

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

**ÉRIKA REGINA DE OLIVEIRA COLATO**

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL:  
CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL**

SÃO CARLOS – SP

2022

ÉRIKA REGINA DE OLIVEIRA COLATO

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL:  
CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos –  
UFSCar, como parte dos requisitos para a obtenção do título de  
Mestre em Terapia Ocupacional

Área de Concentração: Processos de Intervenção em  
Terapia Ocupacional

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde  
Mental

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi

São Carlos – SP

2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Érika Regina de Oliveira Colato, realizada em 23/02/2022.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi (UFSCar)

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato (UFSCar)

Profa. Dra. Regina Célia Fiorati (USP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

## AGRADECIMENTO

Gratidão é um sentimento maravilhoso, fico feliz em ter um espaço para expressá-la neste momento. Minha trajetória e formação acadêmica tem em sua história tantas pessoas que me serviram de inspiração e contribuíram com os rumos que a minha jornada tem tomado. A todas essas pessoas, expresso aqui meus mais sinceros agradecimentos.

O meu primeiro agradecimento sempre foi e será dedicado à mulher mais admirável que conheci na vida, minha mãe, uma mulher sábia, que encarou todas as adversidades do seu cotidiano com uma garra, resiliência e otimismo inspirador, que em sua simplicidade, desde muito cedo, me ensinou o valor da educação, trabalhou muito para que eu tivesse acesso a este direito e certamente está me apoiando onde quer que esteja.

À UFSCar, e mais recentemente ao Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, onde encontrei um ambiente seguro, repleto de descobertas, experiências e muito acolhimento. Um programa composto por pessoas incríveis, mais que pesquisadoras, pessoas empáticas, empoderadas que me inspiraram e ajudaram a superar as minhas dificuldades e direcionar as minhas ideias. Sou muito grata a todas elas!

À adorada Thelma, que desde a graduação, me acolheu e recebeu de braços abertos todas as vezes que a procurei fora das salas de aula, em minhas idas e vindas à universidade. À maravilhosa Taís que em todas as oportunidades me instigou e convidou a retornar à UFSCar, alimentando o desejo ali guardado por algum tempo, mas nunca esquecido.

À querida Bel, que a pós-graduação me trouxe, sempre parceira que me resgatou para este ambiente da pesquisa de forma tão respeitosa e precisa, que compreendeu e acolheu a mãe, terapeuta ocupacional, esposa, mulher e estudante que queria se tornar pesquisadora, cheia de ideias e dúvidas, que tanto me ensina e inspira a cada encontro, a cada troca, com maestria e muito afeto.

À minha banca examinadora, Prof.<sup>a</sup> Sabrina e Prof.<sup>a</sup> Regina que trouxeram contribuições valiosas, com tanta propriedade e generosidade, foi um prazer e uma honra ser direcionada por vocês na conclusão deste trabalho.

A todos os participantes, minha eterna gratidão! Às Terapeutas Ocupacionais e os interlocutores que viabilizaram nosso encontro. Muito obrigada por se organizarem e tornarem isto possível.

Aos meus familiares e amigos da vida, que me apoiaram e incentivaram quando resolvi me aventurar na UFSCar mais uma vez e nunca duvidaram que concluir esta etapa era possível e me faria bem.

Aos amigos que a pós-graduação me trouxe, pessoas companheiras, criativas e generosas, que minimizaram as dificuldades de enfrentar este mestrado em meio a uma pandemia. À toda rede de apoio que criamos e em especial à Dani, por toda parceria, meu muito obrigada!

Ao meu companheiro da vida, Alexandre e aos meus filhos Eduardo e João Arthur que compreenderam cada ajuste no nosso cotidiano, cada compromisso familiar remanejado, respeitaram minhas escolhas e trouxeram um cafezinho cada vez que perceberam a cansaça estampada no rosto, porque entenderam que apesar daquele momento, cursar e concluir este mestrado era um projeto que me traria muita felicidade.

Gratidão a todos vocês!

## RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresenta-se como um instrumento que organiza o cuidado, levando em consideração a singularidade da pessoa em seu contexto de vida. A Reabilitação Psicossocial, engloba a pessoa com sofrimento psíquico, rede de apoio social e familiares, em uma proposta de cuidado compartilhado, negociado, buscando autonomia, protagonismo e inclusão social. A Terapia Ocupacional como uma das profissões integrantes da equipe interdisciplinar de serviços de saúde mental, se mostra como uma categoria potente para o fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular dos usuários. Desta forma, é primordial investigar quais as contribuições da Terapia Ocupacional na construção e condução do Projeto Terapêutico Singular. O objetivo desta pesquisa foi analisar como a Terapia Ocupacional contribui na construção do PTS no CAPS. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, do qual participaram 21 terapeutas ocupacionais de CAPS de 5 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VII, da região de Campinas – S.P. A coleta de dados foi realizada por meio de protocolo de informações profissionais e dos serviços e roteiro de entrevistas, de forma remota, pelo aplicativo *Google Meet*. A análise dos dados oriundos do protocolo foi realizada de forma descritiva e aqueles provenientes da entrevista foram analisados por meio da análise temática. A partir dos achados foi possível caracterizar os participantes e os serviços. A maioria dos participantes é do gênero feminino, branca, com idade entre 26 e 46 anos, formada em universidades privadas, com formação complementar em saúde mental e tempo de atuação no serviço atual entre 1 ano e 2 meses a 14 anos. Quanto aos serviços, compuseram o estudo diferentes modalidades de CAPS. Por meio da análise temática, foi possível identificar as seguintes categorias: Compreensão dos profissionais sobre o PTS; Composição da Família e dos usuários no PTS; Equipe de profissionais que compõem o PTS; A percepção do profissional sobre o que seria um PTS exitoso; Desafios na construção e condução do PTS e o Núcleo da Terapia Ocupacional. Os resultados explicitaram a percepção e caracterização do PTS coerentes com as propostas da utilização deste instrumento na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, contudo, priorizando sua construção para a pessoa e não grupos ou coletivos. As famílias e os usuários são considerados importantes atores na composição do PTS, entretanto, os familiares são caracterizados como pouco participativos e os usuários, apesar da valorização do seu protagonismo, podem não estar presentes em algumas ações práticas no serviço. O profissional de referência foi apontado como quem mais se aproxima do usuário e o maior articulador do PTS. O maior desafio para a construção e condução do PTS neste momento foi a pandemia da COVID -19, apesar de outros desafios relacionados a vulnerabilidade social e estigmatização das pessoas em sofrimento psíquico, ou mesmo dificuldades já existentes nas dinâmicas de trabalho, também terem sido evidenciados. O aspecto interdisciplinar foi ressaltado pelos participantes. A Terapia Ocupacional foi apresentada em duas dimensões, clínica e metodológica, apontada como uma profissão muito potente e criativa que, por meio da compreensão sobre as atividades e o cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico, pode contribuir de maneira muito significativa na construção e condução dos PTS. Acreditamos que a pesquisa apresenta contribuições importantes para os debates que se aquecem em torno do campo da Atenção Psicossocial, bem como práticas da Terapia Ocupacional em saúde mental.

**Palavras-chave:** Projeto Terapêutico Singular. Terapia Ocupacional. Centro de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

The Singular Therapeutic Project (in Portuguese "Projeto Terapêutico Singular", PTS) presents itself as an instrument that organizes care, considering the uniqueness of the person in their life context. Psychosocial Rehabilitation encompasses the person with psychological distress, a social support network and family members, in a proposal of shared, negotiated care, seeking autonomy, protagonism and social inclusion. Occupational Therapy as one of the professions that are part of the interdisciplinary team of mental health services is shown as a powerful category for strengthening the users' Singular Therapeutic Project. Thus, it is essential to investigate the contributions of Occupational Therapy in the construction and conduction of the Singular Therapeutic Project. The objective of this research was to analyze how Occupational Therapy contributed to the construction of PTS in CAPS (Psychosocial Care Center, in Portuguese "Centro de Atenção Psicossocial"). This is an exploratory study with a qualitative approach, in which 21 occupational therapists from CAPS from 5 cities belonging to the Regional Department of Health VII, in the region of Campinas - SP participated. The data acquisition was conducted through a protocol of professional and service information and an interview script, remotely, through the Google Meet application. The analysis of data from the protocol was performed in a descriptive way and those from the interview were analyzed through thematic analysis. From the findings, it was possible to characterize the participants and the services. Most of them are female, white skin, aged between 26 and 46 years old, graduated from private universities, with complementary training in mental health and have been working in the current service between 1 year and 2 months and 14 years; As for the services, different CAPS modalities were part of the study. Through thematic analysis, it was possible to identify the following categories: Professionals understanding of PTS; Composition of the Family and users in the PTS; Team of professionals that make up the PTS; The professional's perception of what a successful PTS would be; Challenges in the construction and conduction of the PTS and the Occupational Therapy core. The results explained the perception and characterization of PTS consistent with the proposals for the use of this instrument in the Psychosocial Rehabilitation. However, prioritizing its construction for the person and not groups or collectives of people. The families and users are considered important actors in the composition of the PTS although family members are characterized as not very participative and users, despite the appreciation of their protagonism, may not be present in some practical actions in the service. The ideal professional was appointed as the closest person to the user and the greatest articulator of the PTS. The biggest challenge for the construction and management of the PTS at that time was the COVID -19 pandemic, although other challenges, related to social vulnerability and stigmatization of people in psychological distress or even difficulties that already exist in the work dynamics have also been evidenced. The interdisciplinary aspect was highlighted by the participants. The Occupational Therapy was presented in two dimensions, clinical and methodological pointed out as a powerful and creative profession that, through its understanding of the activities and daily life of people in psychological distress, can contribute in a very significant way to the construction and conduct of PTS. We believe that this research presents important contributions to the debate that became heated around the field of Psychosocial Care, as well as Occupational Therapy practices in mental health.

