pela literatura da área (DELFINI, 2010).

4.3.2. Trabalho em equipe

Em relação ao trabalho desenvolvido pelas equipes das unidades de CAPSi, questionou-se sobre as dificuldades encontradas pelas terapeutas ocupacionais neste trabalho

em equipe¹⁹. Em suas respostas, identificaram-se cinco dificuldades, a saber: compreensão sobre a terapia ocupacional; diferentes referenciais teóricos adotados; políticas públicas; outros; e nenhuma. O Quadro 24 apresenta as dificuldades advindas das respostas das participantes acerca de tais dificuldades, seguidas de exemplos.

Quadro 24 – Dificuldades encontradas no trabalho em equipe nos CAPSi

Dificuldade	Número de referências à dificuldade	Exemplos
Nenhuma	7	Nenhuma
Compreensão sobre terapia ocupacional	6	Disposição em compreender o trabalho da terapia ocupacional Visão estereotipada da terapia ocupacional Manejo de atividades
Diferentes referenciais teóricos adotados	5	Divergência entre referenciais teóricos
Outros	5	Disposição em compartilhar conhecimentos Deficiência na formação em saúde mental infantil
Políticas públicas	2	Não apropriação das atuais políticas públicas Não implantação da intersetorialidade
Número total de referências	25	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que sete participantes apontaram não haver dificuldades no trabalho realizado em conjunto com outros profissionais. No entanto, seis participantes encontram dificuldades relacionadas à compreensão sobre a terapia ocupacional pelos seus colegas de trabalho. Na categoria “outros” foram incluídas as seguintes dificuldades: disposição em compartilhar conhecimentos, deficiência na formação em saúde mental infantil (SMi), organização do serviço, supervalorização de uma categoria profissional (psicologia) e relação e afinidade entre os profissionais. Cabe ressaltar que as participantes podiam apontar mais de uma dificuldade.

¹⁹ Inicialmente, neste estudo, não se denominou o trabalho em equipe como interdisciplinar para não enviesar as respostas das participantes e propiciar a verificação da forma de organização do trabalho em equipe nos CAPSi.

Verifica-se que a maioria das participantes apontou não haver dificuldades no trabalho em equipe, o que favorece as práticas interdisciplinares e vai ao encontro do que a reabilitação psicossocial preconiza.

No entanto, a principal dificuldade relatada pelas terapeutas ocupacionais se refere ao desconhecimento ou reducionismo sobre a profissão, tanto por parte dos profissionais da equipe, que parecem não compreender as intervenções e/ou fundamentos terapêutico-ocupacionais e a utilização de atividades como um recurso terapêutico, como pelos próprios usuários e familiares dos CAPSi, como pode ser observado nas falas a seguir.

“Observo grande dificuldade dos demais profissionais se disporem a compreender o foco das intervenções de terapia ocupacional, pois tendem a considerar as demandas clichês como o alvo das intervenções de TO, como por exemplo: usuário que não fala, ou com limitação cognitiva, ou que tem dificuldade para realizar sua higiene de forma adequada deve ser atendido pela TO. Na minha equipe há uma visão estereotipada e desatualizada do trabalho da terapia ocupacional, no entanto não há disponibilidade para ouvir e conhecer o que se faz na atualidade.” (TO2)

“A maior dificuldade encontrada é o profissional entender a realização de uma atividade, a construção de um brinquedo, por exemplo, como um processo com início, meio e fim. Compreender que a atividade deverá ir ao encontro do desejo e das necessidades, consistindo em um meio de se trabalhar questões do desenvolvimento e do transtorno mental da clientela atendida.” (TO9)

O desconhecimento sobre a terapia ocupacional pode ser compreensível e justificável pela sua, relativa, recente regulamentação. Somado a este fator, a atuação do terapeuta ocupacional em muitos serviços também é recente e alguns projetos institucionais determinam tarefas semelhantes aos diversos profissionais da equipe, o que pode dificultar a distinção das especificidades profissionais por parte dos usuários (FONSECA, 2008).

Dessa forma, ainda se faz necessário o esclarecimento acerca da atuação e das especificidades da terapia ocupacional. Neste sentido, Fonseca (2008) recomenda, a fim de favorecer o entendimento da equipe e da população em geral sobre o que é terapia ocupacional, que o terapeuta ocupacional conheça o projeto institucional de assistência, a missão do serviço e seu planejamento de trabalho; conheça e respeite as especificidades de cada profissional na equipe; tente demonstrar os resultados concretos de seu trabalho e não fique apenas no discurso sobre ele; conquistar seu espaço junto aos usuários; utilizar mecanismos para diferenciar suas práticas das demais, explorando, para isto, espaços físicos e

recursos materiais; divulgar a profissão e seus resultados cientificamente. Para tanto, o autor ressalta a importância de o próprio terapeuta ocupacional ter clareza quanto às suas especificidades e suas ações.

Tais considerações remetem à reflexão acerca de antiga queixa de profissionais terapeutas ocupacionais, comum entre alunos de graduação, onde o desconhecimento ou estereótipos sobre a profissão impedem o crescimento da área ou melhores condições de atuação. Considerando mais de meio século da criação do primeiro curso de formação superior no Brasil, questiona-se sobre os motivos pelos quais essas impressões ainda são presentes e, mais preocupante, em um dos campos de atuação mais tradicionais da terapia ocupacional, como é o caso da saúde mental. Nesta direção, importa compreender que essas condições precisam ser superadas, no entanto, tal superação não deverá ocorrer antes que se abra o leque de variáveis que devem estar presentes neste processo, indo além de considerações e hipóteses mais comuns como, por exemplo, o ainda restrito número de profissionais, as prioridades do setor saúde, dentre outros. Assim, estudos devem ser implementados buscando identificar e compreender de forma mais consistente sobre essa realidade.

As participantes relataram também que uma das dificuldades encontradas no trabalho em equipe nos CAPSi relaciona-se aos diferentes referenciais teóricos adotados pelos profissionais/ou posicionamentos e opiniões, que, ao mesmo tempo que causam conflitos entre eles, enriquece suas ações junto aos usuários. Além disso, dificuldades de esfera pessoal, como a indisposição pessoal em compartilhar conhecimentos e a afinidade, foram identificadas em seus relatos.

“Acredito que as dificuldades sejam inerentes dos diferentes referenciais teóricos, olhares, pontos de vista que às vezes causa conflito, mas na maior parte do tempo, enriquece.” (TO3)

“Encontramos dificuldade quando os profissionais não estão dispostos a compartilhar seu conhecimento, de forma a favorecer uma atuação transdisciplinar. Ou quando o profissional mostra-se rígido numa forma de intervenção técnica que não abre outras possibilidades.” (TO4)

“Talvez as maiores dificuldades sejam nas divergências de opiniões, divergentes maneiras de enxergar os casos.” (TO13)

“(…) Também o fator subjetivo interfere. É um trabalho, onde se requer estar “afinado” com várias pessoas para a engrenagem funcionar.” (TO16)

As terapeutas ocupacionais apontaram como uma dificuldade encontrada a deficiência na formação em saúde mental infanto-juvenil e também a não apropriação das políticas públicas de saúde mental por parte de alguns profissionais da equipe do CAPSi, uma vez que, as discussões dos casos ficam prejudicadas pela deficiência na formação na área e se os profissionais que trabalham nestes dispositivos não se apropriam do atual modelo de assistência à saúde mental do país.

“Neste CAPSi o diálogo entre os profissionais é tranquilo, a maior dificuldade que eu encontro é na não apropriação dos princípios e diretrizes da política de saúde mental, sua filosofia e sua origem, ainda hoje é preciso desconstruir a ideia de que o único objetivo da reforma era “acabar” com os leitos psiquiátricos, e que o trabalho que o CAPSi desenvolve precisa ser elaborado no campo do coletivo, e não na individualidade.” (TO5)

“A composição com os outros profissionais, muitas vezes são compartilhadas o que facilita bastante as inúmeras intervenções. Contudo, a não inserção de conteúdos de saúde-mental infantil na formação de alguns colegas, dificultam um pouco as discussões.” (TO6)

Ainda percorrendo acerca das dificuldades encontradas nas intervenções realizadas em conjunto com outros profissionais, a organização do serviço, as condições de trabalho e a intersetorialidade foram apontadas como algumas destas dificuldades, já que geram uma barreira para o serviço e levam a problemas de relacionamentos entre os profissionais, gerando sentimento de ameaça nos profissionais.

“Tenho conseguido bons contatos com os profissionais de diferentes áreas, mas como a intersetorialidade não foi implantada na cidade, às vezes o serviço fica barrado aí.” (TO7)

“Muitas vezes é difícil no contexto específico do serviço criar possibilidades de troca e discussão. Como faltam espaços de supervisão, muitas vezes, alguns técnicos sentem-se muito ameaçados quando se produz questões sobre as formas de atuação. Mas não sinto que isso tenha a ver com as diferentes profissões e sim com a diferença de formação crítica e clínica dos profissionais e a falta dessas ações no serviço, bem como espaços de supervisão.” (TO24)

A partir dos relatos das participantes em relação às dificuldades encontradas no trabalho em equipe, pode-se observar que algumas dificuldades apontadas são comuns a todas as profissões e aos diferentes serviços como, por exemplo, conflitos gerados pelo uso de

diferentes referenciais teóricos para nortear as ações e intervenções. Matos, Pires e Campos (2009) verificaram que discordâncias acerca do tratamento dos usuários e das condutas assistências são relatadas como dificuldades nas relações entre os profissionais da equipe de saúde de CAPS e de uma instituição que presta cuidados paliativos.

No entanto, outras parecem ser “eternas” da terapia ocupacional, como o desconhecimento sobre as especificidades desta profissão, o que parece incomodar os terapeutas ocupacionais (CARVALHO, 2012).

Em relação à dificuldade encontrada pelas terapeutas ocupacionais decorrentes da não apropriação das políticas públicas em saúde mental por parte de alguns profissionais da equipe, Fonseca (2008) aponta a existência de dois conjuntos de ações que agrupam os profissionais. No primeiro, denominado pelo autor de tradicional, as intervenções baseiam-se em teorias, métodos e técnicas de origem biológica e médica. Já, no segundo, há ideologia da Reforma Psiquiátrica. Pode-se observar a existência de ambos agrupamentos profissionais descritos pelo autor no relato das participantes deste estudo.

A compreensão acerca das políticas públicas, do modelo de atenção e da Reforma Sanitária é apontada como relevante competência para o trabalho interdisciplinar (SAUPE et. al., 2005).

Em tentativa de superar a dificuldade apontada acima, as instâncias governamentais garantiram, em 2010, a educação permanente dos profissionais de saúde mental da rede de atenção psicossocial (SUS, 2010). No entanto, aponta-se que tal perspectiva ainda é incipiente e/ou insuficiente, além disso, a própria ausência de supervisões junto às equipes, é fator que prejudica e limita avanços nesta direção, como observado no presente estudo.

Acerca da capacidade de identificação de dificuldades no trabalho interdisciplinar, Saupe et. al. (2005) afirma que esta é fundamental para a manutenção da estabilidade na equipe na medida em que funciona como uma ferramenta para a superação de tais dificuldades e proporciona crescimento interno. Dessa forma, os resultados do presente estudo parecem indicar que os passos fundamentais para o aperfeiçoamento de práticas interdisciplinares já foram dados, assim as demandas para o avanço precisam ser consideradas pelos gestores.

As participantes também foram indagadas sobre as facilidades encontradas no trabalho em equipe. Tais facilidades estão apresentadas no Quadro 25, a seguir.

Quadro 25 – Facilidades encontradas no trabalho em equipe nos CAPSi

Facilidade	Número de referências à facilidade	Exemplos relativos à facilidade
Complementação	30	O olhar de cada área Compartilhamento da responsabilidade Composição dos olhares
Trocas	7	Troca de experiências Troca de percepção sobre a intervenção
Relacionadas ao usuário	4	Melhor evolução dos usuários Vinculação dos usuários à equipe
Número total de referências	41	

Fonte: autoria própria.

Observa-se que a maior facilidade encontrada no trabalho desenvolvido em equipe refere-se à complementação que o trabalho em equipe e/ou interdisciplinar proporciona aos profissionais. Ressalta-se que as participantes podiam apontar mais de uma facilidade em suas respostas.

Nos relatos apresentados pelas participantes, elas apontaram que o olhar de cada especialidade profissional, o compartilhamento de responsabilidades, as trocas de percepção e o companheirismo dos profissionais contribuíam para as ações realizadas nos CAPSi, como se pode observar nos relatos a seguir.

“As facilidades são inúmeras, porque os saberes se somam e o trabalho se otimiza, enriquece, ganha formas, e contornos, mas, o principal é o profissional saber trabalhar em equipe e estar disposto em dividir conhecimento e aceitar críticas construtivas.” (TO8)

“Atendemos dos 0 aos 24 anos, diferentes apresentações subjetivas em sua mais ampla contextualização. Assim, somos MUITOS para pensar, propor, ponderar e dar sustentação para tamanha diversidade clínica.” (TO16)

“Fazemos muitas ações em duplas e trios, e muitas delas funcionam bem. Essas trocas acontecem mais comigo com profissionais que se disponibilizam a construir junto a intervenção a partir de uma análise conjunta para as questões apresentadas pelos usuários e no funcionamento dos grupos e ações em conjunto. (...). Dentre as facilidades uma é que nos consideramos técnicos em saúde mental com formações distintas e não diferentes profissionais, sempre

pensando a intervenção a partir dos diferentes pontos de vista, mas em acordo de que o maior interesse é o cuidado com o usuário e com as diretrizes do CAPSi.” (TO24)

“A equipe do local é muito companheira, acredito que é uma das facilidades para lidar com as frustrações perante as dificuldades.” (TO19)

Verifica-se que há mais referências às facilidades encontradas no trabalho em equipe do que dificuldades, o que favorece e reforça a disposição para a interdisciplinaridade.

A literatura aponta alguns aspectos que favorecem o trabalho interdisciplinar como a corresponsabilização, o respeito, a empatia, a tolerância e a aceitação de sugestões (SAUPE et. al., 2005), o que estão implicados nas facilidades apontadas pelas terapeutas ocupacionais no presente estudo.

Ressalta-se que, como apontado pelas participantes, o trabalho em equipe interdisciplinar traz benefícios não somente aos profissionais da equipe, mas, sobretudo, aos usuários do serviço.

Em relação à valorização do trabalho da terapia ocupacional pela equipe técnica, foram identificadas nas respostas das participantes: sim, de certa forma, valorização do profissional e não da profissão, não e não há atendimentos por categorias, que se apresentam no Quadro 26, a seguir.

Quadro 26 – Valorização da terapia ocupacional pela equipe multiprofissional dos CAPSi

Valorização	Número de participantes que fizeram referência à valorização
Sim	19
De certa forma	2
Valorização do profissional e não da profissão	1
Não	1
Não há atendimentos por categorias	1

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que, na opinião da maioria das participantes, o trabalho da terapia ocupacional é valorizado pela equipe técnica. Apenas uma participante apontou que, na unidade de CAPSi na qual está vinculada, a equipe não trabalha na ótica da formação específica do técnico, compreendendo-se que não há valorização de categorias profissionais especificamente.

As falas, a seguir, contextualizam sobre a valorização observada pelas terapeutas ocupacionais.