**Keywords:** Singular Therapeutic Project. Occupational Therapy. Psychosocial Care Center.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Fluxograma de autorização .....                            | 38 |
| Figura 2 - Serviços da rede de saúde e intersetorial referidos. .... | 60 |
| Figura 3 - Fluxograma do PTS .....                                   | 72 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 01: Caracterização dos Participantes .....                                | 42 |
| Quadro 02 - Caracterização da Formação dos Participantes .....                   | 43 |
| Quadro 03 - Áreas e serviços de atuação anterior .....                           | 45 |
| Quadro 04 - Envolvimento dos participantes em ações educativas e políticas ..... | 47 |
| Quadro 05 - Caracterização dos serviços .....                                    | 50 |
| Quadro 06 - Caracterização das equipes do CAPS e atividades desenvolvidas .....  | 54 |
| Quadro 07 - Articulação com serviços da saúde e da rede intersetorial .....      | 57 |
| Quadro 08 - Características do PTS .....   | 61 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABA – Applied Behavior Analysis
- ABS – Atenção Básica em Saúde
- ATOESP – Associação de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo
- AVD – Atividades de Vida Diária
- AVP – Atividade de Vida Prática
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CAPS ij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
- CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- DRS VII – Departamentos Regionais de Saúde VII
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo e Assexuais
- NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família/ Núcleo de Apoio a Saúde da Família <sup>1</sup>
- NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
- ONG – Organização Não Governamental
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PSF – Programa de Saúde da Família
- PTI – Projeto Terapêutico Individual
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- PUC – Pontifícia Universidade Católica
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS – Sistema Único de Saúde

<sup>1</sup> Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foram criados baseados na Portaria GM nº 154 de 2008 com o objetivo de apoiar as Equipes de Saúde da Família e ampliar o escopo das ações na atenção básica. Em 2017, com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o NASF teve sua nomenclatura redefinida, passando a denominar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) que deve assistir além das equipes de Saúde de Família, outras equipes da ABS. Por isto nesta pesquisa NASF se refere a ambas as nomenclaturas.

SUAS - Sistema -Único de Assistência Social

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

T.O. - Terapeuta Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP - Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

|              |   |            |
|--------------|---|------------|
|              | <b>APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>13</b>  |
| <b>1.</b>    | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>16</b>  |
| <b>2.</b>    | <b>CAPÍTULO - PTS: DA ORIGEM À ATUALIDADE .....</b>                       | <b>24</b>  |
| <b>3.</b>    | <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>32</b>  |
| 3.1          | OBJETIVOS GERAL.....  | 32         |
| 3.2          | OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....   | 32         |
| <b>4.</b>    | <b>METODOLOGIA.....</b>   | <b>33</b>  |
| 4.1          | ASPECTOS ÉTICOS .....   | 33         |
| 4.2          | PARTICIPANTES .....   | 34         |
| 4.3          | LOCAL.....  | 34         |
| 4.4          | INSTRUMENTOS .....  | 35         |
| 4.5          | PROCEDIMENTOS.....  | 37         |
| 4.6          | ANÁLISE DE DADOS .....  | 39         |
| <b>5.</b>    | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>                                       | <b>41</b>  |
| 5.1          | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E SERVIÇOS .....                         | 41         |
| <b>5.1.1</b> | <b>Caracterização dos participantes .....</b>                             | <b>41</b>  |
| <b>5.1.2</b> | <b>Caracterização dos serviços .....</b>                                  | <b>49</b>  |
| 5.2          | ANÁLISE TEMÁTICA .....  | 63         |
| <b>5.2.1</b> | <b>Compreensão dos profissionais sobre o PTS.....</b>                     | <b>63</b>  |
| <b>5.2.2</b> | <b>Composição da família e dos usuários no PTS .....</b>                  | <b>68</b>  |
| <b>5.2.3</b> | <b>Equipe de profissionais que compõem o PTS .....</b>                    | <b>74</b>  |
| <b>5.2.4</b> | <b>A percepção do profissional sobre o que seria um PTS exitoso .....</b> | <b>79</b>  |
| <b>5.2.5</b> | <b>Desafios na construção e condução do PTS .....</b>                     | <b>82</b>  |
| <b>5.2.6</b> | <b>Núcleo da Terapia Ocupacional .....</b>                                | <b>87</b>  |
| <b>6.</b>    | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>100</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>102</b> |
|              | <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>109</b> |
|              | <b>ANEXOS.....</b>  | <b>120</b> |

## APRESENTAÇÃO

A minha descoberta sobre a Terapia Ocupacional veio através da leitura de um artigo ainda no ensino médio, no guia do estudante, enquanto passava pela inquietante escolha profissional – que trazia a atuação da Terapia Ocupacional em saúde mental. Esta profissão, que até então era desconhecida para mim, pareceu tão bacana, criativa e humana, com a possibilidade de atenção as pessoas excluídas e negligenciadas. O desconhecimento pela profissão a tornou intrigante e uma ótima escolha profissional.

Ao ingressar na graduação, em 2002 na UFSCar, compreendi que esta Terapia Ocupacional era algo muito maior, que muitos eram seus campos de atuação e muitas eram as terapias ocupacionais dentro desta profissão. Experimentei, conheci e me aventurei em diferentes espaços durante a graduação, com projetos de extensão e pesquisa, como Projetos com *Self Healing*, no Laboratório Metuia, ou na Educação Especial, tive aprendizados e vivências que me despertaram o desejo e a curiosidade da pesquisa, já naquele momento.

Ao me formar, o desejo de me tornar pesquisadora e de estudar as práticas em T.O em saúde mental era grande naquele momento, a ideia era estudar esta temática com crianças, mas optei por ingressar no mercado de trabalho, experimentar mais, fora das universidades e isto me pareceu a melhor escolha. Voltei a morar na minha cidade natal, trabalhar em uma instituição de Reabilitação Física e iniciei minha formação no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO). Não demorou muito para sentir a necessidade de buscar serviços em que pudesse atuar como T.O. no campo da Saúde Mental. Esta inquietação me levou até a Bahia, à adorada Feira de Santana, até uma sala perdida no meio de leitos, dentro de um hospital psiquiátrico. Ali aprendi muito, mas principalmente a potência da nossa profissão em buscar saúde, direitos humanos e inserção social em locais que as pessoas são pouco vistas ou ouvidas, porque quem tem voz é o sintoma e a doença, aquela sala perdida era um espaço de novas possibilidades para aquelas pessoas.

Ao retornar ao estado de São Paulo tive diferentes experiências de trabalho nos campos da reabilitação física, intelectual, neurológica, fiz outras formações complementares nestas áreas, sempre com intuito de me instrumentalizar, aprimorar a prática, buscando saúde e inserção para as pessoas por mim assistidas. Em todos estes espaços o nosso papel de terapeuta ocupacional era bem definido, os objetivos que cabiam a nossa profissão eram claros, mesmo em práticas multidisciplinares.

Quando retorno para um serviço de saúde mental, em 2017, um CAPS II, me encontro com um serviço diferente do que estava no meu imaginário, do que tinham me apresentado anos antes, um serviço com muitas fragilidades, mas com uma equipe muito disposta e resistente. Logo percebo o que diferencia o trabalho que este serviço se propõe a fazer e o trabalho que eu havia visto há uma década, dentro do Hospital Psiquiátrico e toda lógica manicomial existente lá, eram as propostas e os instrumentos da Reabilitação Psicossocial, como o PTS. Mesmo diante de todas as dificuldades do serviço público no Brasil, dos ataques frequentes ao SUS, eu vejo muita criatividade e uma luta diária daquela equipe e daqueles usuários.

O PTS era o instrumento que trazia no cotidiano uma possibilidade prática de organizar o cuidado junto a quem o recebe, abrir espaço para a voz dos usuários, por anos silenciados, ser ouvida, nos trazia a possibilidade de colocar em prática os objetivos propostos articulando este cuidado com diferentes atores no território, e o mais importante, de colocar em prática a Reabilitação Psicossocial. Logo me vi muito envolvida com este instrumento. Eu precisava entender melhor a nossa prática como Terapeuta Ocupacional, dentro desta atuação interdisciplinar, coletiva. Precisava dizer como a nossa profissão contribui e é potente! Não escolhi retornar a UFSCar para cursar o mestrado, fui assistir uma disciplina como aluna especial, com uma professora querida da graduação e outra que a pesquisa já havia me tocado várias vezes em leituras na ânsia de compreender e instrumentalizar o trabalho dentro do CAPS. Quando percebi, a minha curiosidade, a necessidade de buscar respostas e demonstrar a potência da Terapia Ocupacional já haviam se aguçado, então veio o processo seletivo e o ingresso efetivo como aluna de mestrado no PPGTO.

Continuar no mestrado no meio de uma Pandemia, trabalhando com saúde mental, com duas crianças lindas, brilhantes e nada silenciosas dentro de casa, foi outra escolha. Eu precisei continuar, me debruçar sobre a pesquisa, discutir a nossa profissão, foi e tem sido muito prazeroso, participar das atividades relacionadas ao mestrado, mesmo que online, era um dos momentos de troca, de afeto e de risos, esperados e necessários no cotidiano. O resgate do desejo da pesquisa foi uma das melhores e mais felizes decisões da minha profissão.

As páginas a seguir contarão sobre a pesquisa, atrelada as perspectivas da Reabilitação Psicossocial junto às terapeutas ocupacionais que atuam em CAPS de diferentes modalidades. Ela foi desenvolvida com o objetivo de compreender qual a contribuição da Terapia Ocupacional no PTS. A introdução traz um breve histórico da Reabilitação Psicossocial, algumas definições sobre o PTS e um pouco dos objetivos da Terapia Ocupacional na saúde mental. Constará detalhadamente o percurso metodológico, evidenciando tipo de estudo e abordagem seguido nesta pesquisa, serão também apresentados os participantes, o campo de

estudo e todos os procedimentos de coleta de dados bem como de análise de dados. Posteriormente, os resultados serão apresentados, seguidos das considerações finais.

Por fim, reafirmo que este trabalho surgiu de reflexões da prática e da necessidade de buscar respostas sobre o trabalho desenvolvido por nós, terapeutas ocupacionais em saúde mental no SUS, pois há em nós uma vontade, um desejo de fazer, de construir histórias, que alimentam e que nutrem a ação, mas que as vezes também nos frustram. Ser T.O. na prática em Saúde Mental, no SUS, é estar resistindo sempre, ao lado ou pelos usuários, lutando pelo que imagináramos que estas pessoas já teriam, acesso aos direitos básicos de cidadania, muitas vezes negligenciados. A Luta Antimanicomial ainda existe, só que agora ela está além daqueles muros!

## 1. INTRODUÇÃO

No final da década de 1970 surge o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, em concordância com diversos outros movimentos mundiais, a fim de denunciar e abolir práticas manicomiais que violavam os direitos humanos dos usuários de saúde mental. Este movimento se respaldou no processo de Desinstitucionalização, que teve como objetivo a ressignificação do modelo assistencial em saúde mental, que preza pela defesa da vida e concebe o usuário como cidadão de direitos pertencente à comunidade (FERREIRA, *et al.*, 2017).

Inicialmente, a Reabilitação Psicossocial tornou-se um referencial para a estruturação dos serviços e da atenção aos usuários, seus pressupostos têm orientado as práticas e os estudos no contexto brasileiro no campo da saúde mental e, também, da Terapia Ocupacional (MORATO; LUSSI, 2018).

A Reabilitação Psicossocial é considerada uma necessidade ética, que implica numa mudança total da política dos serviços de saúde mental. Considera que os serviços devem atuar em três grandes cenários, a saber: habitat, rede social e trabalho com valor social. Por meio da recuperação do poder contratual nestes cenários, os indivíduos estariam no caminho para o processo de reabilitação (SARACENO, 2001a).

O ponto primordial da Reabilitação Psicossocial seria a construção plena da cidadania, influenciada diretamente por variáveis que atuam positiva ou negativamente no poder de contratualidade nos três grandes cenários (SARACENO, 2001b) e que para ser alcançada necessita de “[...] um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca e recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito ‘habilitador’” (SARACENO, 2001b, p.112, grifo do autor).

No contexto nacional a Atenção Psicossocial, concomitante a Reabilitação Psicossocial, surge como um processo, um conjunto de práticas com objetivo de contrapor o modelo asilar. Um campo desenvolvido a partir das dimensões: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-político e sociocultural componentes da própria Reforma Psiquiátrica (MORATO, 2019).

A dimensão teórica conceitual é observada nas novas construções epistêmicas no campo da saúde mental no Brasil, com novas teorizações que sustentam as outras dimensões; a técnico assistencial é apresentada na construção de dispositivos de estratégias e intervenções representada pela inauguração dos primeiros dispositivos de cuidado em saúde mental; a dimensão jurídico-política busca produzir normativas, leis como 10.216, que não considerem a

loucura como sinônimo de incapacidade, periculosidade, irracionalidade, garante acesso aos direitos e exercício pleno da cidadania dos indivíduos; e a dimensão sociocultural que representa o maior objetivo da Reforma Psiquiátrica de transformar o espaço da loucura e a relação desta com a sociedade (AMARANTE, 2013).

No contexto de reorganização da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, baseado em princípios da Atenção Psicossocial, surgiram Leis e Portarias induzindo mudanças no modelo assistencial. Em 1992, a Portaria 224/92 reafirmou o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu diretrizes e regulamentou o funcionamento dos serviços de saúde mental existentes a época, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como um serviço de modelo substitutivo à estrutura manicomial, com propostas assistenciais complexas. Em 2001 é sancionada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Mas foi somente após a Portaria 336/02, de 2002, que o CAPS passa a ser o principal articulador de ações em Saúde Mental (BRASIL, 2002).

Os CAPS são classificados como CAPS I, CAPS II, CAPS III, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional. Além destes, temos também o CAPS II, que atende crianças e adolescentes, e os CAPS AD com atendimento especializado de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Estes serviços integram uma rede mais ampla, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 2011, que redefiniu os serviços de assistência em Saúde Mental do SUS às populações supramencionadas (BRASIL, 2011).

O CAPS tem como objetivo a promoção e potencialização da contratualidade social do usuário (FERREIRA, *et al.*, 2017). Composto por equipe interdisciplinar, realiza ações territoriais voltadas as pessoas com sofrimento psíquico por meio da valorização do território que a pessoa habita, transita e se relaciona. É visto como um dos serviços da RAPS com grande potencial construtor do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (KEMPER, *et al.*, 2015).

No CAPS, cada usuário deve ter um projeto terapêutico, isto é, um conjunto de ações de cuidado que respeite a sua particularidade, na unidade e fora dela (BRASIL, 2004b).

O Projeto Terapêutico Singular surge, então, como uma possibilidade de concretizar as mudanças práticas destas novas políticas de Saúde Mental. Apresenta-se como uma estratégia, um recurso, que organiza o cuidado nos serviços e promove qualidade de vida (BOCCARDO, *et al.*, 2011).

O Projeto Terapêutico Singular é visto como um dos dispositivos de superação do movimento manicomial, que permite o diálogo entre todos os envolvidos no cotidiano dos

usuários, por meio de uma discussão que reconheça sua singularidade inserida no seu território. O PTS não deve se restringir a ações realizadas nos serviços de saúde mental, senão corre-se o risco de uma adequação institucionalizante, que não valorizaria a subjetividade das pessoas, retomando as práticas manicomiais (FERREIRA, *et al.*, 2017).

Para Boccardo, (2011, p.87):

Projeto terapêutico é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido.

O PTS é uma revisão do caso clínico, considera aspectos que vão muito além da intervenção medicamentosa ou diagnóstica, com envolvimento e saberes de toda a equipe, tanto no momento da melhor compreensão do usuário, e da sua relação com a equipe, quanto no planejamento e ações (CUNHA, 2004). Refletir sobre o PTS é se aproximar do processo social do cuidado psicossocial, é fugir da normativa biológica do adoecimento, levar em consideração as concepções de saúde, doença, loucura e inserção social, com influência ideológica, política e ética, desencadeando mudanças concretas nas práticas de saúde na sociedade (VASCONCELOS, *et al.*, 2016).

O caráter singular do PTS, se refere a centralidade na pessoa, nas suas necessidades e no seu contexto social, visando resgatar a cidadania, objetivo final de todas as propostas de cuidado da Reabilitação Psicossocial. O PTS engloba a pessoa com sofrimento psíquico, rede social e familiares, em uma proposta compartilhada que busque a autonomia, protagonismo e inclusão social (BOCCARDO, *et al.*, 2011). Necessariamente precisa ser um projeto articulado, interdisciplinar, negociado e formulado entre profissionais, família e o usuário, de outra forma não seria um projeto viável (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015).

O PTS também pode ser desenvolvido com coletivos, com grupos populacionais singulares em situação de risco ou vulnerabilidades, ou grupos territoriais que vivenciem uma situação problema, com um projeto composto de ações que devem ser organizadas e pactuadas no coletivo junto as pessoas e as redes que possam se implicar neste projeto, buscando cooperação entre os interessados a fim de atingir uma coprodução de autonomia (OLIVEIRA 2007).

O PTS potencializa a construção de projetos de vida e deve ser protagonizado pelos usuários com apropriação de suas escolhas, decisões e fortalecendo sua autonomia. Este instrumento ‘contratualiza’ a relação usuário e profissionais e direciona entendimentos sobre a prática do cuidado, para produção de vida e reinserção social, através de ações concretas,

demonstrando as possibilidades de reorientações da atenção psicossocial (KINOSHITA, *et al.*, 2020).

Os familiares fazem parte da estruturação do cuidado ofertado ao usuário nos serviços de saúde mental e o desenvolvimento das propostas práticas, pois eles auxiliam nas diversas atividades cotidianas, os equipamentos de saúde mental precisam compreender as dinâmicas e as demandas do familiar e cuidador para instrumentalizá-los para oferta de cuidados que envolvam o usuário (KEBBE, *et al.*, 2014).

Compreendendo a proposta do PTS, entende-se que para sua construção e execução há necessidade de uma equipe de trabalho que compartilhe e integre seus conhecimentos, de forma interdisciplinar, articulada a uma rede de diferentes equipamentos, envolvendo outros serviços, usuários e familiares em todas as fases deste processo, de forma contínua, com negociações e reavaliações das metas estabelecidas, responsabilizando todos os envolvidos (BOCCARDO, *et al.*, 2011).

Mesmo diante da relevância da participação da família e dos usuários nesse processo, estudos sobre o PTS que se concretiza no CAPS demonstram a escassez de discussões que consideram o protagonismo dos usuários e das famílias em sua construção, inviabilizando ações e práticas de negociação com os atores envolvidos, desconsiderando a participação e a construção da cidadania (VASCONCELOS, *et al.*, 2016).

Limites e dificuldades na elaboração e implementação do PTS são encontrados, tais como a falta de espaços para discussão do PTS com familiares e usuários; dificuldade dentro da própria equipe no que concerne a compreensão e escuta das necessidades dos usuários; a não continuidade na execução do PTS com integração de todas as etapas; as dificuldades na organização e comunicação da equipe e a compreensão frequente deste instrumento como um dispositivo meramente administrativo (BOCCARDO, *et al.*, 2011).