“Acredito que o trabalho é sim valorizado pela equipe técnica a medida que vemos no cotidiano do trabalho encaminhamentos sendo feitos para os atendimentos individuais ou de grupo de TO, também a medida que somos requisitas em discussões de casos e ações coletivas nos processos de trabalho. Quando somos nomeadas para cursos, para reuniões de rede, para intervenções conjuntas, para esclarecer algum colega quanto algum caso, ou procedimento mais efetivo, quando pensamos na ambientação do serviço e a equipe se envolve nas ações, quando propomos eventos e a equipe se mobiliza a fazer dar certo, como comemoração da páscoa, do carnaval, do dia do autismo, abertura do serviço, etc.” (TO22)

“Sim. Inicialmente, acredito que havia muitas questões que permeavam a identificação do corpo de conhecimento e intervenção da Terapia Ocupacional. Quando iniciamos grupos com abordagens corporais, o terapeuta ocupacional neste CAPSi ganhou uma identificação com as ações ligadas ao corpo e à motricidade. Entretanto, durante todo o período em que trabalho na unidade, percebo que uma valorização importante do TO diz respeito à habilidade de atuação nas fronteiras disciplinares, com ações que não são enrijecidas no seu corpo de conhecimento técnico: temos mais facilidade, acredito, para realizar os trabalhos de matriciamento, articulação e discussão entre áreas.” (TO4)

“SIM e muito! Pois em muitos casos outras especificidades não conseguem atingir a clientela rapidamente e nós (TOs) com o recurso da atividade conseguimos com mais agilidade. Pois as crianças /adolescentes na maioria dos casos se vinculam rápido na execução da atividade que gostam facilitando o tratamento.” (TO14)

“Sim. Respeitam o conteúdo que TO proporciona dentro do espaço de trabalho.” (TO18)

“A equipe tem muita dificuldade para compreender o que a terapia ocupacional (enquanto profissão) faz. Na minha experiência, tanto na minha participação dentro de uma equipe, como quando participei de reuniões em que outras TOs fazem parte, a equipe valoriza a profissional e não a profissão. Depende da competência da terapeuta ocupacional.” (TO11)

Ainda discorrendo sobre a valorização da terapia ocupacional pela equipe técnica, algumas participantes relataram que, em suas percepções, não sentem que esta especialidade é valorizada, pois alguns profissionais da equipe não compreendem muito os objetivos e especificidades desta categoria profissional, sentem que outras especialidades

como, por exemplo, a psicologia, tem uma valorização maior, e que a terapia ocupacional é um “depósito” de casos mais complexos.

“De certa forma sim. Algumas vezes, a profissão sofre por não ser muito bem compreendida por alguns profissionais não entenderem os objetivos, as especificidades.” (TO9)

“Já chegou a ser menos valorizado, mas ainda é sub valorizado em comparação à psicologia.” (TO23)

“Não considero que a intervenção de terapia ocupacional seja valorizada pela equipe, pois sempre são encaminhados os usuários “difíceis”, os que ninguém quer atender, colocando a intervenção de TO como lugar de depósito destes. É sempre necessário me opor ativamente a este movimento, e tentar dialogar sobre a demanda “real” do usuário, que nem sempre passa por uma demanda exclusiva de terapia ocupacional.” (TO2)

Embora as participantes tenham relatado o desconhecimento sobre o que é terapia ocupacional por parte dos profissionais da equipe quando indagadas sobre os “dificultadores” de ações interdisciplinares, ao mesmo tempo, encontram-se nas falas sobre o reconhecimento positivo da equipe, evidências de que há um reconhecimento e conhecimento acerca da profissão, objetivos e suas ferramentas, além de identificação de atributos relativos à formação do profissional como, por exemplo, a habilidade em interagir com as disciplinas de fronteira. Tais resultados, mais que indicar contradições, parecem revelar o atual momento de avanço e inserção da especialidade que, certamente, vem acompanhado de expectativas e dificuldades. Nesta direção, é possível que, após tantos anos de enfrentamento e tentativas de se fazer conhecer, a terapia ocupacional esteja alcançando maior visibilidade e se apresentando com maior clareza e segurança.

Não obstante, importa reconhecer que ainda há muito a se caminhar, inclusive através dos questionamentos sobre a própria formação profissional e sobre os aspectos presentes na situação real de trabalho e de dia a dia, onde as ações e posicionamentos são demandados de diferentes formas, a partir de diversos olhares e, acontecem.

Além disso, conforme apontado por uma das participantes, muitas vezes, a valorização está atrelada à competência da profissional em demonstrar com resultados concretos o seu trabalho e, sendo assim, a valorização acaba sendo da profissional e não da profissão em si.

4.3.3. Terapia ocupacional nos CAPSi

Nesta subseção apresentam-se os resultados relativos às ações específicas desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais nos CAPSi.

Em relação aos projetos, programas e atendimentos nos quais a terapia ocupacional está envolvida nas unidades de CAPSi, identificaram-se sete modalidades de atendimento nas respostas apresentadas pelas participantes, a saber: grupos; oficinas; atendimentos; não há ações específicas; ações intersetoriais; avaliação; e outros. O Quadro 27, a seguir, apresenta tais modalidades de atendimento e o número de referências às mesmas.

Quadro 27 – Ações da terapia ocupacional nos CAPSi

Modalidade de atendimento	Número de referências à modalidade de atendimento
Grupos	12
Oficinas	11
Atendimentos	8
Não há ações específicas de terapia ocupacional	8
Outros	5
Ações intersetoriais	4
Avaliação	4
Visita domiciliar	3
Número total de referências	55

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das participantes está envolvida em grupos e oficinas. Já na modalidade “atendimentos” foram incluídos atendimentos, orientação familiar e acolhimento, ou seja, não se identificou se os mesmos são realizados em grupos ou individualmente. Oito participantes apontaram que estão envolvidas nos mesmos projetos, programas e atendimentos que os outros profissionais, pois em suas unidades de CAPSi não há divisão em categorias e especialidades, sendo desenvolvido um trabalho interdisciplinar.

Cabe ressaltar que na modalidade “outros” foram incluídos busca ativa, discussão de casos, Programa de Educação em Higiene e Saúde, Ateliê e Projeto de Inclusão Social.

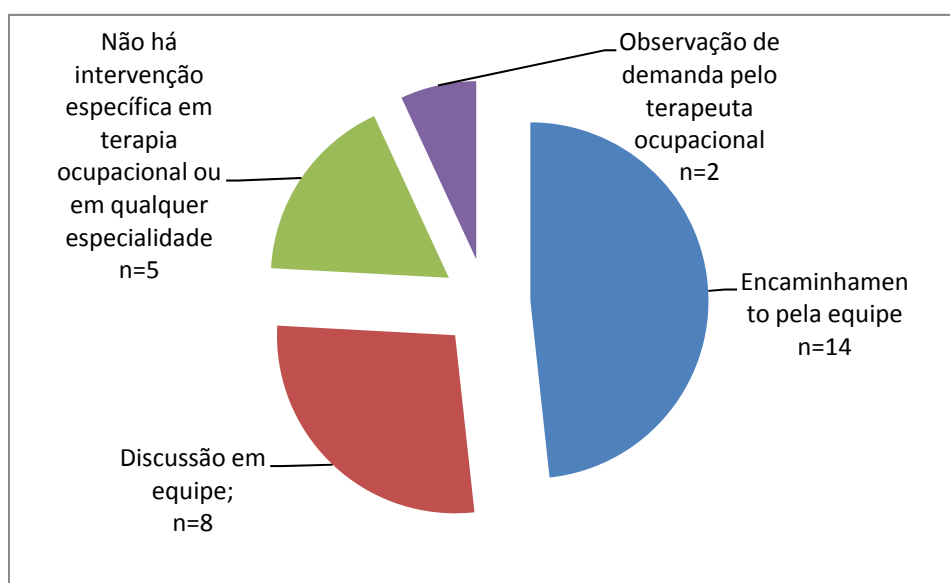
Os grupos são utilizados pelos terapeutas ocupacionais desde 1930, nos Estados Unidos (BALLARIN, 2007) e sua utilização nos serviços de saúde tem crescido cada vez mais (BRUNELLO, 2002). Embora, inicialmente, os atendimentos em grupo foram

implementados devido a questões econômicas (MAXIMINO, 1990), atualmente, sabe-se que consistem em uma ferramenta de intervenção eficaz e importante (BRUNELLO, 2002), já que propicia o compartilhamento, a comunicação, a vivência de limitações e potencialidades, entre outras coisas (MAXIMINO, 1990).

Além dos benefícios, que os grupos terapêuticos possibilitam, apontados por Maximino (1990), esta ferramenta propicia o trabalho das habilidades psicossociais, na medida em que os usuários se relacionam no grupo. Dessa forma, entende-se que tal dispositivo e ferramentas são importantes para a reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais.

Em relação aos encaminhamentos dos usuários para a terapia ocupacional, apresentam-se, no Gráfico 13, a seguir, informações relativas à como os usuários são encaminhados para a terapia ocupacional.

Gráfico 13 – Encaminhamentos à terapia ocupacional nos CAPSi



Fonte: autoria própria.

Observa-se que os encaminhamentos são feitos, em grande parte, pelos membros da equipe da unidade de CAPSi. Cinco participantes apontaram que tal prática não se aplica às suas unidades, já que nestas não há atendimentos por categorias profissionais.

Questionou-se quais eram as principais necessidades de tratamento apresentadas pelas crianças e adolescentes que chegavam à terapia ocupacional nos CAPSi. Vinte e uma participantes apontaram em suas respostas as principais necessidades, enquanto três participantes apontaram não haver atendimentos por categorias profissionais.

Ainda discorrendo sobre as principais necessidades apresentadas pelas crianças e adolescentes atendidos nas unidades de CAPSi e encaminhados à terapia ocupacional, foram identificadas quatro necessidades nas respostas das participantes, a saber: componentes emocionais/psíquicos, AVD, participação social, componentes cognitivos, dificuldades escolares e componentes sensório-motores. O Quadro 28 mostra tais necessidades, o número de referências à necessidade e exemplos relativos à necessidade.

Quadro 28 – Principais necessidades de tratamento dos usuários dos CAPSi segundo a percepção das terapeutas ocupacionais

Necessidade	Número de referências à necessidade	Exemplos relativos à necessidade
AVD	18	Dificuldade nas AVD e AVDI Autonomia Dificuldade no brincar
Participação social	14	Participação social Inserção social Dificuldades nas relações interpessoais
Componentes emocionais/psíquicos	14	Comportamento Dificuldades nas relações interpessoais
Componentes cognitivos	10	Nível de atenção e concentração Dificuldades cognitivas
Componentes sensório-motores	4	Déficit motor e sensorial Esquema corporal
Número total de referências	59	

Fonte: autoria própria.

Observa-se que as principais necessidades de tratamentos que os usuários que chegam à terapia ocupacional apresentam envolvem as atividades de vida diária (n=18), seguido da demanda na participação social (n=14) e dos componentes emocionais/psíquicos (n=14). Ressalta-se que três participantes apontaram que a questão não se aplicava a elas por não haver atendimentos por categorias em suas unidades de CAPSi.

Ao considerar, a partir dos resultados do presente estudo, as principais necessidades apresentadas pelos usuários com o que é oferecido no serviço, hipotetiza-se que as necessidades possam estar sendo contempladas dentro das ações e programas oferecidos pelos CAPSi por meio dos diversos grupos e tipos de intervenção disponíveis no dispositivo

e, também pelo terapeuta ocupacional. No entanto, estudos que abordem especificamente a efetividade das ações oferecidas pelos CAPSi para o tratamento e reabilitação psicossocial das crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais são necessários.

Quando questionadas sobre as ações fornecidas especificamente pela terapia ocupacional aos usuários, as participantes apresentaram respostas que se referiam aos tipos de intervenções oferecidas, às ferramentas utilizadas pelo profissional e aos objetivos das intervenções. A seguir, no Quadro 29, apresentam-se as ações fornecidas pelos terapeutas ocupacionais e que não são realizados por outros profissionais.

Quadro 29 – Ações únicas da terapia ocupacional nos CAPSi

Ações	Número de referências à ação	Exemplos relativos à ação
Ferramentas utilizadas pelo terapeuta ocupacional	13	Relação triádica Análise da atividade Brincar como instrumento
Atendimentos específicos em terapia ocupacional	10	Oficinas Atendimentos individuais Ateliê
Não há atendimentos por categorias	8	-
Objetivos de tratamento em terapia ocupacional	7	Desenvolvimento de autonomia e independência nas AVD e AVDI Organização da rotina e cotidiano
Número total de referências	38	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que as principais ações desenvolvidas especificamente pelos terapeutas ocupacionais referem-se às ferramentas utilizadas por este profissional (n=13) como, por exemplo, a análise da atividade e o uso do brincar como um recurso terapêutico. Ressalta-se que oito participantes apontaram não haver ações fornecidas unicamente pelo terapeuta ocupacional, pois em suas unidades não há atendimentos por categorias, sendo desenvolvido um trabalho interdisciplinar.

As participantes do estudo questionaram a pertinência da questão apresentada argumentando, principalmente, que ações únicas da terapia ocupacional iriam contra ao que é preconizado pelas premissas dos CAPSi: o trabalho interdisciplinar. Contudo, após tal

consideração, as participantes procuraram apresentar sobre o que era feito dentro do contexto da prática interdisciplinar.

Nos relatos apresentados pelas participantes, observa-se que tais ações referem-se às especificidades da terapia ocupacional como, por exemplo, as oficinas, o foco em desenvolver autonomia e independência dos usuários, desenvolvimento de habilidades, entre outros.

“Na unidade não há ações oferecidas pelo terapeuta ocupacional que não são realizados por outro profissional. O que há de diferença é o núcleo de conhecimento específico que norteia as ações dos profissionais. O terapeuta ocupacional pode atender individualmente (assim com um psicólogo ou assistente social), sendo que a construção da terapêutica será realizada de forma diferente, a partir da demanda do caso, das discussões em equipe e das habilidades do profissional.” (TO4)

“Não existe um programa específico de TO, mas os critérios na maioria das vezes é a inserção social deste sujeito, a forma como realiza suas atividades cotidianas, o grau de comprometimento e restrição de atividades cotidianas e também levamos em conta os vínculos dentro da instituição, muitas vezes o paciente se vincula a uma TO, sem ter uma demanda específica de TO, mas pode ser atendido por esse profissional, por ter estabelecido uma relação potencial terapêutica. Também quando percebemos o desejo e a vontade de um usuário para estar em terapia ocupacional. Muitas vezes é inserido de acordo com o perfil de grupo feito, e se é um TO que coordena então está em atendimento com uma TO.” (TO22)

“Considero que as intervenções com foco em desenvolver autonomia e independência nas AVD’s e AIVD’s são as únicas intervenções que ninguém mais realiza, são exclusivas do campo da TO.” (TO2)

“As avaliações que geralmente envolvem comorbidades como dificuldades motoras.” (TO6)

“Entendo que o uso da atividade, a reflexão acerca das atividades realizadas ou planejadas. Além disso, entendo também que a análise geral do contexto que envolve o usuário (contexto escolar, familiar, das redes sociais), tem uma particularidade no olhar da TO em função do atravessamento da análise das atividades, da produção de vida nesses espaços.” (TO13)

Algumas participantes apontam também que nos CAPSi há a prática de ações interdisciplinares e de ações específicas desenvolvidas pelos profissionais terapeutas

ocupacionais como os grupos de terapia ocupacional e atendimentos individuais em terapia ocupacional

“Atendimentos individuais, somente.” (TO9)

“Oficina de geração de renda para adolescente, oficina de artesanato, oficina de encadernação, grupos abertos de patologia mista, grupo de hiperativos.” (TO14)

Assim, os resultados revelam como ações únicas da terapia ocupacional ações que promovem o desenvolvimento de autonomia e independência nas AVD e AVDI, organização da rotina e do cotidiano dos usuários, o que condiz com as chamadas especificidades da profissão e, sobretudo, com as necessidades de tratamento apresentadas pelos usuários atendidos por elas.