Outra dificuldade para a implementação deste instrumento pode ocorrer devido a lógica de trabalho de alguns serviços de saúde estar fortemente influenciada pela lógica taylorista que enfoca uma maior produtividade, o que dificulta a implementação de novas práticas de cuidado. Os trabalhadores de saúde acabam reproduzindo práticas normativas, endurecidas e, às vezes, pouco participativas, com o objetivo de aumentar a produção do trabalho, sem necessariamente aumentar a produção de saúde e qualidade de vida, atuando de forma desarmônica com a proposta de um cuidado, que inclui o PTS, que precisa ser compartilhada, discutida e reorganizada inclusive com ações que não necessariamente estão no planejamento convencional e normativo destes serviços (OLIVEIRA, 2008).

Desta forma, acredita-se que os serviços não estariam preparados para incorporação plena do instrumento, seja pela falta de disponibilidade dos profissionais, pela organização do serviço, pela dificuldade de efetivação das ações, ou seja, pelo desconhecimento sobre o instrumento e sua finalidade, ou pelas dificuldades práticas em incluir todas as categorias profissionais nesta construção. Contudo, quando esta prática se faz presente, os terapeutas ocupacionais que se utilizam ou participam da construção do PTS são vistos como profissionais que colaboram, sobremaneira, com este processo, pois consideram as pessoas em sua singularidade, desenvolvendo ações potencialmente inclusivas na busca de direitos e promoção de autonomia (DEPOLE, 2018).

A Terapia Ocupacional, uma das profissões integrantes da equipe interdisciplinar, tem importante atuação no campo da Saúde Mental. Seu arcabouço teórico, que tem como foco as atividades humanas e o cotidiano, possibilita a ressignificação das trocas sociais e afetivas cotidianas das pessoas, promovendo espaços de trocas e de outras relações, princípio fundamental da Reabilitação Psicossocial, considerando que o Terapeuta Ocupacional compreenda a potência das atividades humanas neste processo (MORATO; LUSSI, 2018).

Segundo Ferigato e Silva, (2016, p. 380), “A Terapia Ocupacional é um importante dispositivo para a construção de redes e para o fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular [...]”. E neste contexto em que novas práticas e propostas surgem, com uma nova organização da equipe e fortalecimento de ações interdisciplinares, mostra-se necessário demonstrar questões e vivências que representam as particularidades da Terapia Ocupacional neste campo (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

É necessário estudar os conceitos em que a Terapia Ocupacional embasa sua prática ou pesquisa, pois contribuem no desenvolvimento dos fundamentos teórico-epistemológicos da profissão, contudo é importante compreender os significados distintos que as “palavras” podem adquirir, antes de serem consideradas conceitos propriamente ditos. Além de considerar as implicações da realidade social e contemporânea na compreensão crítica dos conceitos pelos terapeutas ocupacionais (GALHEIGO, 2020).

No estudo de Ferigato e Silva (2016), o atendimento da Terapia Ocupacional articulado ao Projeto Terapêutico Singular, em um CAPS, buscou esclarecer as funções que o terapeuta ocupacional assume no uso das atividades e na construção do PTS, as entendendo como instrumento de expressão, experimentação e construção para a produção de vida, com o objetivo de evidenciar o núcleo da Terapia Ocupacional entremeado ao campo da saúde mental.

Com o intuito de compreender como o núcleo de uma profissão, neste caso a Terapia Ocupacional, e o campo se relacionam é necessário entender melhor a origem dos termos

utilizados nesta pesquisa. Nos reportamos aos estudos sobre o Método Paideia, que se tornou o Método de Roda, apresentado por Campos em 2005. O autor tinha o intuito de ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores e os desafiar a uma proposta que valorizasse a autonomia, a democratização, inventando uma gestão mais participativa, com vários tipos de arranjos institucionais paralelos a várias rodas de análise de cogestão nos serviços e nos movimentos sociais. O Método de Roda é apresentado com um instrumento de abordagem anti-taylorista, considera a subjetividade, a singularidade mais valiosa que a racionalidade gerencial hegemônica, analisa o coletivo, discute, estuda e elabora novos sentidos e significados que orientam a ação concreta dos profissionais (CAMPOS, 2015).

Dentro deste método se desenvolve também o termo campo, explorado pelo autor ao discutir a necessidade da Saúde Coletiva reconhecer a existência de diversos campos de saberes que compõem o processo de saúde, as intervenções, as histórias de vida e as ações sociais das pessoas, grupos ou movimentos. No entanto, o campo da Saúde Coletiva produz um saber essencial a todos os outros campos, pois seus saberes são construídos socialmente e historicamente em respostas às necessidades sociais daquelas pessoas. Para a efetividade das suas propostas neste campo, o autor explora a abordagem transdisciplinar, o estabelecimento de relações horizontais, democráticas, nas quais os conceitos de campo e núcleo se relacionam e sofrem influências mútuas, e não é possível determinar limites precisos entre um e outro (CAMPOS, 2000, 2015).

Segundo as definições de núcleo proposta por Campos (2000, p.220):

O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas [...] indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo.

Portanto, em uma lógica de trabalho mais democrática, a construção de um PTS mais próximo do ideal seria aquela que consegue articular no campo de saúde, por exemplo, os diferentes núcleos profissionais, levantando diversas hipóteses e percepções frente às problematizações em questão, de forma compartilhada, não única, permitindo a equipe e os usuários pensarem em estratégias conjuntas com maiores chance de sucesso (OLIVEIRA, 2008).

O núcleo da Terapia Ocupacional apresenta vários conceitos abordados de diferentes formas para definir a sua prática, dependendo da área de atuação e do referencial teórico dos profissionais, sendo alguns deles: cotidiano, ocupação, atividades, inserção social, inclusão social, participação social, emancipação social, e modos de vida. Contudo, ao analisar a

produção científica sobre PTS em saúde mental no Brasil, e sua possível articulação com a Terapia Ocupacional, as atividades representam o conceito referido com mais frequência por terapeutas ocupacionais, quando se referem à construção de PTS (DEPOLE, 2018).

Em pesquisa desenvolvida, em 2018 sobre PTS no Brasil, quarenta estudos foram analisados, entre eles seis foram escritos com a contribuição de Terapeutas Ocupacionais, e somente dois artigos relacionavam Terapia Ocupacional e PTS. A autora T.O. objetivou analisar esta relação entre PTS e a sua profissão, mas devido ao número insuficiente de estudos para análise, a busca precisou ser ampliada incluindo os conceitos-chave da profissão apontados pela literatura: Modos de vida, cotidiano, ocupação, atividades, inserção social, inclusão social, participação social e emancipação social. Contudo, ao final desta nova busca ampliada, após aplicação de filtros e exclusão de artigos repetidos, restaram somente seis estudos (DEPOLE, 2018).

Destes estudos, três abordavam a atuação da Terapia Ocupacional na atenção básica em saúde, onde é possível planejar atividades com tecnologia da profissão nos cuidados, e a participação no PTS seria uma das atividades desenvolvidas por esta profissão, neste nível de atenção primária (DEPOLE, 2018).

Os outros três estudos abordam a atuação da Terapia Ocupacional em serviços especializados de Saúde Mental, tais como, residência terapêutica, oficinas terapêuticas e CAPS. De forma geral, os estudos apresentam o PTS como uma ferramenta de promoção de autonomia para residência terapêutica como um todo; destacam as atividades da Terapia Ocupacional dentro do CAPS, o seu potencial na construção de PTS e descrevem como as oficinas terapêuticas e o T.O. atuam em sua construção. Assim, somente dois estudos destacam a relação entre PTS e Terapia Ocupacional (DEPOLE, 2018).

Contudo, compreende-se que o PTS não é uma prática específica da Terapia Ocupacional, o que gerou o questionamento se durante a construção deste instrumento os conceitos do núcleo da Terapia Ocupacional são considerados, e qual a especificidade da profissão em uma equipe interdisciplinar, que a diferencia das demais (DEPOLE, 2018).

Este núcleo pode ser observado na inserção da Terapia Ocupacional em um CAPS como uma potência profissional que se articula em rede, na construção de um PTS compartilhado, interdisciplinar e territorializado, inserido no campo da saúde mental, em ações que evidenciam possíveis transformações que a Reabilitação Psicossocial pode promover na vida de pessoas com sofrimento psíquico (FERIGATO; SILVA, 2016).

Esta pesquisa buscou, portanto, compreender a relação que se estabelece entre o Projeto Terapêutico Singular e a Terapia Ocupacional, pois acreditamos que a elaboração do PTS

possui contribuições significativas da Terapia Ocupacional e utiliza conceitos-chave e estruturais da profissão.

Considerando o importante instrumento que demonstra ser o PTS e sua relação com a Terapia Ocupacional, a escassez de estudos que evidenciam esta relação, justifica-se a necessidade de novas reflexões e pesquisas, além da lacuna sobre o uso dos conceitos-chave da profissão na construção do PTS (DEPOLE, 2018). Evidenciar a contribuição da Terapia Ocupacional na Saúde Mental, demonstrando a contribuição da especificidade da profissão no PTS pode instrumentalizar a prática de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental e pode contribuir na valorização profissão neste campo.

## 2. CAPÍTULO - PTS: DA ORIGEM À ATUALIDADE

Desde o final da década de 80 o PTS vem sendo desenvolvido no Brasil, em conjunto com a história do SUS, do movimento sanitário e do movimento antimanicomial. O primeiro conceito que deu origem ao que conhecemos hoje como PTS foi de Projeto Terapêutico Individual (PTI) que coloca em cena a discussão do cuidado e apresenta o profissional da saúde como um articulador, operador e gestor deste cuidado, com a possibilidade de articular as decisões e os diferentes saberes. A partir de então houve a ampliação das percepções sobre quais são as necessidades de saúde de forma mais ampla e legítima, centrada no usuário e não em uma lógica de trabalho acumulativa e capitalista (OLIVEIRA, 2007).