Ressalta-se que a compreensão acerca do conceito interdisciplinaridade pode não ser consensual, aqui se compreende que as especificidades dos profissionais são mantidas nas práticas interdisciplinares, que pressupõem a coexistência entre as ações técnicas privativas da especialidade profissional e o desenvolvimento de ações comuns, tendendo à horizontalização das relações de poder (MEIRELLES; KANTORSKI; HYPOLITO, 2011). Assim, a existência de ações únicas e/ou privativas de um profissional não é excludente na prática do trabalho interdisciplinar.

Ainda que a questão apresentada tenha limites, dentre eles a utilização de denominações pouco claras, a questão possibilitou verificar a opinião das profissionais acerca de aspectos específicos, tanto no que se refere às ferramentas como no que se refere às avaliações e intervenções, aspectos estes que certamente fazem parte do núcleo da profissão terapia ocupacional e, outros, pertinentes ao campo profissional (CAMPOS, 2000).

Assim, é possível que aspectos como inserção social e seus desdobramentos sejam pertinentes ao campo e compartilhadas com os demais profissionais e com o próprio núcleo da terapia ocupacional. Já as atividades, o fazer e como se colocam no dia a dia, nos contextos de vida e suas implicações com a autonomia, parecem compor o núcleo da terapia ocupacional. Certamente, tais considerações podem e devem ser questionadas e debatidas na busca de maior reflexão, compreensão e aprofundamento acerca da terapia ocupacional.

Em relação aos contextos e *settings* que as profissionais geralmente trabalham com os usuários, foram identificadas quatro contextos/*settings*, a saber: espaço interno do

CAPSi, domicílio, escola, e espaço externo. Mostram-se no Quadro 30 contextos e *settings*, assim como o número de referências.

Quadro 30 – Contextos/settings utilizados pelas participantes

Contexto/setting	Número de referências ao contexto/setting	Exemplos relativos ao contexto/setting
Espaço interno do CAPSi	23	Sala de terapia ocupacional Sala de atendimento
Espaço externo	14	Shoppings Parques Cinemas Praças Espaços da comunidade Espaços de cultura e lazer
Domicílio	7	Domicílio Visitas domiciliares Casa
Escola	4	Escolas
Número total de referências	48	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das participantes (n=23) utiliza o espaço interno da unidade de CAPSi, seguido dos espaços externos ao CAPSi, destacando-se os espaços de cultura e lazer, os parques, praças, cinemas, entre outros. Importa ressaltar que se os espaços relativos a “domicílio” e “escola” forem acrescidos à categoria “espaços externos”, o número ultrapassa a categoria relativa a “espaços internos” dos CAPSi.

Observa-se que as ações desenvolvidas em espaços extramuros ainda são reduzidas, consistindo-se em passeios em *shoppings centers*, cinemas, etc., e, em contrapartida, várias atividades no espaço interno do dispositivo são elencadas.

A reabilitação psicossocial, referencial teórico no qual os CAPSi estão baseados, preconiza as ações no território, com a participação da comunidade, para promover o tratamento das pessoas que possuem transtornos mentais, visando, com isto, a efetivação da desinstitucionalização e a inserção social desta população. Assim, problematiza-se sobre a utilização destes espaços pelas equipes, na medida em que se supõe que a própria terapia ocupacional, que coloca como prioridade as ações que permitam alcançar tal inserção, refere pouco sobre tais contextos, é possível que os demais profissionais que integram as equipes, utilizem menos ainda. Nesta direção, um diagnóstico acerca dessa frágil utilização dos

contextos deve ser observado, buscando inclusive localizar os desafios colocados para esta prática.

4.3.3.1. Seleção dos usuários para a terapia ocupacional

Questionou-se às participantes quais eram os critérios de seleção que as mesmas utilizavam para inserir os usuários nos programas de terapia ocupacional. Identificaram-se quatro critérios nas respostas fornecidas, a saber: relacionados aos usuários; relacionados à instituição; não há programas específicos em terapia ocupacional; e sem critérios. O Quadro 31 apresenta os critérios de seleção que as profissionais utilizam para inserir os usuários nos programas da terapia ocupacional e exemplos.

Quadro 31 – Critérios de seleção para os programas de terapia ocupacional nos CAPSi

Critérios	Número de referências ao critério	Exemplos relativos ao critério
Relacionados ao usuário	40	Avaliação das necessidades do usuário Funcionamento psicossocial Idade Dependência nas AVD e AVDI Diagnóstico
Não há programas específicos em terapia ocupacional	8	-
Relacionados à instituição	3	Disponibilidade de horário Discussão em equipe
Sem critérios	1	-
Número total de referências	52	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que os principais critérios de seleção dos usuários para os programas da terapia ocupacional são atribuídos a aspectos relativos ao próprio usuário e inclui desde a avaliação de suas necessidades – destacando-se o seu nível de dependência para

realizar suas atividades de vida diária, isolamento social, dificuldade nas relações interpessoais – até seu diagnóstico e sua idade.

4.3.3.2. Terapia ocupacional e CAPSi: aspectos norteadores das ações, contribuições e desafios

Em relação aos aspectos que norteiam as ações que as participantes colocam em prática, foram identificados sete aspectos: aspectos relativos ao usuário, aspectos relativos à equipe, desenvolvimento de habilidades, inserção social, aspectos relativos a um método de referência, e quadro clínico. A seguir, o Quadro 32, apresenta tais aspectos, o número de referências e exemplos relativos às mesmas.

Quadro 32 – Aspectos norteadores das ações colocadas em prática pelos terapeutas ocupacionais

Aspectos	Número de referências ao aspecto	Exemplos relativos ao aspecto
Aspectos relativos ao usuário	27	Interesse do usuário Negociações com o usuário Orientação das famílias Necessidade e demanda do usuário Quadro clínico Nível de organização psíquica
Inserção social	6	Inserção social Socialização
Desenvolvimento de habilidades	5	Independência e autonomia nas AVD e AVDI Adequação dos comportamentos
Aspectos relativos a um método de referência	4	Raciocínio clínico do Método de T.O. Dinâmica Reabilitação psicossocial
Aspectos relativos à equipe	3	Aspectos trabalhados pela equipe Discussão em equipe
Número total de referências	45	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que os principais aspectos que norteiam as ações colocadas em prática pelos terapeutas ocupacionais relacionam-se aos usuários, considerando-se seus interesses, necessidades, demandas, qualidade e história de vida, entre outros.

Compreende-se que os aspectos identificados acima podem se somar, já que o interesse do usuário e da família pela inserção social pode ter sido citada como interesse do usuário ou apenas como inserção social. A partir desta compreensão, acredita-se que, possivelmente, a inserção social seja um aspecto mais considerado do que aparece nas referências a ele, na medida em que pode ser um aspecto relativo ao usuário, uma necessidade e demanda do mesmo.

Quanto às contribuições da terapia ocupacional nos CAPSi, identificaram-se quatro contribuições e cinco focos. A seguir, no Quadro 33 apresentam-se tais contribuições e focos, seguidos do número de referência e exemplos.

Quadro 33 – Contribuições da terapia ocupacional nos CAPSi

Contribuições	Número de referências à contribuição	Foco	Exemplos
Especificidade da formação e ação do profissional	31	Foco em singularidades do usuário	Capacidade de expressão do usuário Abrangência dos contextos e relações
		Foco em inserção social	Atividades e projetos com foco de inserção social Papel de cidadania
		Foco em independência	Ganho de autonomia e independência do usuário
		Foco no cotidiano	Organização do cotidiano
		Outros	Avaliação e desenvolvimento da motricidade e sistema sensorial Implementação de oficinas terapêuticas Raciocínio clínico Uso da atividade como recurso terapêutico Olhar mais ampliado para a saúde Olhar ampliado da constituição físico-psíquica
Prática interdisciplinar	6	-	Troca de experiências interprofissionais Ampliação das discussões
Trabalho em rede	3	-	Construção de articulação e trabalho em rede
Políticas públicas	2	-	Questionamento da política de funcionamento do CAPSi
Número total de referências	42		

Fonte: autoria própria.

Observa-se que, sob a ótica das participantes, as principais contribuições da terapia ocupacional nas unidades de CAPSi consistem nas especificidades da formação e ação do profissional como o uso da atividade como recurso terapêutico, as oficinas terapêuticas, o raciocínio clínico da terapia ocupacional, entre outros. Ressalta-se que uma participante deixou a questão em branco e outra apontou não saber avaliar.

As participantes apontaram em seus relatos que tais contribuições estão diretamente relacionadas ao usuário, envolvendo ações que promovem a capacidade expressiva, a inserção social, a autonomia e independência do usuário, o que retrata os investimentos e ações do terapeuta ocupacional. Foram identificadas contribuições para o fortalecimento de ações transdisciplinares e da intersetorialidade, assim como para as discussões dos casos, como se pode observar nos relatos a seguir.

“Na clínica de saúde mental da infância e adolescência as intervenções de todos os profissionais da equipe são muito parecidas. Além disso, o conhecimento teórico também, todos os profissionais devem conhecer desenvolvimento infantil, psicologia do desenvolvimento, brincadeiras lúdicas, relação mãe-filho, e outros. Além disso, principalmente nos CAPS (seja infantil, adulto ou álcool e drogas), as intervenções são basicamente utilizando atividade e as tais oficinas (verdadeiro vale tudo) como recurso de intervenção. Para mim, a diferença fica no raciocínio clínico de cada profissão e o uso que cada profissão faz das atividades (brincadeiras e materiais gráficos, materiais artísticos, artesanato) nas suas intervenções com as crianças e com adolescentes. A terapia ocupacional pode contribuir e muito na compreensão do caso, desde que utilize as atividades como instrumento de intervenção, de investigação, de avaliação, de inserção, de relação, de tratamento, e de cuidado.” (TO11)

“As principais contribuições da terapia ocupacional neste CAPS se relacionam a atividades e projetos com foco de inclusão social, ganho de autonomia e independência dos usuários, através de intervenções em setting externo ao CAPSi que propiciam concretamente a ampliação da circulação dos usuários, e possibilitam novas vivências. Uma outra contribuição da terapia ocupacional a estratégia de conhecer de forma mais detalhada a rotina e cotidiano do sujeito, possibilitando vínculo de maior proximidade entre o usuário e o serviço.” (TO2)

“O olhar ampliado sobre a constituição físico-psíquica das crianças e adolescentes atendidos, o trabalho prático promovendo autonomia e independência dos usuários, maior organização no cotidiano dos familiares, trabalho próximo e qualitativo com a rede de serviços que os usuários frequentam.” (TO15)

“Acredito que foi a partir dos profissionais terapeutas ocupacionais que a prática transdisciplinar e a construção de articulação e trabalhos em rede puderam ser fortalecidas.” (TO4)

“Contribui para a troca de experiências inter-profissionais na equipe, auxilia na execução do projeto terapêutico da clientela. Auxilia também na formação (capacitação) de membros novos da equipe que antes nunca trabalharam com Saúde Mental.” (TO14)

Interessante observar que, ao discorrerem sobre as contribuições da terapia ocupacional ao serviço, as participantes o fizeram por meio da expressão sobre as ferramentas, objetivos e aspectos da formação profissional que podem caracterizar, de modo geral, as chamadas especificidades. Parece claro que o termo “especificidades”, utilizado neste estudo, de forma ampla e sem apoio conceitual, não deixou claro acerca do que se estava indagando e prejudicou as respostas colocadas a partir dessa questão. Assim, vale esclarecer que a intenção dos pesquisadores foi a de indagar de forma simples aos participantes o que os mesmos consideravam ser único da terapia ocupacional e/ou o que os diferenciava, em termos de formação profissional, em conhecimento e ferramentas, dos demais integrantes da equipe.

Nesta direção, ao responderem sobre as contribuições da TO, os profissionais parecem ter revelado elementos que compõem sobre o que diferencia e acrescenta em relação aos demais profissionais, o que se chamou genericamente de especificidades.

A organização do serviço também foi apontada como contribuição da terapia ocupacional nos relatos das participantes. Esta organização compreende desde uma preocupação com o espaço físico do CAPSi até a organização dos materiais, atividades e eventos, como se pode observar nas falas a seguir.

“(…) outra contribuição da terapia ocupacional é o cuidado com espaço físico do CAPSi, como estratégia para construção de um setting que acolhe e estimula, isto se reflete por exemplo, na preocupação com a escolha dos brinquedos, do mobiliário e da composição do espaço. A terapia ocupacional contribui para pensar no espaço físico como estratégia de intervenção e de cuidado.” (TO2)

“A organização de materiais, lista de materiais, grade de atividades, ideias de grupos e oficinas, organização de eventos e festas, a noção de clínica ampliada são atividades e processos facilitados muitas vezes pelas terapeutas ocupacionais, que já em sua formação apresentam contato com essa forma de ver o sujeito. Entende o sujeito como um todo e dentro dos seus contextos, o que é uma proposta prevista na atuação do CAPSi.” (TO22)

Considera-se que a diversidade e amplitude das contribuições da terapia ocupacional apontadas pelas participantes é um reflexo da ampla formação desta profissão, que envolve várias dimensões, como será visto mais detalhadamente na categoria de formação profissional.

Esta ampla formação favorece a atuação em equipes interdisciplinares, na medida em que se constitui como uma disciplina de fronteira com as demais, conforme expressão dos próprios participantes. Esta formação dos terapeutas ocupacionais pode ter sido maximizada também devido à capacitação dos docentes de terapia ocupacional em diversos campos do conhecimento, valorizando os diálogos com as diferentes perspectivas teóricas e práticas do campo da educação, saúde coletiva, ciências sociais, psicologia, entre outros (OLIVER; NICÁCIO, 2007).

É pertinente supor que as peculiaridades desta formação possibilita aos terapeutas ocupacionais terem e desenvolverem os diversos “focos” nas ações realizadas, conforme sinalizado pelas participantes.

Entretanto, esta ampla formação pode dificultar a compreensão e a clareza do papel deste profissional, já que a atuação deste se aproxima das disciplinas com as quais a terapia ocupacional faz fronteira. Esta dificuldade pode ser observada nos resultados já apresentados acerca dos apontamentos sobre como a profissão não é compreendida ou ainda é desconhecida pela população e pelos profissionais da equipe.

Em relação aos desafios da atuação da terapia ocupacional nos CAPSi, foram identificados cinco desafios nas respostas fornecidas pelas participantes, a saber: condições e recursos, usuários, o que é terapia ocupacional, desafio político, e limites da formação e/ou do próprio terapeuta ocupacional. O Quadro 34, a seguir, apresenta tais desafios, o número de referências ao desafio e exemplos relativos aos mesmos.