A substituição do termo PTI por PTS se apoiou na ideia de que o projeto terapêutico pode ser utilizado para os coletivos também, não somente de forma individual e trouxe destaque ao termo singular, que se refere a diferença, não possível de reprodutibilidade normativa. O PTS traz uma proposta com menor número de certezas e maior abertura para negociações, inclusive sobre as percepções do adoecimento e produção de saúde (OLIVEIRA, 2007).

Além do PTS, outros instrumentos ou dispositivos que também possuem o potencial de aumentar a eficácia das práticas clínicas e capazes de concretizar novos arranjos institucionais e de trabalho são a Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Apoio Matricial. Estes dispositivos são apresentados nas propostas das Políticas Nacionais de Humanização, trazem uma maior compreensão e valorização das diferentes pessoas implicadas no processo de produção de saúde, pois buscam a autonomia, o protagonismo, os vínculos, a corresponsabilidade entre as pessoas e profissionais, além da participação coletiva no processo de gestão da saúde (CUNHA, 2007).

A proposta da Clínica Ampliada foi apresentada inicialmente em 2004, nas primeiras edições das cartilhas desenvolvidas pela política nacional de humanização, juntamente a outras propostas como “Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico” (BRASIL, 2004a). É um instrumento que tem o objetivo de fazer com que os trabalhadores e gestores, que atuam com as pessoas, as enxerguem em sua complexidade, além das fragmentações das especialidades e do reducionismo dos diagnósticos. Promover uma interação entre os diferentes integrantes da equipe, lidando com as diferenças e ao mesmo tempo valorizando os seus saberes, é uma prática primordial ao estabelecimento desta clínica. É preciso reconhecer, além do diagnóstico, o que a pessoa apresenta de diferente, de singular, que só ela expressa. Esta clínica propõe uma reflexão contínua dos próprios valores dos profissionais da saúde, dos valores em jogo na

sociedade e tem um compromisso ético de considerar e demonstrar as influências externas que compõem o adoecimento, a doença deve ser vista somente como uma parte da vida da pessoa (CUNHA, 2007).

A Equipe de Referência e o Apoio Matricial objetivam facilitar a humanização da gestão e da atenção. A equipe de referência valoriza vinculação entre profissionais, usuários e os objetivos finais das intervenções, promovendo a responsabilização e o poder gerencial dos profissionais, determinando uma maior atenção daqueles profissionais a certo número de usuários. Esta equipe deve entender as propostas e as implicações destas nos projetos terapêuticos singulares das pessoas que acessam o serviço, além da necessidade de desenvolver um trabalho transdisciplinar para que as decisões e a gestão do cuidado sejam efetivamente compartilhadas (CUNHA, 2007).

O Apoio Matricial é um processo coletivo de aprendizado, envolve diferentes equipes, numa proposta compartilhada, considera o potencial resolutivo e a satisfação que esta abordagem pode trazer aos usuários e trabalhadores, instrumentalizando profissionais para resolução de casos mais simples e possibilitando maiores ações sobre casos mais complexos. Este dispositivo resgata a humanização das pessoas, pois não o considera segundo suas partes ou especificidades, mas reconhece toda a sua complexidade e necessidades (CUNHA, 2007).

Em consonância com estes dispositivos o PTS se mostra como um instrumento potente, disparador de processos e mudanças nas práticas dos serviços de saúde, promove um movimento de coprodução e cogestão dos processos de cuidado de pessoas ou coletivos em situação de vulnerabilidades. Nesta perspectiva, considera-se a vulnerabilidade instituída por determinantes políticos, sociais e individuais expressos pelas pessoas e pelos coletivos, que influenciam nas relações estabelecidas por eles em seus contextos de vida (OLIVEIRA, 2008).

O movimento de coprodução significa o fazer junto, não pelo outro ou para o outro. É além de uma necessidade ética, é uma questão de valorização de saber, da técnica, da capacidade de análise e de estratégia que leva em consideração um conceito de território mais abrangente. A cogestão considera a necessidade da equipe criar possibilidades, estratégias conjuntas, representa a necessidade de se reunir e se organizar no cotidiano do trabalho, com espaços coletivos para trocas e construção de PTS que levem em consideração os atores envolvidos, considerando a participação das pessoas e a viabilidade dos projetos propostos (OLIVEIRA, 2008).

O PTS pode também ser considerado um dispositivo de gestão, pois possibilita que os profissionais se envolvam num processo de reflexão sobre o fazer e repensem suas práticas nas instituições em que estão inseridos, reorganizando o procedimento de trabalho. Para

implementação do PTS e a possibilidade de reorganização do processo de trabalho é necessário também que se façam arranjos a partir de propostas técnicas que levem a experimentação de novas formas de atenção e gestão em saúde a fim de que estas novas práticas possam ser estruturadas, validadas e institucionalizadas (OLIVEIRA, 2007).

O PTS se baseia na crença que a pessoa tem o poder de mudar a própria vida e sua relação com o adoecimento, compreende a pessoa em contínua construção com a possibilidade de realizar mudanças, desde que a equipe que a auxilia no cuidado esteja aberta para experimentar o novo. Alguns aspectos do campo da saúde mental são fortemente explorados no desenvolvimento deste instrumento como a história de vida, o sentido da doença, a negação, os medos, as raivas, a autonomia, os possíveis ganhos secundários com a doença, a relação que se estabelece entre usuário e profissional, a transferência e contra transferência, os sonhos, hábitos de lazer e projetos de vida, são aspectos essenciais a elaboração de todos os projetos terapêuticos singulares, independente do campo que está sendo inicialmente desenvolvido (CUNHA, 2007).

Anteriormente ao desenvolvimento destes dispositivos, que buscavam maior humanização no cuidado, a Atenção Psicossocial se desenvolveu com o principal objetivo de substituir as práticas assistenciais segregadoras ofertadas às pessoas com sofrimento psíquico. Surgiu como um processo contínuo de mudanças, alterações e inovações para substituição definitiva do modelo asilar. Este movimento pretende propor novos conhecimentos e novas práticas sociais, fortemente influenciado pela Reforma Sanitária e Saúde Coletiva bem como pelo campo social. A Atenção Psicossocial muda o objeto de intervenção da doença para a pessoa em sua integralidade, levando em consideração seus desejos, vida real, família e trabalho. Assim, a lógica epistemológica anteriormente vigente, representada pela exclusão e repressão, não embasa as novas ações de cuidado e acolhimento propostos pelos novos serviços de saúde mental, pois inviabilizam as trocas sociais necessárias neste novo processo (MORATO, 2019).

Há mais de 40 anos a Atenção Psicossocial tem embasado teórico e metodologicamente o campo da saúde mental e contribuído na reorganização das políticas públicas de saúde mental no Brasil, recebendo influências nacionais, bem como experiências internacionais como a Psiquiatria Democrática Italiana, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor Francesa, a Psiquiatria Comunitária Americana e a Antipsiquiatria. A reorganização das políticas públicas no campo da saúde mental foi sendo revista conforme se deram as experiências práticas da desinstitucionalização com a implementação de novos serviços. Mais que um referencial teórico ético-político a Atenção Psicossocial transforma o modo e as relações que a sociedade desenvolve com as loucuras e as pessoas em sofrimento psíquico (FERNANDES, *et al.*, 2020).

A primeira experiência nacional de Saúde Mental registrada com a utilização de um PTS se deu em Santos, na década de 90, em um NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), equipamento que compunha a rede de serviços substitutivos, inaugurados após o fechamento de uma clínica psiquiátrica no mesmo município. Neste serviço integrante das novas políticas de saúde mental, com forte influência do movimento italiano, novos dispositivos e arranjos se faziam necessários devido ao deslocamento do objetivo manicomial curativo e normativo para a valorização da singularidade e busca da emancipação social das pessoas (OLIVEIRA, 2007, 2008).

As práticas de trabalho nestes serviços substitutivos devem seguir a lógica da Atenção Psicossocial, não somente para reestruturação dos serviços ou integração da equipe, mas para operacionalização e implementação de ações e práticas que realmente valorizem os aspectos socioculturais da pessoa e não reduzam o trabalho do CAPS a oferta de um cardápio de atividades, reproduzindo mais uma vez uma prática reducionista, baseada no modelo biomédico (VASCONCELOS, *et al.*, 2016).

O trabalho desenvolvido dentro de um serviço da rede de atenção psicossocial, como o CAPS, possibilita que a singularidade realmente possa ser expressada e valorizada, pois não se leva em consideração somente a cientificidade, psiquiátrica e moral, mas outras variáveis como desejo, afeto, liberdade, dando oportunidade para que as ferramentas interdisciplinares possam e devam ser utilizadas, exploradas de forma criativa, produzindo espaços e movimentos de vida, onde a loucura seja aceita, não considerada como excludente, e que as ações de saúde não se tornem práticas disciplinares de modos de viver (FERIGATO; SILVA, 2016).

A promoção do cuidado em saúde mental, no Brasil, foi sendo construída junto à Atenção Psicossocial, mas muito influenciada pela Reabilitação Psicossocial, ambas possuem histórias, construções e influências diferentes, contudo, convergem e caminham para uma atenção característica e transformadora da assistência e cuidado no território nacional. A Atenção Psicossocial vem se reorganizando e sendo construída por meio da própria experiência conforme as demandas dos sujeitos e do contexto socio, político e cultural em que se apresentam, enquanto a Reabilitação Psicossocial traz uma perspectiva teórico metodológica importada, baseada principalmente nas práticas italianas que se adequam ao território nacional (MORATO, 2019).