Quadro 34 – Desafios de atuação nos CAPSi

Desafio	Número de referências ao desafio	Exemplos relativos ao desafio
O que é terapia ocupacional	11	Demonstrar a ampla possibilidade de intervenção da TO Definir (esclarecer) o campo de ação da TO Falta de conhecimento da população sobre a TO Falta de entendimento da equipe sobre a especificidade da TO
Condições e recursos	11	Falta de materiais Estrutura física Contratação de mais TO para o CAPSi Maior divulgação do serviço Efetivação e melhoria das ações de modo que sejam mais próximas da realidade e cotidiano do usuário
Usuários	5	Número de usuários Usuários de substâncias psicoativas portadores de transtornos mentais Dificuldades inerentes das patologias
Desafio político	5	Ações intersetoriais Rede pública e seus recursos
Limites da formação e/ou do próprio terapeuta ocupacional	2	Falta de referencial teórico-prático sobre atuação da TO em CAPSi Compreender que a atuação vai além da formação de base
Número total de referências	34	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que, na compreensão das participantes, os principais desafios de atuação da terapia ocupacional parecem se dar em dois níveis. Em um deles, aspectos mais específicos sobre a terapia ocupacional são apontados, como a referência ao conhecimento sobre o que é a terapia ocupacional (n=11), compreendendo desde a falta de conhecimento da população e dos profissionais da saúde sobre a profissão, seu escopo de conhecimento e suas

especificidades, até os próprios terapeutas ocupacionais terem mais clareza da especificidade de sua profissão. Já no outro nível, são apontados aspectos que se apresentam como desafios mais gerais e muitas vezes compartilhados por todos envolvidos no equipamento, como condições e recursos da instituição (n=11), categoria que envolveu a falta de materiais, a estrutura física e divulgação do serviço.

Nos relatos das participantes acerca dos desafios de atuação nos CAPSi, identificou-se novamente a questão sobre o desconhecimento sobre o que é terapia ocupacional, como pode ser verificado a seguir.

“(...) a falta de entendimento por parte de membros da equipe sobre a especificidade da terapia ocupacional (...)” (TO22)

“Em primeiro lugar, acho que as próprias terapeutas ocupacionais deveriam ter clareza da especificidade da nossa profissão, e isso a graduação não fornece, pois (...) aprendemos a ter visão crítica dos serviços de saúde e não somos capacitadas para atuarmos na nossa profissão. Quando temos clareza, podemos falar e nos apresentar, além de apresentarmos nossa profissão com clareza para que os serviços de saúde e os outros profissionais da equipe possam nos encaminhar ou solicitar nossas intervenções, como uma profissão que possui uma intervenção pontual para aquele caso. Acho que isso fala o motivo pelo qual ninguém sabe o que uma terapeuta ocupacional faz. Ficamos sempre no lugar de quem tem competência e muito a contribuir, mas ao mesmo tempo no lugar de quem trabalha no senso comum, sem que o nosso saber seja valorizado como um saber técnico-científico. Percebo que quando uma terapeuta sabe explicar o raciocínio clínico da terapia ocupacional numa discussão em equipe, nossa profissão passa a ser valorizada, e não apenas ocupar o paciente que está ocioso. E isso é da responsabilidade da própria terapeuta ocupacional e não da equipe. Encontro esta clareza evidente nas t.o.s formadas pelo ceto.” (TO11)

“Acredito que o maior desafio da terapia ocupacional seja o de demonstrar a ampla possibilidade de intervenção nos casos, e tirar do imaginário coletivo o trabalho da TO como apenas o de realizar treino de AVD's.” (TO15)

“Definir seu campo de ação, não com a intenção de reduzi-lo, mas de esclarecê-lo.” (TO5)

Como se vê, tais resultados reforçam as considerações já apresentadas aqui acerca da necessidade premente de realização de reflexões, discussões e estudos que possam

efetivamente avançar nesta direção e, também, minimizar o desconhecimento acerca da terapia ocupacional, tanto dos profissionais da saúde como da população em geral.

Outros desafios apontados relacionam-se à efetivação das ações para que estas se aproximem do contexto dos usuários, a efetivação das ações intersetoriais, a falta de recursos materiais e o espaço físico, a equiparação da importância dos papéis dos profissionais da saúde com o do médico, além do diagnóstico de alguns usuários.

“As ações intersetoriais e impossibilidade das redes de suporte social na infância para um cuidado integral do usuário.” (TO6)

“Os maiores desafios estão relacionados as restrições de materiais para ampliar o processo de realização de atividades, a falta em alguns momentos de sala para atendimento individual (alguns pacientes demandam esse ambiente protegido) (...)” (TO22)

“Creio que de todos os profissionais: igualar nosso papel com alguns médicos que ainda se colocam além da equipe (...)” (TO7)

“Com crianças e adolescentes com Transtorno de conduta.” (TO12)

No que concerne os desafios de atuação relacionados à efetivação das ações intersetoriais, as instâncias governamentais parecem estar atentas a esta dificuldade, considerando ser importante promover efetivamente a interlocução entre as equipes de profissionais da rede de saúde mental e as da rede de educação, saúde e assistência social que promovem a saúde mental no município. Dessa forma, propuseram fortalecer estas ações com a proposta de criação de linhas de financiamento para o planejamento, implantação e implementação das ações intersetoriais e interdisciplinares em saúde mental (SUS, 2010).

4.3.3.2.1. Especificidades da prática

Nesta subseção, apresentam-se os resultados obtidos referentes às especificidades da prática das terapeutas ocupacionais nos CAPSi, que, por sua vez, foram divididos em: a) avaliações; e b) referenciais teóricos.

4.3.3.2.1.1. Avaliações

Quando questionadas sobre a avaliação inicial em terapia ocupacional, as participantes apontaram como as avaliações são feitas e o que é avaliado por elas. O Quadro 35 mostra as formas de avaliação inicial das crianças e adolescentes nos CAPSi que as terapeutas ocupacionais utilizam.

Quadro 35 – Formas de avaliação inicial utilizadas pelos terapeutas ocupacionais

Forma de avaliação	Número de referências à forma de avaliação
Formulário/Anamnese/Escalas/Entrevista/Acolhimento	9
Não especificou	7
Observação	5
Brincadeira livre	4
Avaliação individual	3
Realização de atividades	2
Contato com escolas/outros equipamentos	2
Avaliação em grupo	1
Número total de referências	33

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que as avaliações iniciais dos usuários são realizadas através do uso de formulários, anamneses, escalas, entrevistas, acolhimentos, observação, brincadeira livre e realização de atividades. Salienta-se que sete participantes não especificaram como realizam as avaliações iniciais.

Em relação aos aspectos avaliados pelas terapeutas ocupacionais na avaliação inicial dos usuários, identificaram-se seis aspectos e quatro componentes nas respostas apresentadas pelas participantes. O Quadro 36, a seguir, apresenta tais resultados.

Quadro 36 – Aspectos avaliados pelas terapeutas ocupacionais nos usuários dos CAPSI

Aspectos	Número de referências ao aspecto	Componentes	Exemplos relativos ao aspecto e componente
Habilidades e capacidades	31	Componentes cognitivos	Habilidades cognitivas Atenção/concentração
		Componentes sensório-motores	Coordenação Esquema corporal
		Componentes emocionais/psíquicos	Habilidades emocionais
		Outros	Habilidades Capacidades DNPM Linguagem Comunicação Funções
AVD	14	-	Rotina/atividades cotidianas Nível de independência nas AVD e AVDI Brincar
Não especificou	12	-	-
Interação pessoal/sociabilidade	8	-	Interação pessoal Sociabilidade Inserção social Aspectos psicossociais
Outros	4	-	Atividades de interesse Distúrbios psicoafetivos Sintomas
Demandas/queixas	2	-	Demandas Queixas das crianças e dos pais
Número total de referências	71		

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que os aspectos relacionados às habilidades e capacidades das crianças e adolescentes são os mais avaliados pelas terapeutas ocupacionais, seguidos dos aspectos relacionados às atividades de vida diária como, por exemplo, o brincar, a rotina e as atividades cotidianas, e o nível de independência que o usuário possui em realizar as atividades diárias. Ressalta-se que doze participantes não especificaram os aspectos que verificam na avaliação inicial das crianças e adolescentes.

Na descrição das avaliações realizadas pelas terapeutas ocupacionais, estas apresentaram os aspectos que avaliavam nas crianças e adolescentes usuários dos CAPSi, assim como a forma utilizada. Relataram ainda que o modelo de avaliação utilizada é igual para toda a equipe, conforme pode ser observado a seguir.

“O modelo de avaliação/anamnese no CAPS é igual para todos os profissionais. Todos realizam as mesmas perguntas a fim de preencher o questionário de avaliação inicial, certamente cada um dá mais ênfase nas questões relacionadas à sua área.” (TO15)

“Busco investigar a rotina e como se organizam as atividades cotidianas, as demandas/queixas das crianças e dos pais ou responsáveis, repertório de brincar e/ou atividades de lazer, como é a interação social (...)” (TO2)

“Avalio a capacidade de comunicação, interação pessoal, habilidades específicas, grau de independência....Prioritariamente” (TO10)

“AVD’s, Área cognitiva(senso-percepto-cognitivo), Distúrbios psico-afetivos.” (TO12)

“Me foco no que ela consegue fazer e não no que não consegue ainda. Observo os sintomas e traço metas para diminuí-los. Me foco na funcionalidade cotidiana independente do diagnóstico.” (TO14)

“Não utilizo um protocolo de avaliação, faço levantamento de queixa, colho anamnese, penso no cotidiano, nas AVD’s, nas dificuldades cognitivas e nas necessidades de cada usuário.” (TO23)

Observa-se que boa parte dos aspectos avaliados estão atrelados a função e disfunção dos usuários como o grau de independência, as habilidades, o que o usuário consegue ou não fazer, etc. Todavia, há uma inovação: a avaliação da inserção social e da interação pessoal, o que expressa a modificação no “olhar” e na prática terapêutica ocupacional decorrente da reabilitação psicossocial.

Contudo, parece ser difícil falar sobre a avaliação, ainda que esta seja uma prática inerente, o que pode justificar o fato da metade das participantes não responderem sobre esse aspecto. Importa problematizar sobre quais fatores estão associados a esta dificuldade e estudos futuros devem ser realizados nesta direção.

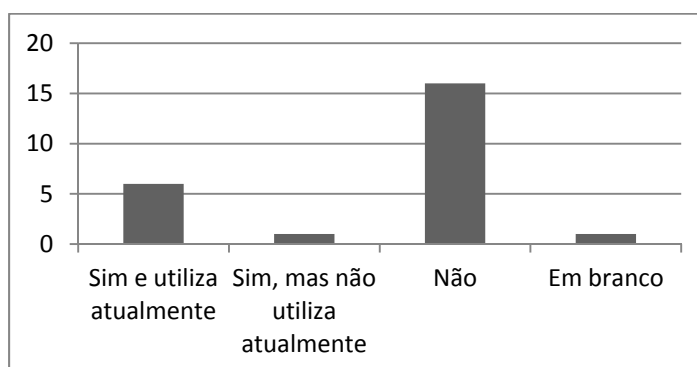
A partir das respostas apresentadas pelas participantes sobre a avaliação, observa-se que não há uma sistematização da mesma, como se a avaliação acontecesse de forma intuitiva, o que não é verdadeiro. Compreende-se que a avaliação é de extrema

importância para o planejamento e estruturação do Projeto Terapêutico dos usuários, já que, a partir de uma avaliação minuciosa dos mesmos, é possível apreender as dificuldades e demandas do indivíduo, conhecer os aspectos que precisam ser trabalhados e elaborar as intervenções e ações apropriadas para o caso. Além disso, a avaliação sistemática favorece e enriquece o diálogo entre os profissionais envolvidos no tratamento da criança ou do adolescente e possibilita a produção literária no campo científico.

Sabe-se que o terapeuta ocupacional compartilha de tais considerações, no entanto, os relatos apresentados sugerem não só a dificuldade em expressar sobre isso, mas também sobre contextualizar e reconhecer como técnica as ações que realiza nesta direção.

Questionou-se às participantes se as mesmas desenvolveram alguma avaliação própria. As respostas identificadas apresentam-se no Gráfico 14, a seguir.

Gráfico 14 – Avaliações desenvolvidas pelas próprias participantes



Fonte: autoria própria.

Observa-se que a maioria das participantes não desenvolveu nenhuma avaliação própria (n=16) e sete participantes desenvolveram, embora uma delas aponte que não a utiliza atualmente.

As sete participantes que responderam afirmativamente fizeram alguns relatos acerca da avaliação que desenvolveram, indicando o conteúdo da avaliação, as razões para não utilizar a avaliação desenvolvida, como pode ser observado a seguir.

“(…) avaliação de esquema corporal, coordenação motora, AVD’s e AVP’s, autonomia social, aspectos perceptivos e cognitivos, comportamento e sociabilização (…)” (TO1).

“Desenvolvemos esquema para triagens (informações básicas que auxiliam na definição do quadro funcional)(…) Os tópicos são complementados com as informações familiares e da clientela quando possível” (TO14).

“Nesta avaliação colho dados sobre o desenvolvimento do paciente nos primeiros anos de vida, quando ocorreu o problema (...)” (TO17).

“(...) desenvolvemos avaliações onde consta o histórico da criança e família perante desenvolvimento e doença, comportamento, principais queixas.” (TO19).

“Elaborei um protocolo de avaliação baseado em outros protocolos de t.o. modificando-os com aspectos que julgo importante para uma avaliação de terapia ocupacional na saúde mental infantil.” (TO11)

“Desenvolvemos uma avaliação completa de Terapia Ocupacional, mas não a utilizo na rotina por necessitar otimizar o tempo da avaliação que acaba sendo clínico e prático, devido a falta de tempo e a riqueza desta avaliação também.” (TO8)

Os relatos apresentados pelas participantes acerca da avaliação desenvolvida por elas referem-se, principalmente, ao conteúdo dos aspectos observados na avaliação como, por exemplo, componentes sensório-motores, AVD, componentes cognitivos, dados sobre o desenvolvimento nos primeiros anos de vida e queixas.

Embora se tenha a hipótese que as avaliações em terapia ocupacional dos usuários nos CAPSi não sejam realizadas de forma sistemática, é possível identificar que há uma preocupação dos profissionais desses equipamentos em considerar a multiplicidade dos aspectos específicos dos contextos nos quais o usuário está envolvido, na medida em que procuram avaliar o histórico e percurso das dificuldades apresentadas pelo mesmo no decorrer de seu desenvolvimento, etc.

Diante da não sistematização das avaliações nos CAPSi e da preocupação dos profissionais em avaliar os usuários destes equipamentos e sabendo-se da importância que a avaliação representa para o planejamento das intervenções e ações, do suporte que dá para as discussões entre os profissionais e da produção literária científica, aponta-se a necessidade de estudos futuros que objetivem desenvolver uma avaliação adequada ao campo da saúde mental infanto-juvenil, que considere as particularidades deste campo e desta população.

Questionou-se quais eram as limitações das avaliações disponíveis que levaram as terapeutas ocupacionais a desenvolver uma avaliação própria e apenas oito participantes responderam à questão. Nas respostas apresentadas, identificaram-se quatro limitações, a saber: ausência de avaliação em saúde mental para crianças e adolescentes; falta de tempo e material para a realização concreta; e outros. O Quadro 37 mostra estas limitações, assim como o número de referências à limitação e os comentários feitos pelas participantes.

Quadro 37 – Limitações das avaliações disponíveis

Limitação	Número de referências à limitação	Comentários
Ausência de avaliação em saúde mental para crianças e adolescentes	3	<p><i>“(...) não existia avaliação infantil disponível, somente para adultos.” (TO1).</i></p> <p><i>“As outras avaliações se referiam a crianças com déficits físicos e/ou cognitivos, e não com transtornos globais do desenvolvimento, ou outros transtornos afetivos graves.” (TO11).</i></p> <p><i>“(...) não encontrei nenhum modelo de avaliação adequada na psiquiatria infanto-juvenil” (TO17).</i></p>
Falta de tempo e material para a realização concreta	3	<p><i>“Não utilizamos nossa própria avaliação, (...) por ser extensa e muitas vezes avaliar fatores que não são de interesse em determinados casos.” (TO8)</i></p> <p><i>“As limitações (...) são tempo hábil e falta de material para realização concreta.” (TO19).</i></p> <p><i>“Na realidade pensamos em não usar protocolos padrões, pois para lidar com toda a problemática que a população de CAPSi apresenta possivelmente precisaríamos mais de um, o que seria muito difícil de ser realizada no cotidiano do trabalho.” (TO22)</i></p>
Outros	2	<p><i>“(...) tenho minha própria maneira de avaliar (...)” (TO10)</i></p> <p><i>“Só complemento as demais de maneira descritiva.” (TO14)</i></p>

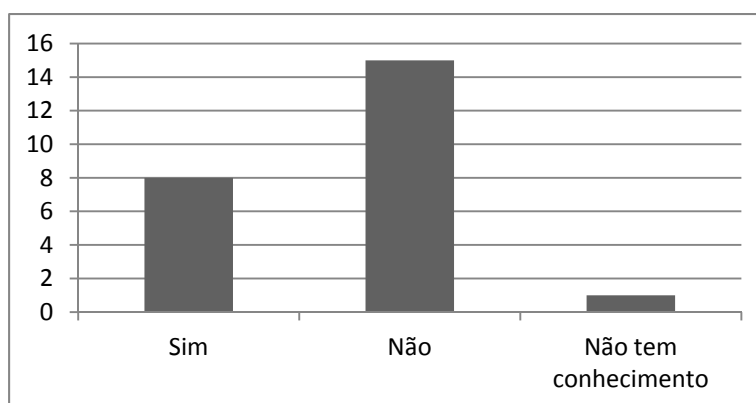
Fonte: autoria própria.

Observa-se que as principais limitações encontradas pelas participantes relacionam-se à ausência de avaliações em saúde mental infanto-juvenil e à falta de tempo para a utilização dos protocolos de avaliação disponíveis.

A partir dos resultados apresentados acima, reforça-se a importância de investimento de esforços para desenvolver e disponibilizar instrumentos válidos no campo da saúde mental infanto-juvenil.

A seguir, no Gráfico 15, apresentam-se informações relativas à existência de outras avaliações utilizadas no serviço.

Gráfico 15 – Outras avaliações utilizadas no serviço



Fonte: autoria própria.

Verifica-se que oito participantes utilizam no serviço outros tipos de avaliação. Uma participante afirmou não ter conhecimento sobre o assunto.

As terapeutas ocupacionais apontaram quais eram tais avaliações. Em suas respostas foram identificadas: anamnese, Escala de Vineland, avaliação do uso de substâncias psicoativas, modelos de avaliação específicos para detecção precoce do transtorno autista, e avaliações referentes à integração sensorial. A seguir, no Quadro 38, apresentam-se tais avaliações e o número de referências à avaliação.

Quadro 38 – Avaliações utilizadas no serviço

Avaliação	Número de referências à avaliação
Anamnese	4
Escala de Vineland	1
Avaliação do uso de substâncias psicoativas	1
Modelos de avaliação específicos para detecção precoce do transtorno autista	1
Avaliações referentes à integração sensorial	1
Número total de referências	8

Fonte: autoria própria.

Observa-se que dentre os outros tipos de avaliação utilizados no serviço, a anamnese é o mais utilizado pelas participantes.

Em relação às avaliações e reavaliações dos usuários dos CAPSi, as terapeutas ocupacionais apontaram os momentos nos quais realizam as mesmas. Identificaram-se em suas respostas os seguintes momentos: avaliação no primeiro contato; reavaliação para alta; reavaliação periódica; reavaliação sem período pré-determinado; e reavaliação cotidiana. O Quadro 39 mostra os momentos nos quais fazem as avaliações e reavaliações dos usuários.

Quadro 39 – Avaliações e reavaliações dos usuários dos CAPSi

Momento	Número de referências ao momento
Reavaliação periódica	10
Reavaliação sem período pré-determinado	8
Avaliação no primeiro contato	5
Reavaliação cotidiana	4
Reavaliação para alta	2
Número total de referências	29

Fonte: autoria própria.

Observa-se que dez participantes afirmaram realizar reavaliações periodicamente, conforme o período estabelecido pela equipe no Projeto Terapêutico do usuário. Oito participantes apontaram que as reavaliações ocorrem sem um período pré-determinado, sendo realizadas quando o usuário apresenta alterações no comportamento, quando não apresenta evolução do quadro ou quando há solicitações dos outros equipamentos da rede que o usuário frequenta como, por exemplo, escolas, unidades básicas de saúde, Conselho Tutelar, entre outros. Cabe ressaltar que uma participante não respondeu à questão.

Quando questionadas sobre o que baliza as terapeutas ocupacionais a mudarem a trajetória do tratamento dos usuários, as participantes apontaram os aspectos que as levam a realizar tais mudanças. Foram identificados em suas respostas os seguintes aspectos: evolução insatisfatória, tratamento não corresponde aos interesses do usuário, discussão em equipe, solicitação do usuário e/ou família, sem adesão ao tratamento, novas metas/demandas/necessidades, evolução satisfatória, observações rotineiras, processo de alta, e usuário. O Quadro 40, a seguir, apresenta tais aspectos e o número de referências ao aspecto.

Quadro 40 – Aspectos que levam a mudanças no tratamento dos usuários

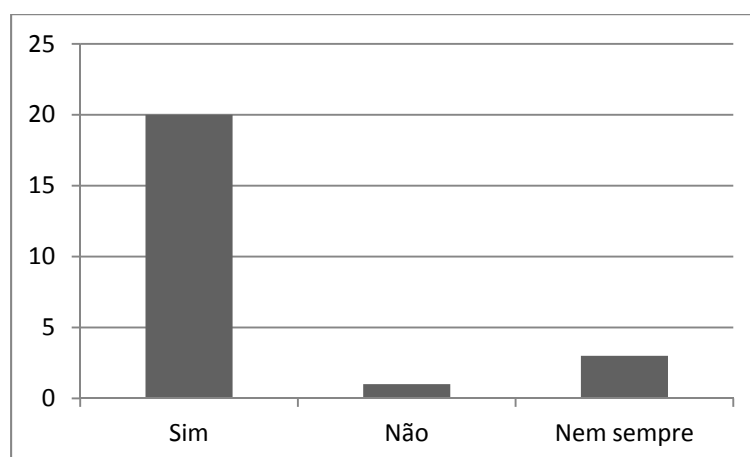
Aspecto	Número de referências ao aspecto
Evolução insatisfatória	11
Discussão em equipe	6
Novas metas/demandas/necessidades	6
Evolução satisfatória	5
Tratamento não corresponde aos interesses do usuário	2
Solicitação do usuário e/ou família	3
Número total de referências	33

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que os principais aspectos que levam as terapeutas ocupacionais a mudarem a trajetória do tratamento dos usuários são a evolução insatisfatória (n=10), discussões em equipe (n=6) e quando surgem novas metas, demandas e/ou necessidades (n=5). Cabe ressaltar que uma participante não respondeu à questão.

Em relação à participação das famílias dos usuários no processo de avaliação e reavaliação pelos terapeutas ocupacionais, as participantes apontaram se os familiares participavam ou não de tais processos. Os resultados são apresentados no Gráfico 16, a seguir.

Gráfico 16 – Participação da família no processo de avaliação e reavaliação dos usuários pelos terapeutas ocupacionais



Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das participantes (n=20) informaram que as famílias participam dos processos de avaliação e reavaliação dos usuários e uma participante afirmou que não.

Acerca da participação dos familiares no processo de avaliação e reavaliação dos usuários, as terapeutas ocupacionais fizeram alguns comentários. Em tais comentários, identificaram-se oito momentos de participação, a saber: em reuniões e/ou atendimentos que concernem os pais; conversas sobre a evolução; participação na mudança do Projeto Terapêutico; informações fornecidas pelas famílias são incluídas na avaliação/reavaliação; orientações; reavaliações são realizadas com os pais; apresentação de novas demandas; e de forma não sistemática. No Quadro 41, a seguir, apresentam-se tais momentos de participação, assim como o número de referências aos mesmos.

Quadro 41 – Participação dos familiares nos processos de avaliação e reavaliação dos usuários pelos terapeutas ocupacionais

Momento de participação	Número de referências ao momento de participação
Em reuniões e/ou atendimentos que concernem os pais	5
Conversas sobre a evolução	4
Participação na mudança do Projeto Terapêutico	4
Informações fornecidas pelas famílias são incluídas na avaliação/reavaliação	2
Orientações	2
Reavaliações são realizadas com os pais	2
Apresentação de novas demandas	1
De forma não sistemática	1
Número total de referências	21

Fonte: autoria própria.

Observa-se que a participação da família nos processos de avaliação e reavaliação dos usuários se dá, principalmente, através de reuniões e/ou atendimentos que concernem aos pais dos usuários, seguido de conversas sobre a evolução e participação na mudança do Projeto Terapêutico.

Espera-se que as famílias participem dos processos de avaliação e reavaliação das crianças e dos adolescentes, no entanto, houve relatos de que nem sempre esta participação ocorre.

Chama a atenção o momento de orientação ser referido como participação nos processos de avaliação e reavaliação. Dar orientação aos pais pode ser uma forma de envolver a participação no processo avaliativo, porém, não necessariamente.

Questionou-se também se as escolas e outros atores envolvidos nos contextos dos usuários participavam nos processos de avaliação e reavaliação destes, os resultados são apresentados no Quadro 42, a seguir.

Quadro 42 – Participação da escola e outros equipamentos na avaliação e reavaliação dos usuários dos CAPSi

Participação	Número de participantes que fizeram referência à participação
Sim	12
Não	5
Apenas quando necessário	4
Indiretamente	2
Sempre que possível	1

Fonte: autoria própria.

Observa-se que pessoas vinculadas às escolas e outros equipamentos envolvidos nos contextos das crianças e adolescentes participam dos processos de avaliação e reavaliação, embora cinco participantes tenham apontado que não participam e quatro apontaram que participam apenas quando necessário.

As participantes apontaram ainda o papel que as escolas possuem nos processos de avaliação e reavaliação dos usuários e que esta participação acontece por meio de contatos por telefone, relatórios, reuniões e visitas; como pode ser observado nas falas a seguir.

“Colher e trocar informações com escolas, equipamentos esportivos e culturais que são parte do contexto de vida do usuário possibilita ampliação do olhar que contribui de forma efetiva para os processos avaliação/reavaliação.” (TO2).

“(…) buscamos manter um contato com as escolas através de relatórios, visitas e reuniões em conjunto.” (TO3).

“A escola é acionada também para participar do projeto terapêutico como parceira.” (TO5).

“Escola e outros espaços das crianças e adolescentes tem papel importante no norteamento do tratamento, sendo que há a necessidade de discussões constantes com esses espaços. Dessa forma, muitos casos são discutidos de forma que esses espaços possam participar da elaboração dos PTS, por exemplo. Dessa forma, fazem parte da avaliação e reavaliação.” (TO13).

“Muitas vezes a participação se dá mais no processo inicial e o resto é uma construção coletiva, mas não necessariamente participa de uma reavaliação formal, mas sim processual. Através de contatos permanentes, de devolutivas, discussões de caso, ações compartilhadas. Isso quando este contexto atua como parceria, quando este contexto atua como fator agressor da criança buscamos fazer um trabalho de sensibilização anterior ao de implicação com o caso.” (TO22).

Observa-se que metade das terapeutas ocupacionais apontou que nem sempre as escolas e outros equipamentos envolvidos no contexto dos usuários participam do processo de avaliação dos mesmos. Vale problematizar sobre os empecilhos presentes na realidade dos técnicos e instituições envolvidos para identificar elementos que possam auxiliar na compreensão desta realidade e, além disso, avançar no sentido de alcançar a efetivação de ações intersetoriais. Reforça-se tal demanda, retomando apontamentos da literatura especializada que indica a importância de se considerar os diversos contextos em que a criança está inserida e de dar voz aos diferentes atores que convivem com as mesmas em tais contextos para que a avaliação acerca de possíveis problemáticas seja pertinente (MATSUKURA, 2007).

4.3.3.2.1.2. Referenciais teóricos

Quando questionadas acerca das abordagens, quadros de referência e modelos de prática que utilizam para guiar suas ações, as participantes apontaram os referenciais teóricos que norteiam suas práticas. Nas respostas fornecidas identificaram-se os seguintes referenciais: referenciais da psicologia, referenciais da terapia ocupacional, reabilitação psicossocial, integração sensorial, outros, não especificou o modelo/referencial teórico, e não utilizam. O Quadro 43, a seguir, mostra tais referenciais teóricos, o número de referência ao referencial teórico e exemplos relativos aos mesmos.

Quadro 43 – Abordagens, quadros de referência e modelos de prática

Referencial teórico	Número de referências ao referencial teórico	Exemplos relativos ao referencial teórico
Referenciais da terapia ocupacional	16	Modelo lúdico Método Terapia Ocupacional Dinâmica Modelo da Prática Baseada no Cliente Modelo Desempenho Ocupacional Integração sensorial
Referenciais da psicologia	10	Comportamental Teoria winnicotiana Psicanálise Esquizoanálise Arteterapia
Reabilitação psicossocial	6	Reabilitação psicossocial Modelo psicossocial
Não utilizam	6	-
Outros	2	Reabilitação cognitiva Filosofia da diferença
Número total de referências	40	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que os referenciais teóricos mais utilizados para guiar o trabalho das terapeutas ocupacionais são referenciais próprios da terapia ocupacional (n=16) e da psicologia (n=10). Seis participantes referiram não utilizar nenhuma abordagem, quadro de referência ou modelo de prática para nortear suas ações e duas participantes não especificaram o referencial teórico.

As participantes apresentaram comentários acerca das vantagens e inconvenientes na utilização de quadros de referências e modelos de prática que norteiam suas ações. As vantagens apontadas referem-se ao norteamento de suas ações e os inconvenientes, ao enclausuramento/engessamento que o uso indiscriminado pode gerar na compreensão ou nas ações voltadas aos usuários.

“Utilizo esses modelos apenas como referenciais ao trabalho. Eles dão sustentação a um pensamento, dúvida e no momento da avaliação, porém se usado de modo indiscriminado podem enclausurar o usuário num diagnóstico e disfunção, e não para o que eles estão nos mostrando como sujeitos únicos e individuais.” (TO15)

“ (...) entendo que o Método existe para ser um referencial e não um gesso para o profissional, desta forma aprendi muito sobre a TO, sobre raciocínio clínico e narrativo da TO, e com isso posso atuar assim com

meus pacientes, construindo histórias junto com eles, e promovendo inserção social, claro que sempre com a equipe junto, a família e outros atores que compõe a vida desses sujeitos” (TO22)

“Creio que a existência de inúmeras linhas teóricas, referenciais e métodos diferentes diz respeito às diversas possibilidades de respostas que cada um dos pacientes pode apresentar. Desta forma, um paciente pode responder muito bem a uma abordagem e não a outra. Assim, conhecer os diferentes referenciais teóricos possibilita que o terapeuta tenha mais ferramentas e possibilidades de intervenção junto à demanda que lhe é apresentada.” (TO4)

A utilização de diferentes referenciais teóricos pelos terapeutas ocupacionais pode ser um reflexo do fato desta profissão ter “emprestado” as teorias das outras áreas (como, por exemplo, a psicologia, a sociologia, entre outras) para se constituir (BALLARIN, 2007).