A Atenção Psicossocial é compreendida como um campo com o potencial de instituir as novas práticas assistências necessárias ao cuidado, um campo mutável, flexível, com um contorno parcialmente delimitado, que compreende o movimento e o processo social complexo envolvido, uma construção coletiva e diversa para o estabelecimento de novas relações para as

peessoas em sofrimento psíquico com direitos, inclusive a busca de novos direitos para essas pessoas (MORATO, 2019).

Embora o modelo assistencial no Brasil seja ambientado e direcionado pela Atenção Psicossocial, existe nas práticas dos serviços e na literatura, forte influência da abordagem e da perspectiva da Reabilitação Psicossocial, logo este referencial compõe juntamente à Atenção Psicossocial e está organizado de forma harmônica com as diretrizes do campo da saúde mental no Brasil (MORATO; LUSSE, 2018).

A Reabilitação Psicossocial é uma abordagem, uma estratégia que busca resgatar o usuário de um estado de desabilidade para habilidade, torná-lo capaz, engloba todos os atores envolvidos no processo, usuário, família, profissionais, toda comunidade a fim de tornar as mudanças necessárias possíveis (SARACENO, 2001a).

A reabilitação deve ser um processo de transição que leve ao exercício pleno da cidadania, no entanto, para que este processo seja efetivo as estruturas micro e macro devem ser consideradas e estarem coerentes com esta abordagem. Pensando que a micro se refere a relação estabelecida entre usuário e profissionais, considerando a afetividade e o investimento despendido a esta, enquanto a macro como sendo as bases políticas, estruturais e organizacionais que a reabilitação psicossocial está inserida, variáveis que determinam, por exemplo, o horário de funcionamento do serviço, a constituição da equipe, a satisfação das pessoas assistidas, ou as relações interinstitucionais que são estabelecidas (SARACENO, 2001a).

No contexto brasileiro, a Reabilitação Psicossocial chegou como uma possibilidade de demonstrar experiências exitosas que aconteceram em outros países, orientadas por este referencial, e assim contribuir na construção do atual modelo de assistência em saúde mental. Muitas têm sido as definições, compreensões e usos da Reabilitação Psicossocial desde o seu surgimento, mas na maioria de suas apresentações, principalmente na literatura nacional, prevalece a busca pela autonomia, cidadania e inserção social (MORATO, 2019).

As mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda estão em fase de implementação, mudar de paradigma é um processo complexo e contínuo e se torna mais desafiador atualmente, pois é ameaçado pelas Novas Políticas de Saúde Mental que tendem a propor retrocessos neste processo, institucionalizando o cuidado e desfavorecendo financeiramente os serviços substitutivos, utilizando recursos do SUS para financiar práticas manicomiais abolidas anteriormente (LEÃO; LUSSE, 2021).

Os impactos negativos que estas novas políticas trazem ao atual modelo de assistência à saúde mental, orientado pela Atenção Psicossocial, são evidentes, pois propõem além de uma

reorganização da RAPS, a exclusão de estratégias da Reabilitação Psicossocial e inclusão novamente do hospital psiquiátrico como ponto de atenção as pessoas em sofrimento psíquico (FERNANDES, *et al.*, 2020).

Promover a Reabilitação Psicossocial não é somente um dever ético, político ou ideológico, mas é reproduzir uma abordagem que tem tido respostas terapêuticas positivas no aumento da contratualidade das pessoas, como demonstrado por diversas experiências relatadas ao redor do mundo (CAMPOS, 2015).

A Reabilitação Psicossocial ainda é nova se comparada aos séculos de um modelo de alienação e exclusão das pessoas com sofrimento psíquico, a implementação de alguns preceitos do paradigma psicossocial se mostra como um desafio e um processo ainda pouco desenvolvido em alguns lugares. Por exemplo, o território um dos aspectos determinantes na efetividade das ações desenvolvidas neste modelo, ainda é pouco explorado e quando isto acontece está atrelado as atividades extras nos serviços de saúde mental e não a uma prática explorada cotidianamente (LEÃO; SALLES, 2016).

A noção de explorar o território vem da Psiquiatria Democrática, de uma nova forma de buscar a saúde mental. É uma forma de incentivar a desconstrução do caráter manicomial e excludente das pessoas em sofrimento psíquico e buscar estratégias sociais, políticas e culturais que assegurem ao louco um lugar de cidadão, é valorizar e trazer o território para o centro do movimento, habitando os espaços na comunidade. O território é instituído de significados, afetos, um espaço de troca e relações sociais, de desenvolvimento econômico e de exercício político dos cidadãos (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O território e cotidiano são focos de atenção da Terapia Ocupacional. Como uma profissão instrumentalizada para atuar no campo da saúde mental, suas práticas incluem a compreensão do contexto das pessoas e as influências econômicas, culturais, políticas, sociais que atuam diretamente no cenário em que elas estão inseridas. Considerar o território e o cotidiano é também uma reafirmação dos pressupostos da Reabilitação Psicossocial, pois é justamente o distanciamento destes que fortalece a alienação e exclusão das pessoas (LEÃO; SALLES, 2016).

A Terapia Ocupacional pode se utilizar do seu conhecimento sobre o cotidiano para direcionar as ações práticas da profissão na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, se articular no campo e direcionar as discussões com a equipe interdisciplinar. Focar no cotidiano permite manter uma leitura singular da pessoa, considerar as suas particularidades, suas relações sociais e embasar a construção de um PTS que possa trazer ressignificações para as pessoas. O cotidiano pode ser um alicerce que instrumentaliza a profissão a atuar nos territórios, nos

diferentes cenários onde a vida realmente acontece (LEÃO; SALLES, 2016). Por meio da compreensão do cotidiano, desta experiência do dia a dia em que a pessoa está inserida, a Terapia Ocupacional pode acessar e conhecer os modos de pensar, agir e sentir das pessoas e coletivos, reconhecendo os afetos, os preconceitos, as injustiças sociais repetidamente vivenciadas, que influenciam e demonstram ao mesmo tempo as possibilidades de reinvenção, adaptação e transformação individual e coletiva (GALHEIGO, 2020).

Outra característica fundamental da Terapia Ocupacional é a utilização das atividades, nos seus diversos campos de atuação, como um recurso terapêutico com o objetivo de atingir a autonomia das pessoas, utilizado tanto para formação de vínculo, intermediação, quanto para a construção conjunta de novos projetos de vida considerando o cotidiano. Os processos de intervenção da Terapia Ocupacional podem ser ampliados, com novas abordagens, exploração de novos espaços, relacionando aspectos macroestruturais e microestruturais, que se complementam, a prática com abordagens contextualizadas a realidade, cultura e histórias das pessoas, indo ao encontro delas no território (MALFITANO, 2005).

A Terapia Ocupacional tem-se utilizado da Reabilitação Psicossocial como um dos referenciais teóricos para o embasamento e instrumentalização de suas práticas no campo da Saúde Mental. Este referencial também transita por temáticas que são objetivos da intervenção da Terapia Ocupacional, tais como: autonomia, inclusão, participação e emancipação social (MORATO; LUSI, 2018).

A Reabilitação Psicossocial tem como aspecto fundamental a ampliação de espaços que promovam oportunidades para trocas de recursos e afetos, o que vai ao encontro da proposta da Terapia Ocupacional de desenvolver ações nos espaços reais de vida das pessoas, se utilizando das concepções de atividades, de forma que estas auxiliem na compreensão das necessidades cotidianas das pessoas em sofrimento psíquico e sejam utilizadas também como ferramentas para a promoção da reabilitação e do protagonismo destas pessoas (MORATO; LUSI, 2018).

Outro aspecto fundamental da Reabilitação Psicossocial é a promoção de contratualidade que se torna possível quando a pessoa efetivamente possa acessar recursos e entrar no jogo social, quando ela é reconhecida como alguém que tem um poder contratual, um poder de negociação. A Terapia ocupacional se utilizando das atividades, pode criar espaços de experimentação, transformações e produção de valor, propiciar este acesso ao circuito social com o desenvolvimento de atividades em ambientes onde elas possam ser ressignificadas e transpostas a outros espaços sociais. O T.O. pode, inclusive, emprestar o seu próprio poder contratual aos usuários fora dos limites institucionais dos serviços a fim de viabilizar as trocas sociais que a pessoa possa realizar (MORATO; LUSI, 2018).

A construção da plena cidadania é fundamental na Reabilitação Psicossocial, representa a busca e a reafirmação dos direitos das pessoas, deve ser a condutora das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam em serviços de assistência as pessoas em sofrimento psíquico. As discussões em torno do uso das atividades, para atingir os objetivos da Reabilitação Psicossocial, convidam os T.O.s principalmente, a uma reflexão importante por lidarem com as atividades como o recurso mais frequentemente utilizado, traz a estes profissionais a necessidade de utilizá-lo como parte do processo de resgate da cidadania e não como um objetivo final, pois as atividades possibilitam a pessoa experimentar formas de fazer e ser, conhecer seus direitos, deveres, cultura e comunidade, têm o potencial de instrumentalizar a pessoa para reorganização do seu cotidiano e resgate de cidadania (MORATO; LUSSE, 2018).

Por fim, os objetivos da Terapia Ocupacional convergem aos pressupostos fundamentais da Reabilitação Psicossocial demonstrando o potencial da profissão para efetivação de práticas dentro dos serviços orientados pelas políticas pautadas na Atenção Psicossocial (MORATO; LUSSE, 2018), tal como o PTS.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

Analisar como a Terapia Ocupacional contribui na construção do PTS nos CAPS.

#### **3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:**

- Identificar os desafios na construção e implementação dos PTS, sob a ótica de T.O.s;
- Verificar possível núcleo conceitual da Terapia Ocupacional implícito na construção dos PTS;
- Identificar a percepção de profissionais terapeutas ocupacionais sobre a sua contribuição na construção e condução do PTS.