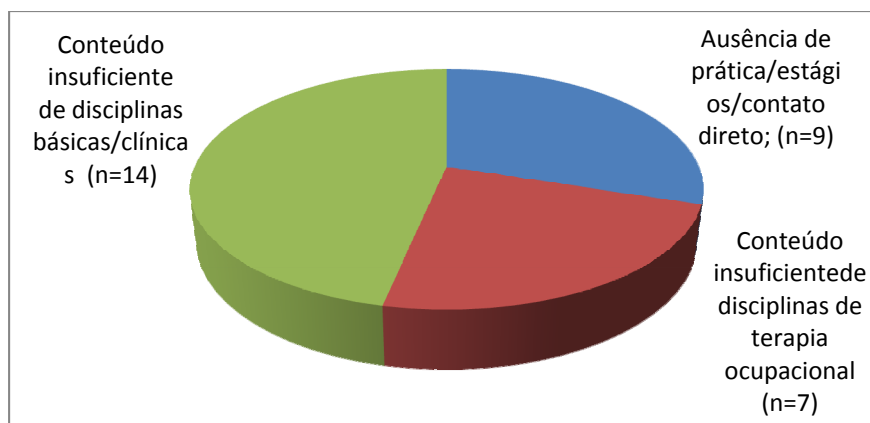
Observa-se que as terapeutas ocupacionais têm se preocupado em embasar suas práticas nos referenciais teóricos existentes e, sobretudo, em conhecer diferentes referenciais a fim de melhor adequar suas intervenções às necessidades apresentadas pelos usuários. Tal postura deve favorecer a contextualização teórico-prática da realidade descrita e possibilitar avanços na sistematização de tais ações.

4.3.4. Formação profissional

Nesta subseção, apresentam-se os resultados obtidos relacionados à formação profissional das terapeutas ocupacionais que trabalham nas unidades de CAPSi.

Quando questionadas acerca de possíveis lacunas, teórico-práticas, na formação das terapeutas ocupacionais, a maioria das participantes (n=19) referiu que houve lacunas em sua graduação e que as mesmas poderiam ser sanadas e ajudariam na atuação junto a crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou emocionais. O Gráfico 17 apresenta tais lacunas teórico-práticas, na opinião das participantes.

Gráfico 17 – Lacunas teórico-práticas na formação dos terapeutas ocupacionais



Fonte: autoria própria.

Observa-se que, sob a ótica das participantes, as maiores lacunas teórico-práticas referem-se ao conteúdo insuficiente de disciplinas básicas e/ou clínicas como, por exemplo, psicopatologia da infância e adolescência, seguidas da ausência de prática, estágios e contato direto com a saúde mental infanto-juvenil.

Nos relatos feitos pelas participantes, observa-se a existência de lacunas importantes nos conteúdos das disciplinas no que se refere ao aprofundamento teórico-prático específico, tanto da população quanto da prática terapêutico-ocupacional voltada para o campo da saúde mental da criança e do adolescente. As participantes apontam a lacuna em psicopatologia da criança e do adolescente, psicofarmacologia e teorias, além da ausência de estágios nesta área e a ausência de profissionais docentes com experiência clínica neste campo, como se pode observar nos relatos a seguir.

“Sim. Não se conhecia tanto dos transtornos mentais em crianças /adolescentes (a psicopatologia infantojuvenil) poderia ter tido uma carga horária maior teórico/prática.” (TO14)

“(…) no acesso a teorias que ajudem a compreender a variedade de casos clínicos em geral. (…) possuímos uma ampla formação em políticas públicas de saúde e formação técnica-política para pensarmos as questões relacionadas a reabilitação psicossocial, mas falta oportunidades de estudar e praticar a clínica em saúde mental.” (TO24)

“Com certeza entendo que houve lacunas, mesmo porque não havia uma profissional especialista nesta temática para dar aulas e também não houve estágios específicos (…) creio que deveria ter tido estágio prático com crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou emocionais (…) durante a graduação pouco foi abordado sobre psicopatologia da infância e adolescência, enquanto TO não sou

responsável por estabelecer diagnóstico, porém entendo a necessidade de saber dialogar com os demais conhecimentos e também poder olhar para o sujeito que está em atendimento comigo e dar uma dimensão total do que acontece com esse sujeito. Após a minha formação precisei estudar muito esse conteúdo.” (TO22)

“(…) Não tive (…) contato direto com pacientes nos estágios (…). Houve ainda deficiência na área de avaliação terapêutica ocupacional dessas crianças.” (TO9)

Alguns relatos e comentários apontaram que a saúde mental do adulto e o desenvolvimento infantil foram bastante abordados na graduação, porém, sem alcançar a saúde mental da criança e do adolescente, como se pode observar nos relatos a seguir.

“Sim. Penso que na graduação a saúde mental foi um tema bastante abordado, de forma a possibilitar uma atuação crítica e contextualizada nos equipamentos de saúde em geral. Entretanto, a infância não foi um tema muito trabalhado com relação à saúde mental. As especificidades da atuação na área de saúde mental infantil não foram expostas, exercícios de se pensar essa atuação não foram propostos. Entendo que a infância foi trabalhada de uma forma ampla, talvez com um pouco mais de investigação na parte de deficiência intelectual, mas não na de saúde mental.” (TO13)

“Durante a graduação o desenvolvimento infantil foi bastante abordado em aulas do ciclo básico e nas aplicadas. Acredito muito na importância do conhecimento do desenvolvimento normal, para que seja possível detectar o que é patológico, Porém isso não é o suficiente, a Saúde Mental Infantil é um tema abrangente e delicado, requer conhecimento específico e de qualidade. (...) A saúde mental está presente na vida de todo ser humano, mas quando falamos especificadamente em quadros em que existem transtornos mentais e/ou emocionais, existem conhecimentos necessários de serem integrados a prática profissional.” (TO22)

A formação do terapeuta ocupacional objetiva que o profissional esteja capacitado a desenvolver suas atividades profissionais com os diferentes grupos populacionais em situação de risco ou com alterações físicas, sensoriais, perceptivo-cognitivas, mentais, psíquicas e/ou sociais (BRASIL, 2002d). A fim de garantir esta formação, a Resolução nº 6 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu diretrizes nacionais para o currículo dos cursos de graduação em terapia ocupacional. Tais diretrizes determinam que deva haver vivências de atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, creches, cooperativas, empresas, etc.).

“Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista” (BRASIL, 2002d, p. 5).

Ainda discorrendo sobre o conteúdo a ser abordado nos cursos de graduação em terapia ocupacional, no currículo mínimo é determinado que as práticas terapêuticas ocorram gradativamente durante todo o curso de graduação e não ficando restrito ao período de estágio profissionalizante. Além disso, determina-se que os serviços ou clínicas terapêuticas devam abranger todas as áreas da terapia ocupacional previstas no currículo (BRASIL, 1997).

Diante do exposto, observa-se que, embora a Resolução determine a abordagem das diferentes áreas, assim como da população com alterações nos diferentes componentes (físico, emocional, psíquico, social), não há a explicitação da necessidade de abordar a atuação profissional com indivíduos de diferentes fases do desenvolvimento com tais alterações e nas diversas áreas de atuação da terapia ocupacional.

Compreende-se que a carência da abordagem de conteúdo referente à infância e adolescência (psicopatologia, saúde mental, entre outros) durante a graduação, relatada pelas terapeutas ocupacionais, podem estar relacionadas com o contato dos alunos na chamada área de saúde mental, através da abordagem com adultos e, além disso, o fato de que a própria história do reconhecimento sobre a demanda de saúde mental infanto-juvenil e das políticas de saúde pública voltadas para esta população, refletem tal realidade de atraso e de ausência de foco a esta problemática durante muito tempo. Nesta direção, a própria implantação dos CAPSi, como já apontado neste estudo, é bastante recente.

Tal hipótese leva também a considerar que tal lacuna na formação não é realidade apenas na formação de terapeutas ocupacionais e deve refletir também a formação de outros profissionais que atuam junto a esta população. Assim, os investimentos na formação, tanto na graduação quanto na educação continuada devem ser considerados como importante estratégia para alcançar melhores patamares de resolutividade nas ações deste campo.

Dentre os aspectos considerados relevantes a serem abordados durante a graduação apontados pelas terapeutas ocupacionais, destacam-se a avaliação, o desenvolvimento infantil e atividades e recursos terapêuticos voltados à saúde mental da criança e do adolescente. Tais aspectos chamam a atenção, já que constam nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em terapia ocupacional da Resolução nº 6 de 19 de fevereiro de 2002, como visto anteriormente.

Almeida et. al. (2002) afirmam que a experimentação de atividades nas disciplinas que envolvam atividades e recursos terapêuticos é fundamental para saber utilizá-las de forma terapêutica e construir a identidade do terapeuta. A importância da experimentação e experiências também é relatada por Cruz e Campos (2004), que apontam que as experiências vivenciadas nas disciplinas durante a graduação “são importantes na compreensão do estudante sobre a profissão, ao mesmo tempo em que permitem entender o processo de construção do terapeuta ocupacional de forma menos conflituosa” (p. 108).

Como visto, ainda que conteúdos teóricos e práticos estejam previstos e sejam oferecidos aos alunos durante a graduação, há uma lacuna entre esse oferecimento e o que o profissional, após a graduação e durante a realidade da prática, consegue articular e utilizar de seu aprendizado. Importa problematizar acerca destas questões na medida em que, neste momento, além de novos conteúdos, mais específicos, acerca da saúde mental infanto-juvenil devem estar em implantação nos currículos, indaga-se como estão sendo ministrados, qual o enfoque e quais possibilidades de formação prática oferecidas. Estudos desta natureza devem contribuir para a compreensão desta fundamental etapa de formação.

Em relação aos aspectos que as terapeutas ocupacionais consideram relevantes para serem abordados na graduação, identificaram-se em suas indicações os seguintes aspectos: desenvolvimento infanto-juvenil, recursos terapêuticos, relações interpessoais, avaliação, contato com a clientela, políticas públicas, psiquiatria e SM, e aspectos sociais. O Quadro 44, a seguir, apresenta tais aspectos.

Quadro 44 – Aspectos relevantes para serem abordados na graduação em terapia ocupacional

Aspecto	Número de referências ao aspecto	Exemplos relativos ao aspecto
Avaliação psíquica/emocional	19	DiagnósticoPsicopatologia da infância e adolescência Testes psicológicos
Desenvolvimento infanto-juvenil	13	Desenvolvimento infanto-juvenil Constituição psíquica
Políticas públicas	13	Políticas públicas SUS/SM infanto-juvenil Ações intersetoriais ECA
Recursos terapêuticos	12	Brincar Análise e Recurso Terapêutico na infância e adolescência
Relações interpessoais	11	Atendimento familiar Relação criança/adolescente-família Família
Contato com a clientela	7	Discussão de casos Prática/estágio em SM infanto-juvenil
Psiquiatria e SM	5	Reforma psiquiátrica Disciplina específica em SM infanto-juvenil
Aspectos sociais	2	Abrigamento Violência e abuso infantil
Número total de referências	82	

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que os principais aspectos que as participantes consideram relevantes para serem abordados durante a graduação para atuar na área de saúde mental infanto-juvenil relacionam-se à avaliação psíquica/emocional (n=19), desenvolvimento infanto-juvenil (n=13), políticas públicas (n=13) e recursos terapêuticos (n=12).

A partir dos aspectos relevantes a serem abordados na graduação apontados pelas participantes e considerando a experiência anterior na saúde mental que elas possuem e as dificuldades para se trabalhar neste campo a despeito de experiência prévia, aponta-se que há especificidades importantes na saúde mental da criança e do adolescente.

Quando comparamos o número de referências ao aspecto da avaliação psíquica/emocional como conteúdo que os profissionais consideram importantes a serem

abordados na graduação com o achado aqui apresentado sobre a ausência de sistematização nos processos de avaliação e a aparente dificuldade das participantes em falar sobre a avaliação; é possível acrescentar na compreensão deste resultado e considerar que este aspecto não foi devidamente abordado durante a graduação das mesmas. Diante disso, reforça-se a necessidade de estudos acerca da formação profissional e das demandas dos terapeutas ocupacionais para a atuação neste campo.

As participantes foram questionadas acerca do grau de satisfação pessoal com o seu trabalho. As categorias identificadas em seus apontamentos e o número de participantes que fizeram referência à categoria estão apresentadas no Quadro 45, a seguir.

Quadro 45 – Grau de satisfação pessoal das participantes

Grau de satisfação	Número de participantes que fizeram referência à categoria
Satisfeita / bem satisfeita	11
Muito satisfeita	8
Pouco satisfeita	5

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que a maioria das participantes (n=11) encontra-se satisfeita e bem satisfeita com seu trabalho no CAPSi. Algumas razões associadas ao grau de satisfação pessoal apontadas pelas terapeutas ocupacionais foram: gostar do que faz; ter perfil, qualificação, investimento e prazer com o que faz; o trabalho interdisciplinar; a proposta do CAPSi, a evolução do usuário e da família, etc.

Contudo, cinco participantes referiram estarem pouco satisfeitas. Algumas razões apontadas para a pouca satisfação foram: o contexto sociocultural dos usuários que dificulta o desenvolvimento do trabalho, a demanda muito grande, rede de serviços precária, pressão política exercida, baixa remuneração, entre outras.

Assim, é possível observar que as profissionais conseguem obter um grau de satisfação no trabalho e, mesmo dentre aquelas que apontaram pouca satisfação, os motivos elencados parecem estar mais relacionados às carências que a realidade impõe que necessariamente uma insatisfação com o campo. É possível que tal insatisfação reflita o sofrimento pessoal pelos quais os técnicos que enfrentam o dia a dia desgastante, realizam e acreditam no que fazem e, ao mesmo tempo, reconhecem as problemáticas que precisam ser respondidas pelos gestores como limitantes para o alcance da resolutividade, como aqui observado, possam levar a insatisfações desta natureza.

Nesta seção, foram apresentados os resultados dos dados obtidos por meio do Questionário que foram analisados quantitativa e qualitativamente. A seguir, na próxima seção, serão apresentados comentários das participantes, conforme solicitado na última questão apresentada a elas.

4.4. Comentários acrescentados pelas participantes

Ao final do questionário, foi disponibilizado um espaço para o acréscimo de comentários pelas participantes. Treze participantes fizeram seus comentários, nos quais colocaram críticas ao instrumento, a importância deste estudo em relação às contribuições que trará a área e à reflexão sobre suas ações e reafirmaram os desafios da atuação nos CAPSi.

“Gostei muito de fazer parte desta pesquisa, acredito que muitas vezes em nossa prática corrida e diária não paramos para refletir sobre ações, processos de trabalho, sobre motivações, sobre o que pensamos e sentimos ou até mesmo sobre o que fazemos. Fiquei confusa em algumas questões sobre o que realmente deveria responder, espero ter contemplado o que era necessário e auxiliado na pesquisa. Quero ressaltar que a área da infância e adolescência foi uma escolha na minha vida e um divisor de águas, foi por onde eu me descobri terapeuta ocupacional e talvez seja por isso que acredito tanto nas relações estabelecidas, no estar com o paciente, mais do que em protocolos, e em teorias apenas. Acredito nos encontros que o CAPS i propicia, acredito muito no espaço de convivência dentro dos CAPS i e acredito que a pesquisa talvez pudesse um dia ampliar e focar esse recurso no CAPS i, que é utilizado em diferentes CAPSi, mas que é pouco conceituado e pouco discutido. Acredito que a TO no CAPS i é fundamental e tenho certeza eu muito do que aprendi na faculdade é que me faz pensar isso, só entendo que para CAPS i em específico deveríamos ter uma formação na faculdade mais específica. Obrigada pelo envio deste questionário, pelo cuidado em informar o prazo de retorno esgotado, pela iniciativa de estudar a TO no CAPS i (...)” (TO22)

“A iniciativa da pesquisa é boa e muito importante. Entretanto, há perguntas muito repetidas, o questionário é muito extenso e não parece considerar a concepção transdisciplinar da Reabilitação Psicossocial que norteia a proposta dos CAPS como serviços substitutivos à estrutura manicomial.” (TO4)

“Considero que o questionário tenha ficado muito extenso, e assim com pouco espaço para a possibilidade de reflexão mais profunda. Tive a impressão também que algumas questões fugiram muito do contexto prático, real, cotidiano, e dessa forma ficaram quase impossíveis de serem respondidas.” (TO5)

“Acrescento que atuar em CAPS I é um desafio, pois atuamos com o HD da criança e com as famílias, as quais apresentam muitas dúvidas e necessitam de esclarecimentos, além de na maioria das vezes, estarem aflitas pelos filhos estarem fazendo tratamento no local.” (TO19)

A partir dos comentários apresentados verifica-se que a oportunidade de participação no estudo permitiu refletir, de forma a acrescentar, sobre a prática profissional, sobre os equipamentos, políticas, dentre outros.

As observações acerca do Questionário, especialmente, no que concerne a extensão do mesmo, procedem e, ainda que tal fato possa ter contribuído para a amplitude e profundidade dos resultados aqui apresentados, reconhece-se como uma limitação do estudo.

Importa ressaltar como alguns comentários, apresentados de forma intensa, refletem também percursos, investimentos, motivações e superações que acrescentam na compreensão da formação e constituição de um profissional no campo.

Novas questões de estudo foram sugeridas, como a investigação acerca das potencialidades dos espaços oferecidos nos CAPSi, além da demanda por oportunidades por maior aprofundamento nas reflexões acerca desta temática.

5. Considerações finais

A partir dos resultados deste estudo, verificou-se que o terapeuta ocupacional está inserido em, aproximadamente, 69% das unidades de CAPSi do Estado de São Paulo, fazendo parte da equipe multiprofissional destes equipamentos desde a inauguração das unidades.

A equipe multiprofissional das unidades de CAPSi inclui todas as categorias profissionais preconizadas pelas premissas e diretrizes dos CAPSi, o que indica para a melhoria e investimento em recursos humanos destinados a estes equipamentos.

Os grupos, oficinas e os atendimentos individuais consistem nos principais programas, projetos e atividades oferecidos pelos CAPSi aos usuários, e as principais ações desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais seguem a mesma direção, na medida em que explicitou-se que as ações desenvolvidas pela equipe caracteriza-se como um trabalho interdisciplinar.

No entanto, foi possível identificar ações específicas da terapia ocupacional, que se relacionam às ferramentas utilizadas por este profissional como a análise de atividade, o enfoque nas atividades de vida diária, dentre outras.

Verificou-se que a principal porta de entrada dos CAPSi são os encaminhamentos feitos pelo setor da saúde e que a atenção à crise é realizada pelas próprias unidades de CAPSi.

Os diagnósticos mais comumente encontrados nos usuários são os transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência e a maioria dos usuários vinculados à terapia ocupacional encontram-se na faixa etária de 5 a 11 anos, tendo como principais necessidades de tratamento as AVD e participação social.

A partir dos resultados encontrados e da percepção das participantes deste estudo, foi possível verificar que as unidades de CAPSi do Estado de São Paulo procuram responder à premissas e diretrizes dos CAPSi e do SUS, assim como às temáticas pertinentes ao campo da SMi, estando os terapeutas ocupacionais atentos a estas políticas e diretrizes e engajados na reflexão e proposições de práticas nesta direção. Os participantes apontaram que dificuldades ainda existem, como, por exemplo, a efetivação das ações intersetoriais e da modalidade intensiva de tratamento.

A partir deste estudo, foi possível identificar que houve lacunas importantes na

graduação em terapia ocupacional no que tange a atuação do terapeuta ocupacional no campo da SMi, principalmente no que se refere ao aprofundamento teórico-prático específico a este campo.

Assim, considera-se que o estudo respondeu aos objetivos propostos, revelando sobre a inserção e ações do terapeuta ocupacional nos CAPSi e também abordando sobre as intervenções realizadas nestes equipamentos e as premissas das políticas públicas direcionadas à crianças e adolescentes em sofrimento mental.

Apontam-se as limitações do instrumento utilizado para a coleta de dados que não permitiu o aprofundamento de algumas questões e temas, já que o Questionário não possibilita o diálogo entre pesquisadores e participantes. Além disso, acredita-se que a participação neste estudo e o detalhamento das respostas às questões foram limitados devido à extensão do Questionário.

Contudo, acredita-se que o estudo irá colaborar para o conhecimento acerca das práticas e da formação do terapeuta ocupacional neste campo e contexto de intervenção e, de forma geral, deve também contribuir para o conhecimento produzido no campo de saúde mental infanto-juvenil e para reflexões acerca das políticas públicas e do aprimoramento e desenvolvimento de intervenções voltadas para esta população. Reafirmando tais considerações, aponta-se que as próprias participantes apontaram, nos comentários acrescentados por elas, a importância do estudo para o conhecimento acerca das ações do terapeuta ocupacional no campo da SMi e que este possibilitou às mesmas realizarem reflexões sobre a própria prática profissional.

Ao longo da discussão dos resultados foram apresentadas novas questões para estudos futuros e a expectativa é que essa pesquisa seja a primeira de muitas que deverão ser realizadas e que poderão também fornecer elementos para o desenvolvimento científico da terapia ocupacional e para as práticas deste campo.

6. Referências bibliográficas

ALMEIDA, I.S. et. al. Dialogando sobre o processo de ensino e aprendizagem de atividades e recursos terapêuticos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, 2002, v.10, n.2, p.129-135.

ALVES, E.V. **Humanização e promoção da saúde mental: reflexões sobre o trabalho do CAPSi no município de Barra Mansa/ RJ**. 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Plínio Leite, Niterói, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais**, 2008. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/medicos/pesquisas/>>. Acesso: 22 jan. 2013.

ASSUMPÇÃO JR., F.B. **Psiquiatria infantil brasileira: um esboço histórico**. São Paulo: Lemos editorial, 1995.

BALLARIN, M.L.G. Abordagens grupais. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (orgs.). **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, cap. 7, p. 38-43.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Luis Antero Reto (Trad.). São Paulo: Edições 70, 1977, 225 p.

BELFER, M.L.; SAXENA, S. WHO Child Atlas project. **Lancet**, v. 367, issue 9510, p. 551-552, 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso: 15 mar. 2011.

BIRD, H.R.; DUARTE, C. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 2002, 24(4), p.162-163.

BRASIL. Constituição (1988). **Artigo 227 da Constituição Federal**. [Brasília]: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso: 24 ago. 2012.

_____. Ministério da Educação. **Padrão mínimo de qualidade para os cursos de terapia ocupacional**, 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/pad_qua.pdf>. Acesso: 30 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 189/2002**, 2002a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso: 15 mar. 2011.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002b, p. 57-59.

_____. **Portaria GM 336/2002**, 2002c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso: 15 mar. 2011.

_____ **Resolução nº 06 de 19 de fevereiro de 2002.** Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em terapia ocupacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002d. Seção 1, p. 12. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>> Acesso: 30 jul. 2012.

_____ **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil,** 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf> Acesso: 15 mar. 2011.

_____ **Declaração de Brasília,** 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso: 15 mar. 2011.

_____ Portal da Saúde SUS. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS,** 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355. Acesso: 30 ago. 2012.

_____ **Classificação Internacional de Doenças.** 10ª. Edição, versão 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso: 10 jun. 2012.

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.

CARVALHO, C.R.A. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.364-371, 2012.

COIMBRA, V.C.C. et. al. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.1, p.99-104, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>>. Acesso: 20 ago. 2011.

COSTA-ROSA. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, cap. 8, p. 141-168.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>. Acesso: 03 mar. 2011.

CRUZ, D.M.C.; CAMPOS, I.O. A opinião de estudantes de terapia ocupacional sobre o processo de sua formação profissional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, 2004, v.12, n.2, p. 105-114.

DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. Caminhos da terapia ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (orgs.) **Terapia ocupacional no Brasil:** fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Editora, 2001, cap. 1, p. 19-40.

DELFINI, P.S.S. et. al. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da Grande São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, 2009, 19(2): 226-236.

DELFINI, P.S.S. **Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes**. 2010. 149 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde e cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012.

DOMBI-BARBOSA, C. et. al. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis (CAPSi) do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, 2009, 19(2), 262-268.

FERIGATO, S.H.; CAMPOS, R.T.O.; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 31-44, 2007.

FIORATI, R.C. **A organização dos serviços extra hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. 2010. 243 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FONSECA, M.A. A prática do terapeuta ocupacional em saúde mental a partir de uma perspectiva não excludente e de respeito às diferenças. In: DRUMMOND, A.F.; REZENDE, M.B. (orgs.) **Intervenções da terapia ocupacional**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, p. 71-94.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.5, n.2, pp. 219-230, 2000.

GAUY, F.V.; GUIMARÃES, S.S. Triagem em Saúde Mental Infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n.1, p. 5-16, 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n1/29839.pdf>>. Acesso: 02 mar. 2011.

GONDIM, D.S.M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** 2001. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000010&lng=pt&nrm=>>. Acesso em 04 jan. 2013.

GUADANHIM, M.S.; MATSUKURA, T.S. **Terapia ocupacional e saúde mental da criança e do adolescente: identificando práticas de intervenção e pesquisa**. 2012. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Terapia Ocupacional, 2012.

GÜNTHER, H. Como elaborar um questionário. In: PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPam; IBAPP, 1999, p.231-258.

HAGLUND, L. et. al. Practice models in Swedish psychiatric occupational therapy. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 7, p. 107-113, 2000. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.br>>. Acesso: 26 fev. 2011.

HOFFMANN, M.C.C.L.; SANTOS, D.N.; MOTA, E.L.A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008, 24(3):633-642.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=sp>>. Acesso: 15 mai. 2012.

LEWIN, M. **Understanding psychological research**. KRIEGER PUBLISHING COMPANY MALABAR, Florida, 1987, 452p.

MÂNGIA, E.F.; CASTILHO, J.P.L.V.; DUARTE, V.R.E. A construção de Projetos Terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 2, p. 87-98, 2006. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v17n2/07.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

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. (orgs.) **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001, cap. 3, p. 63-80.

MANSELL, W.; MORRIS, K. A survey of parents' reactions to the diagnosis of an autistic spectrum disorder by a local service. **Autism**, 2004, v.8, n.4, p.387-407.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: Maria Cristina Marquezine; Maria Amélia Almeida; Sadao Omote. (Org.). **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. 1 ed. Londrina, 2003, v.1, p.11-25.

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 do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 62(6), p. 863-9, 2009.

MATSUKURA, T.S. Práticas de terapia ocupacional em saúde mental infantil: ampliando o alcance sob o enfoque de mecanismos de risco e proteção. In: X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades. 2007, Goiânia. **Anais...Goiânia**, 2007, p.1-10.

MATSUKURA, T.S.; MENECHIELI, L.P. Famílias de crianças autistas: demandas e expectativas referentes ao cotidiano de cuidados e ao tratamento. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, 2011, v.19, n.2, p.137-152.

MAXIMINO, V.S. O atendimento em terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, 1990, v.1, n.2, p. 105-119.

MCCONAUGHY, S.H.; WADSWORTH, M.E. Life history reports of Young adults previously referred for mental services. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, v.

8, n. 4, p. 202-215, 2000. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso: 03 mar. 2011.

MEIRELLES, M.C.P.; KANTORSKI, L.P.; HYPOLITO, A.M. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Enferm. UFSM**, mai/ago, 1(2), p. 282-9, 2011.

MENEZES, C.D. **O direito à convivência familiar e comunitária das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental**. 2008. 193 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, 407 p.

MOURA, M.L.S.; FERREIRA, M.C. **Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2005, 144 p.

NASSERE, N. **Da desconstrução do aparato manicomial à implementação da “política pública” de saúde mental CAPS – o caso de Santa Cruz do Sul/RS**. 2007. 152 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2007.

OLIVER, F.C.; NICÁCIO, F. Autonomía, derechos y participación social: directrices para la atención y rehabilitación Psicosocial de base comunitaria/territorial. In: PAGANIZZI, L. **Terapia ocupacional psicossocial**. Buenos Aires: Polemos, 2007, p. 121- 138.

OSBORNE, L.A.; REED, P. Parents’ perceptions of communication with professionals during the diagnosis of autism. **Autism**, 2008;12(3):309-24.

PACHECO, R.P. **Os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo**. 2009. 178 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PEREIRA, A.R. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Rev. Bras. Hist.**, 19, n.38, p. 165-98, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01881999000200008&script=sci_arttext>. Acesso: 22 ago. 2012.

PINTO, R.F. **CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. 2005. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

REIS, A.O.A. et. al. Prontuários, para que servem? Representação dos coordenadores de equipados CAPSi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** 2009; 19(3): 383-392.

REIS, A.O.A. et. al. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**, São Paulo: Hucitec, 2010a, cap. 5, p.109-130.

REIS, A.O.A. et. al. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**, São Paulo: Hucitec, 2010b, cap. 9, p. 186-210.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1997, cap. 1, p. 15-74.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.1, p. 29-38, jan/abr 2006.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo: McGraw Hill. 3ª ed., 2006.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial á cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá, 1999.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Organizações Sociais de Saúde (OSS)**. Disponível em: < <http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss>>. Acesso em: 02 jul. 2012.

SAUPE, R.; et. al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.521-36, 2005.

SILVA, G.M. et. al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v.15, n.2, p.309-322, 2012.

SINFITO-SP. Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais no Estado de São Paulo. **Convenção Coletiva 2012**. Disponível em: <http://www.sinfitosp.org.br/noticias.asp?id_tipo_noticia=14&id_secao=53&id_noticia=29>. Acesso em: 03 jan. 2013.

SUS. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

VICENTIN, M.C.G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo** [online], v. 17, n.1, p. 10-17, 2006. Disponível em: <http://www.revistausp.sibi.usp.br/scielo.php>. Acesso: 15 mar. 2011.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, junho 2012.

WACHHOLZ, S.M.S.; MARIOTTI, M.C. A participação do terapeuta ocupacional na reforma psiquiátrica e nos novos serviços de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, 2009, v. 17, n. 2, p. 147-159.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICEP



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- 301/2011

Prezado(a) Professor(a):

Ref.: Protocolo de pesquisa nº 032/2011

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 26 de outubro de 2011, pela APROVAÇÃO do projeto com o protocolo nº 032/2011 e título: Práticas de Terapeutas Ocupacionais na Área de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

PARECER DO CEP: Apreciação do parecer consubstanciado. Recomendação do(a) relator(a): "APROVADO". "1º parecer": O projeto apresentado está bem descrito e com fundamentos que justifiquem sua análise por esse comitê. Porém, nota-se a ausência do cronograma e sugere-se a inclusão de objetivos gerais e específicos. Ademais, a autorização de coleta de dados deve ser anexada para justificar a idoneidade dos participantes e veracidade dos dados de pesquisa. "2º parecer": O pesquisador atendeu as recomendações sugeridas por esse comitê anexado os documentos exigidos. Após análise, os membros presentes aprovam, por unanimidade, e estabelecem que o Relatório Final deverá ser entregue pelo pesquisador responsável no dia 20/02/2013. A não entrega do mesmo na data ora estipulada, implicará no cancelamento do presente protocolo de pesquisa.