## 4. METODOLOGIA

A abordagem desta pesquisa é qualitativa. Nos preocupamos com a compreensão e explicação das relações sociais, não com dados quantificáveis. “Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001 apud GERHARDT, SILVEIRA, 2009, p.32).

Referente ao procedimento, consideramos como uma pesquisa de campo que “caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto as pessoas” (FONSECA, 2002).

Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória pois “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão” (GIL, 2007).

Desta forma, esta pesquisa, de abordagem qualitativa, caracterizou-se como exploratória e foi desenvolvida em campo, pois pretendeu analisar como a Terapia Ocupacional contribui para a construção do PTS nos CAPS, tendo como foco uma região do sudeste do Brasil, mais especificamente, a região de Campinas, interior do estado de São Paulo.

### 4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto seguiu os princípios éticos fundamentais que garantiu aos participantes da pesquisa a não exposição a riscos desnecessários, além da não discriminação na seleção das pessoas. Consideramos a avaliação do risco benefício, o consentimento dos participantes, bem como a garantia da privacidade (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), cuja concordância e assinatura foi obrigatório para a participação na pesquisa, foi preenchido por todos os participantes, aos quais foi assegurada pela pesquisadora a utilização dos dados somente para fins da pesquisa e

o anonimato dos participantes (GERHARDT, SILVEIRA, 2009). O TCLE foi preenchido através dos formulários do *Google Forms* (APÊNDICE A).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, sendo aprovado com o parecer nº4.497.581/2021 (ANEXO A). Em seguida fizemos contato com representantes das secretárias municipais de saúde dos municípios do DRS VII que possuem CAPS e demos continuidade somente nos municípios que autorizaram a participação dos seus serviços nesta pesquisa. Pactuamos com os representantes dos serviços uma devolutiva após a finalização da pesquisa, que deverá ocorrer em 2022.

## 4.2 PARTICIPANTES

Foram convidados a participar da pesquisa terapeutas ocupacionais vinculados aos CAPS na região delimitada pelo estudo, DRS VII, que atendiam ao seguinte critério de inclusão:

- Atuar em CAPS de diferentes modalidades há pelo menos 6 meses.

Os participantes que aceitaram o convite estavam de acordo com os critérios estabelecidos, exceto uma terapeuta ocupacional que apesar da autorização do serviço e seu interesse no estudo, não apresentava o tempo mínimo de atuação no serviço, não sendo incluída nesta pesquisa.

## 4.3 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida nos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VII (DRS VII) do estado de São Paulo, cuja cidade sede é Campinas, que possuem CAPS cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). O DRS VII possui 42 municípios em sua abrangência, contudo somente 25 possuem CAPS, sendo eles: Águas de Lindóia, Americana, Amparo, Artur Nogueira, Atibaia, Bragança Paulista, Cabreúva, Campinas, Campo Limpo Paulista, Cosmópolis, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Jundiaí, Louveira, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Santo Antônio de Posse, Serra Negra, Socorro, Sumaré, Valinhos, e Várzea Paulista. Este DRS possui uma RAPS ampla, com 54

CAPS de diferentes modalidades (CAPS, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III Infante Juvenil, CAPS Infantil, CAPS Infantil II, CAPS Infantil Juvenil, CAPS Infantil Juvenil I, CAPS Infantil Juvenil II) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

Feito o levantamento inicial dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, optamos por priorizar um DRS que apresentasse uma diversidade e representatividade satisfatória de participantes atuantes em diferentes modalidades de CAPS, mas que, preferencialmente, excluísse os DRS com grandes metrópoles, como a cidade de São Paulo, pela inviabilidade de utilizar nesta pesquisa um universo tão extenso quanto aos números de CAPS que compõem a DRS a qual a metrópole se insere. Outro critério para escolha do campo foi a conveniência, pois o DRS VII era mais acessível, por ser próximo ao local de atuação profissional da pesquisadora.

#### 4.4 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados utilizamos dois instrumentos, um protocolo de informações pessoais, profissionais e do serviço dos participantes, além de um roteiro de perguntas para direcionar a entrevista semiestruturada.

##### ► **Protocolo de informações**

Organizamos o protocolo em duas partes, uma que diz respeito às informações dos participantes e outra dos serviços. O primeiro visou caracterizar os terapeutas ocupacionais que trabalham em CAPS, com informações pessoais, tais como idade, gênero, formação acadêmica, áreas de atuação e experiências de trabalho. A caracterização dos serviços envolveu dados que incluíam modalidade de CAPS, horário de funcionamento, período de inauguração, composição das equipes, atividades desenvolvidas e faixa etária das pessoas assistidas. (APÊNDICE B)

Elaboramos o protocolo utilizado nesta pesquisa baseado no instrumento “Formulário de caracterização dos CAPS III da rede de saúde mental do município”, e “Formulário de caracterização dos terapeutas ocupacionais dos serviços” presentes na tese de doutorado de autoria de Giovana Garcia Morato (MORATO, 2019).

##### ► **Elaboração do roteiro de entrevista**

Na entrevista semiestruturada “O pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o

entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal” (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

Neste tipo de entrevista as respostas não são condicionadas as alternativas padronizadas e vão responder aos objetivos da pesquisa (MANZINI, 2004). O envio do roteiro de perguntas para análise de pesquisadores mais experientes, que já tenham trabalhado com o tema e entrevista piloto, para conferir a validade interna dos dados coletados, são estratégias necessárias que antecedem a entrevista propriamente dita (MANZINI, 2012).

Conforme sugere Manzini (2012), convidamos 12 juízes especialistas na área, sendo 6 pesquisadores e 6 terapeutas ocupacionais que atuam em CAPS para avaliarem os instrumentos, tanto o protocolo de informações, quanto o roteiro de entrevista. Destes, 7 deles aceitaram participar, 3 pesquisadores e 4 terapeutas ocupacionais de CAPS. Após o aceite, enviamos os instrumentos. Analisamos as devolutivas e realizamos as adequações necessárias resultando nas versões finais dos instrumentos desta pesquisa (APÊNDICE B e C).

As entrevistas podem ser instrumentos utilizados de duas grandes formas para coleta de seus dados: uma coleta mediada por telefone ou internet, ou num processo com uma interação face a face. Nestas duas formas as condições das entrevistas: perguntas, respostas, e interpretações estariam presentes, entretanto ao analisar os dados seria importante levar em consideração como o diálogo se estabeleceu para considerar suas particularidades (MANZINI, 2004).

No momento desta pesquisa, o Brasil enfrenta a Pandemia do Coronavírus (SARSCoV-2) que causa a doença **COVID-19**, na qual as pessoas apresentam um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. Parte das medidas preventivas orientam a necessidade de um distanciamento ou isolamento social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b). Assim, as ações educacionais e pesquisas precisaram se adaptar a este novo contexto.

Desta forma, as entrevistas foram realizadas remotamente pelo *Google Meet*. Iniciamos a conversa com a leitura e aceite do TCLE e prosseguimos com a aplicação do protocolo de informações. Inicialmente a pesquisadora apresentava as questões e transcrevia simultaneamente as respostas dos participantes, porém após a segunda entrevista, decidimos por realizar as transcrições das respostas com o material gravado, a fim de que a conversa fosse mais dinâmica. Após o preenchimento do protocolo de informações, demos início à entrevista que foram gravadas e transcritas na íntegra, vale salientar que duraram de 40 minutos a 1 hora e 50 minutos.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS

Após parecer favorável do Comitê de Ética, iniciamos os convites aos 25 municípios do DRS VII através de contato telefônico com as Secretárias Municipais de Saúde, apresentando a pesquisa e verificando qual era o procedimento para solicitação de autorização do estudo em seus serviços.

Um dos municípios teve um processo particular de solicitação de autorização para pesquisa em duas instâncias diferentes: na Secretária Municipal de Saúde que gerencia 3 CAPS do município e outro na ONG que gerencia os outros 11 CAPS. Após envio da documentação a ambos, a ONG emitiu autorização para a pesquisa, contudo a Secretaria Municipal de Saúde não emitiu seu parecer dentro dos prazos exequíveis.

Dos outros 24 municípios contactados, 18 deles solicitaram o envio de documentações referentes a pesquisa (carta de apresentação da pesquisadora e da pesquisa, e/ou carta explicativa aos participantes) por endereço eletrônico; outros 3 solicitaram a submissão destes documentos juntamente ao preenchimento de um protocolo nos sites das respectivas prefeituras. Finalmente, mais 3 municípios informaram que a solicitação de autorização e a entrega dos documentos deveriam ser efetivadas presencialmente nas prefeituras. Mesmo diante de diversas tentativas de negociação mediante contato telefônico, optou-se pela manutenção destes protocolos para autorização presenciais, mesmo diante do agravamento da pandemia, optamos pela exclusão destes últimos municípios para a continuidade da pesquisa.

Após um mês dos contatos iniciais e envio da documentação solicitada, tivemos retorno positivo de 7 municípios com autorização de pesquisa nos seus serviços. Incluindo o município que apresentava processos distintos de autorização, pois pela autorização cedida pela ONG, dos 14 CAPS existentes no município, 11 que estavam sob sua gestão poderiam participar.

Obtivemos retorno negativo de 3 municípios, pois 2 deles não tinham terapeutas ocupacionais em seus CAPS e 1 outro município que se recusou a participar, porém sem maiores justificativas. Enviamos novos e-mails e fizemos novos contatos telefônicos, confirmando os dados dos destinatários e o recebimento dos documentos solicitados. Neste momento, um dos representantes dos municípios que não havia dado retorno, justificou que os processos de autorizações estavam atrasados devido à pandemia e ao afastamento de parte do quadro de funcionários responsáveis por sua análise.