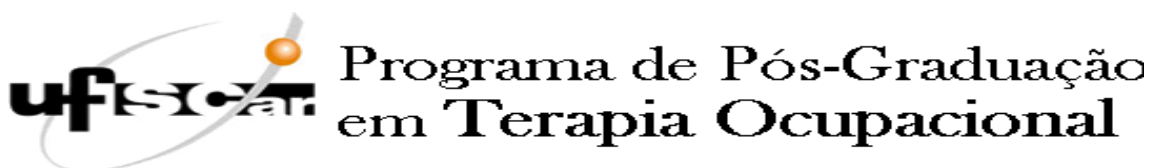
Como é do seu conhecimento, a responsabilidade do CEP não se exaure com a aprovação do protocolo de pesquisa pelo mesmo ou pela CONEP (em se tratando de projetos relacionados a áreas temáticas especiais). Ao contrário, a partir de então o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos 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 20/02/2013, 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 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 **TCLEs** (Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos), assinados pelos sujeitos da pesquisa ou pelo representante legal. **Caso o número de TCLEs seja diferente do indicado na folha de rosto**, Vossa Senhoria deverá encaminhar ao CEP, através de ofício, os esclarecimentos pertinentes.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS JUÍZES



São Carlos, data.

Vimos através desta convidá-la a contribuir para a adequação do questionário a ser aplicado pela pesquisadora Andressa Reiko Bueno em sua pesquisa intitulada "*Terapia ocupacional na área de saúde mental infanto-juvenil: Revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenis (CAPSi)*", sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.

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

O estudo tem como objetivo identificar as práticas de terapeutas ocupacionais em saúde mental infanto-juvenil. Pretende-se, com esta pesquisa, fornecer elementos para a identificação das práticas terapêutico ocupacionais na saúde mental infanto-juvenil desenvolvidas junto aos CAPSi do Estado de São Paulo e discutir sobre possibilidades de atuação do profissional junto a esta população no Brasil.

Os participantes serão terapeutas ocupacionais que trabalham em CAPSi do Estado de São Paulo com no mínimo doze (12) meses de experiência.

O instrumento (questionário) focaliza três grandes temas: (a) identificação pessoal e formação profissional do terapeuta ocupacional; (b) caracterização da instituição e clientela atendida e (c) especificidades da prática. Sua contribuição será valiosa para o desenvolvimento e adequação do instrumento a ser utilizado na pesquisa.

Caso aceite este convite, por favor, nos retorne confirmando para receber o instrumento através do email andressarbueno@gmail.com ou pelos telefones (números).

Coloco-me à disposição para esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Grata.

Andressa Reiko Bueno.
Thelma Simões Matsukura.

APÊNDICE B – CARTA DE ORIENTAÇÃO AOS JUÍZES

**Programa de Pós-Graduação
em Terapia Ocupacional**

São Carlos, data.

Vimos através desta convidá-la a contribuir para a adequação do questionário a ser aplicado pela pesquisadora Andressa Reiko Bueno em sua pesquisa intitulada "*Terapia ocupacional na área de saúde mental infanto-juvenil: Revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenis (CAPSi)*", sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.

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

O estudo tem como objetivo identificar as práticas de terapeutas ocupacionais em saúde mental infanto-juvenil. Pretende-se, com esta pesquisa, fornecer elementos para a identificação das práticas terapêutico ocupacionais na saúde mental infanto-juvenil desenvolvidas junto aos CAPSi do Estado de São Paulo e discutir sobre possibilidades de atuação do profissional junto a esta população no Brasil.

O instrumento (questionário) focaliza três grandes temas: (a) identificação pessoal e formação profissional do terapeuta ocupacional; (b) caracterização da instituição e clientela atendida e (c) especificidades da prática. Sua contribuição será valiosa para o desenvolvimento e adequação do instrumento a ser utilizado na pesquisa.

Fique à vontade para acrescentar questões e/ou sugerir temas para serem abordados, caso observe que os mesmos não se encontram no rol de perguntas do questionário e seria importante integrar esta investigação. Fique à vontade ainda para modificar ou sugerir termos, assim como acrescentar e/ou modificar palavras.

Peço, por gentileza, para que o retorne até _____. Comprometo-me lembra-la deste prazo no dia _____.

Coloco-me à disposição para esclarecimento de quaisquer dúvidas através do email andressarbueno@gmail.com ou pelos telefones (números).

Grata.

Andressa Reiko Bueno.
Thelma Simões Matsukura.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO
QUESTIONÁRIO

I. Identificação pessoal e formação profissional

1. Data de nascimento:
2. Gênero:
() Feminino () Masculino
3. Há quanto tempo você trabalha na área de saúde mental infanto-juvenil?
R:
4. Há quanto tempo trabalha no CAPSi?
R:
5. Qual o cargo ou a função que ocupa?
R:
6. Qual sua jornada de trabalho?
() 20 horas () 30 horas
7. Em qual instituição de ensino você fez sua graduação?
R:
8. Em que ano concluiu a graduação?
R:
9. Você realiza ou realizou algum curso de pós-graduação (aprimoramento, especialização, mestrado ou doutorado)?
() Não.
() Sim. Se sim, identifique abaixo:

	Aprimoramento	Especialização	Mestrado	Outros. Especificar:
Área				
Tema				
Onde (instituição)				
Ano de conclusão				

10. Em sua opinião, houve lacunas teórico-práticas em sua graduação que poderiam ser sanadas e ajudariam na sua atuação com crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou emocionais? Se sim, quais?
R:
11. Quais aspectos você considera relevantes para serem abordados durante a graduação em terapia ocupacional para atuar na área de saúde mental infanto-juvenil?
R:

12. Após a graduação, você fez ou faz curso(s) que lhe ajudam no trabalho em saúde mental infanto-juvenil? Quais? (além de cursos você pode indicar outras atividades semelhantes como supervisões técnicas, grupos de estudos, dentre outros) A quais instituições são vinculados?

R:

13. Onde você trabalhou como terapeuta ocupacional antes de seu vínculo no CAPSi? Por quanto tempo?

R:

14. Atualmente você trabalha em outro local? Qual(is)?

R:

II. Caracterizando a instituição e a clientela atendida

1. Quais são os profissionais que compõem a equipe da qual você participa?

R:

2. Considerando que as equipes que compõem os CAPSi podem ou não contar com um terapeuta ocupacional, por que e quando a terapia ocupacional foi implantada neste CAPSi?

R:

3. Neste CAPSi, há algum tipo de supervisão profissional disponível a você e/ou a equipe?

() Não () Sim. Qual? R:

4. Neste CAPSi há reuniões de equipe? Qual a frequência? Se sim, você participa?

R:

5. Sobre a rotina de funcionamento da instituição...

5.1. Quais os principais Programas, Projetos e Atividades oferecidos na Instituição?

R:

5.2. Todas as inserções dos usuários são feitas através de grupos? Há intervenções individuais? Comente.

R:

6. Como os casos chegam ao CAPSi?

R:

7. a) Sobre a demanda da população infanto-juvenil que chega neste CAPSi, elas são da esfera da saúde mental?

() Sim () Não

b) São também de outras áreas? Quais?

R:

c) Quais são os diagnósticos mais comumente identificados nos usuários deste CAPSi?

R:

8. Qual o percurso dos usuários dentro do CAPSi?

R:

9. Há alguma ação específica voltada ao acolhimento dos usuários e seus familiares?

R:

10. Há algum trabalho desenvolvido com as famílias da clientela atendida?

() Não () Sim. Qual(is)? R:

11. Quais as principais necessidades apresentadas pelas famílias da população atendida?

R:

12. Quais são os programas, projetos, atendimentos nos quais a terapia ocupacional está envolvida? E quais são coordenados e/ou de responsabilidade da terapia ocupacional?

R:

13. Quais as dificuldades encontradas nas intervenções realizadas em conjunto com outro profissional?

R:

14. a) Quais as facilidades encontradas nas intervenções realizadas em conjunto com outro profissional?

R:

b) Em sua opinião, o trabalho da terapia ocupacional é valorizado pela equipe técnica? De que forma?

R:

15. Como os usuários são encaminhados à terapia ocupacional?

R:

16. a) Quais são os critérios de seleção que você utiliza para inserir os usuários nos programas da terapia ocupacional?

R:

b) Quais as principais necessidades de tratamento que as crianças e os adolescentes que chegam à terapia ocupacional apresentam?

R:

17. Em qual(is) o(s) contextos/setting(s) você geralmente trabalha com os usuários?

R:

18. Por favor, complete a tabela abaixo:

Idade da clientela	Número aproximado de usuários atendidos por mês pela terapia ocupacional
0-12 meses	

1-2anos	
3-5 anos	
5-11 anos	
12-15 anos	
16-18 anos	

19. No tratamento de crianças e adolescentes, quais são as ações que você fornece que são únicos da terapia ocupacional e não são realizados por outro profissional?

R:

20. A partir das necessidades identificadas nos usuários, quais aspectos norteiam as ações que você colocará em prática?

R:

21. Do seu ponto de vista, quais as contribuições da terapia ocupacional neste CAPSi?

R:

22. Em sua compreensão, quais são os maiores desafios de atuação da terapia ocupacional no CAPSi?

R:

23. O CAPSi tem a proposta de prover atenção em saúde mental baseado no cuidado integral, em regimes de tratamento conforme a necessidade do indivíduo (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), sendo prioritário atendimento a autistas, psicóticos e para os quais há prejuízos psicossociais severos, e deve seguir os princípios e as diretrizes do SUS. Você acredita que a sua unidade e a terapia ocupacional responde a tal proposta? Justifique.

R:

24. Ainda sobre a proposta do CAPSi, você verifica que ocorre a articulação do serviço com outros equipamentos de saúde, educação, cultura, etc? Existem parcerias? Relate ou comente.

R:

25. E a atenção à crise como é realizada? Por outros equipamentos?

R:

26. Qual sua satisfação pessoal com o seu trabalho? Quais as razões associadas ao grau de satisfação pessoal?

R:

III. Especificidades da Prática (uso de modelos, avaliação, prática)

III. 1. Avaliação

1. Descreva como você realiza as avaliações iniciais das crianças e adolescentes em terapia ocupacional.

R:

2. Você desenvolveu alguma avaliação própria e a utiliza atualmente? Por favor, descreva-a brevemente e comente sobre as qualidades deste tipo de avaliação²⁰.

R:

3. Há algum tipo de avaliação que não é validada, não foi desenvolvida por você, mas é utilizada no serviço? Por favor, descreva-a brevemente e comente sobre as qualidades deste tipo de avaliação.

R:

4. No caso de ter desenvolvido uma avaliação própria, quais são as limitações das avaliações disponíveis que levou você a desenvolver uma avaliação própria?

R:

III. 2. Reavaliações e processo

5. Você faz avaliações/reavaliações? Em que momentos?

R:

6. Quando você decide por mudanças na trajetória do tratamento? O que baliza você?

R:

7. As famílias participam dos processos de reavaliação/avaliação? Comente.

R:

8. As escolas ou outros atores envolvidos nos contextos das crianças/adolescentes participam dos processos avaliativos/reavaliação? Comente.

R:

III. 3. Alta e aderência ao tratamento

9. Há casos de alta? Com qual frequência? Estes casos estão relacionados a algum tipo específico de problemática ou diagnóstico?

R:

10. A adesão ao tratamento em terapia ocupacional é semelhante aos outros oferecidos no serviço?

R:

11. Em casos de alta e/ou encaminhamentos há parcerias ou redes de instituições ou serviços do município/região que são utilizados e ativos? Comente.

R:

12. A família recebe atenção e orientação nos momentos de alta e/ou desligamento/encaminhamentos? Comente.

R:

²⁰ Por favor, caso sintá-se à vontade, envie-nos a avaliação para que possamos conhecê-la. Caso você nos envie uma autorização, poderemos divulgá-la parcial ou integralmente neste estudo ou em estudos futuros, sempre fazendo a correta referência que você nos indicar. Você pode também nos enviar e nos dizer que não quer a divulgação e isso será respeitado. O envio é importante para que possamos, juntamente com outras avaliações, apontarmos como o processo de avaliação vem ocorrendo.

13. Como a família avalia as ações da terapia ocupacional? Comente.

R:

14. Você utiliza alguma abordagem em terapia ocupacional e/ou quadro de referência e/ou modelo de prática para guiar seu trabalho? Qual(is)?

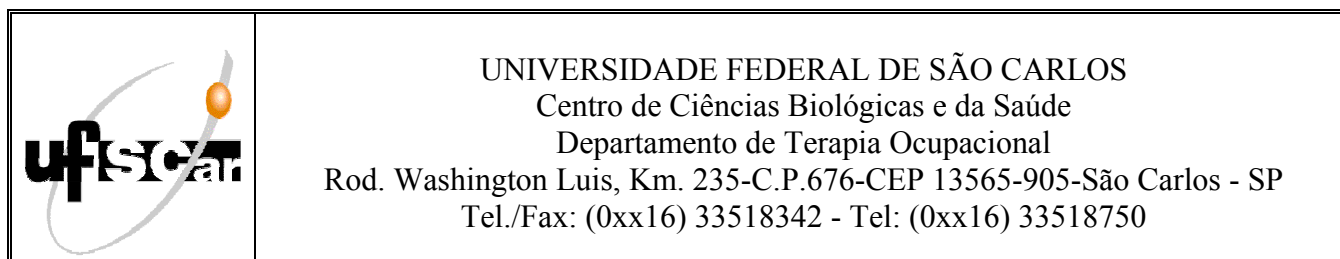
R:

15. Quais são as vantagens e inconvenientes de utilizar tais quadros de referência ou modelo de prática?

R:

Você tem algum comentário que gostaria de acrescentar?

APÊNDICE D – CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AOS PARTICIPANTES



São Carlos, data.

Prezado(a) colega Terapeuta Ocupacional,

Sou Andressa Reiko Bueno, terapeuta ocupacional e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – PPGTO/UFSCar sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura, e estamos desenvolvendo um estudo que tem como objetivo identificar a atuação dos terapeutas ocupacionais nos Centros de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi). A expectativa é que, através deste estudo seja possível identificar e tornar conhecida a prática do terapeuta ocupacional neste contexto, a fim de demonstrar a importância deste trabalho, desafios e perspectivas na área. Além de discutir sobre a realidade dos CAPSi e as propostas de políticas públicas para a área de saúde mental infante juvenil.

A sua participação no estudo é de fundamental importância, na medida em que a pesquisa não ocorre sem o efetivo envolvimento dos profissionais vinculados à realidade dos serviços e da prática cotidiana nos equipamentos de saúde focalizados. Assim é que apresentamos aqui o convite para que você participe do estudo!

Para efetivar sua participação, por favor, responda a este email para receber o questionário que deverá ser respondido e devolvido por você.

Informo que o tempo aproximado para o preenchimento é de 60 (sessenta) minutos.

Você prefere que o envio do questionário para ser respondido seja através:

- () Envio através de correio eletrônico (via email);
- () Envio do questionário por correio postal (neste caso é preciso informar seu endereço).
Endereço: _____

É importante lembrar que a participação na pesquisa é voluntária e você tem total liberdade em se recusar a participar. Os dados serão analisados em conjunto e não haverá identificação dos participantes, que não terão qualquer tipo de riscos ou gastos financeiros.

É muito importante para nós que você responda o questionário!!!

Assumo aqui o compromisso de, aos participantes que responderem ao questionário, retornar os principais resultados obtidos neste estudo através de seu endereço eletrônico.

Por favor, cada um deve escolher uma forma de envio e responder ao questionário apenas uma vez.

Agradeço a atenção e me coloco a disposição para maiores informações.
Atenciosamente,

Andressa Reiko Bueno

Qualquer dúvida, não deixe de entrar em contato:

Tel: (números) / Email: andressarbueno@gmail.com