Realizamos uma terceira tentativa com contatos telefônicos e envio de e-mails aos 12 municípios que ainda não haviam dado uma devolutiva, solicitando uma resposta quanto a autorização da pesquisa. Demos um prazo de 15 dias úteis e caso os representantes dos municípios não se manifestassem, seria compreendido a não disponibilidade ou interesse em participar da pesquisa naquele momento. Após esta etapa mais nenhum município se manifestou.

Figura 1: Fluxograma de autorização



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Assim, no momento de início da coleta, esta pesquisa foi autorizada e poderia ser realizada em 7 municípios. No entanto, nos contatos para continuidade do estudo, 1 dos municípios que inicialmente tinha autorizado a pesquisa informou que não poderia dar continuidade, pois a terapeuta ocupacional do CAPS foi remanejada para um outro serviço de saúde da rede municipal. Um outro município em que seus serviços foram autorizados a participar, não tiveram terapeutas ocupacionais que se interessaram em compor esta pesquisa. Restando assim, 5 municípios participantes a saber: Jundiai, Itatiba, Campinas, Socorro, Americana.

Após a autorização, entramos em contato com os representantes dos CAPS a fim de identificar quais deles contavam com terapeuta ocupacional na equipe de trabalho. Aos que possuíam este profissional na equipe foi solicitado que a direção do serviço fizesse o convite a pesquisa e nos informasse quais estavam disponíveis para participar. Os participantes em

potencial, que manifestaram interesse na proposta, tiveram acesso ao contato da pesquisadora (telefone e e-mail) para que fossem esclarecidas as possíveis dúvidas, ou os que preferiram, disponibilizaram seus contatos pessoais para que a pesquisadora os contactasse.

Posteriormente, fizemos novamente o convite para participar da pesquisa diretamente ao terapeuta ocupacional e acordamos um horário que fosse conveniente para a coleta de dados. Antes da entrevista, apresentamos o TCLE ao participante, após a ciência declarada em formulário eletrônico aplicamos os protocolos de informações o entrevistamos. A entrevista foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra. Os dados foram armazenados, analisados e discutidos resultando no material desta dissertação.

Entrevistar os participantes foi muito prazeroso, entretanto, chegar a esta etapa foi bastante cansativo, os contatos de solicitação de autorização foram difíceis, devido à ausência de retorno de alguns municípios. Mas ao iniciar as entrevistas, encontramos profissionais motivados, que estavam empolgados em estar naquele encontro, estavam disponíveis e com desejo de contar sobre suas práticas de trabalho, as vivências e as histórias da sua profissão e esta empolgação prevaleceu nestes encontros. Ao resgatarem algumas lembranças da prática de trabalho antes da pandemia ou ao contarem sobre experiências exitosas, os participantes traziam muita alegria, porém, neste momento, a nostalgia também teve lugar, pausas foram necessárias, e o choro emergiu durante alguns relatos.

Reflexões sobre o trabalho e a profissão surgiram e as finalizações eram inundadas de gratidão de ambos os lados. Com alguns participantes, quando as entrevistas acabavam e a pesquisadora e o participante saíam do momento circunscrito da pesquisa, assumíamos nosso lugar de terapeutas ocupacionais de CAPS e conversávamos sobre as dificuldades atuais, trazidas principalmente pela pandemia, sobre a profissão, num acolhimento mútuo. Acreditamos que a pesquisa possibilitou um espaço não só de escuta aos participantes, onde eles puderam contar sobre as suas práticas e vivências, mas também um espaço de reflexão e troca para os participantes e para a pesquisadora.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Analisamos os protocolos de informações descritivamente. Analisamos os dados obtidos por meio da entrevista utilizando a análise temática, seguindo a objetividade, a sistematização e a inferência. A análise temática é uma das técnicas analíticas de conteúdo

organizada através das seguintes etapas: 1) Pré-análise, fase de organização do material, com leitura fluente, escolha dos documentos, preparação e formulação de hipóteses e objetivos 2) Exploração do material, sendo análise propriamente dita, com aplicação sistemática das decisões tomadas na fase anterior, sendo uma fase bastante longa, 3) Tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, com análise dos resultados considerando os significativos, a pesquisadora pode propor inferências e realizar interpretações coerentes com os objetivos previstos (BARDIN, 2016).

A análise temática é uma técnica de análise das comunicações, dos discursos, a partir da leitura exaustiva do material, que pressupõe encontrar os núcleos de sentido e temas, que estão contidos nas comunicações. Os temas são compostos por unidades de significações que surgem no texto analisado e são organizados dando origem as categorias de análise (BARDIN, 2016). Neste estudo, realizamos a leitura exaustiva das entrevistas encontrando os núcleos de sentido. Após, identificamos os temas em cada núcleo de sentido que foram agregados nas categorias analisadas.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A seguir, apresentamos os resultados referentes à análise descritiva do conteúdo dos protocolos de informações que fornecem dados para a caracterização dos participantes e dos serviços. As categorias emergentes da análise temática realizada com o material das entrevistas são apresentadas na sequência.

### **5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E SERVIÇOS**

Apresentamos, a seguir, a caracterização dos participantes deste estudo, bem como os serviços em que estão inseridos. Elaboramos tal caracterização a partir dos dados coletados por meio do preenchimento dos protocolos de informações junto aos participantes.

Participaram do estudo 21 terapeutas ocupacionais inseridos em 16 serviços, de 5 municípios do DRS VII. Os nomes dos profissionais e dos serviços não foram identificados com o intuito de manter o sigilo acerca de sua identidade e posições. Assim, identificamos os participantes com a letra P, enumeradas de 1 a 21 (P 1, P 2...P 21), enquanto os serviços nomeamos com uma primeira letra, em ordem alfabética, conforme foram citados nas entrevistas, seguida da palavra CAPS e o tipo de serviço que se classifica de acordo com os critérios da RAPS. Exemplo: (A - CAPS III AD, B - CAPS ij, C - CAPS III...).

#### **5.1.1 Caracterização dos participantes**

O Quadro 01 ilustra a caracterização dos participantes a partir de informações como gênero, idade e raça, tempo de experiência e de atuação como Terapeuta Ocupacional, além das formações complementares.

Quadro 01 - Caracterização dos Participantes

| <b>Participantes</b> | <b>Gênero</b>           | <b>Idade</b> | <b>Raça</b> | <b>Tempo de atuação como T.O.</b> | <b>Tempo de atuação no serviço</b> | <b>Serviço que atua</b> |
|----------------------|-------------------------|--------------|-------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| P 1                  | Masculino               | 27           | Branca      | 2 anos                            | 2 anos                             | A - CAPS III AD         |
| P 2                  | Mulher Cis <sup>2</sup> | 26           | Branca      | 4 anos                            | 2 anos                             | B - CAPS IJ             |
| P 3                  | Feminino                | 26           | Branca      | 3 anos                            | 1 ano e 2 meses                    | C - CAPS III            |
| P 4                  | Feminino                | 26           | Branca      | 3 anos                            | 2 anos                             | D - CAPS III            |
| P 5                  | Feminino                | 31           | Branca      | 8 anos                            | 5 anos                             | E - CAPS III            |
| P 6                  | Feminino                | 44           | Branca      | 21                                | 7 anos                             | F - CAPS III            |
| P 7                  | Feminino                | 40           | Branca      | 15 anos                           | 14 anos                            | E - CAPS III            |
| P 8                  | Feminino                | 44           | Branca      | 20 anos                           | 5 anos                             | G - CAPS IJ             |
| P 9                  | Feminino                | 36           | Branca      | 11 anos                           | 9 anos                             | H - CAPS III AD         |
| P 10                 | Feminino                | 39           | Branca      | 16 anos                           | 1 ano e 3 meses                    | I - CAPS II             |
| P 11                 | Feminino                | 53           | Amarelo     | 25 anos                           | 6 anos                             | J - CAPS III            |
| P 12                 | Feminino                | 32           | Branca      | 11 anos                           | 8 anos                             | K - CAPS II AD          |
| P 13                 | Feminino                | 46           | Negra       | 18 anos                           | 1 ano e 6 meses                    | F - CAPS III            |
| P 14                 | Feminino                | 27           | Branca      | 4 anos                            | 2 anos                             | C - CAPS III            |
| P 15                 | Feminino                | 55           | Branca      | 30 anos                           | 10 anos                            | L - CAPS I              |
| P 16                 | Feminino                | 31           | Preta       | 5 anos                            | 2 anos e 6 meses                   | M - CAPS IJ             |
| P 17                 | Masculino               | 29           | Branco      | 4 anos                            | 1 ano                              | N - CAPS III AD         |
| P 18                 | Feminino                | 28           | Negra       | 4 anos                            | 1 ano e 3 meses                    | N - CAPS III AD         |

2 Optamos por manter as respostas dos participantes na íntegra, assim, nesta questão sobre autodeclaração de gênero, o termo mantido nesta tabela se refere a declaração do respondente.

|      |          |    |        |         |                 |                 |
|------|----------|----|--------|---------|-----------------|-----------------|
| P 19 | Feminino | 40 | Branca | 17 anos | 9 meses         | O - CAPS III AD |
| P 20 | Feminino | 45 | Branca | 21 anos | 14 anos         | M - CAPS IJ     |
| P 21 | Feminino | 35 | Branca | 11 anos | 1 ano e 6 meses | P - CAPS I      |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada em 2021.

Observamos nas informações apresentadas no Quadro 1 que a maioria dos participantes se declarou do gênero feminino, somente P 1 e P17 são do masculino. Quanto a idade, os participantes variaram entre 26 e 46 anos, enquanto 3 participantes se declaram negro/preto, 1 amarela, e 17 se declaram brancos. O tempo de atuação como terapeutas ocupacionais variou entre 2 a 25 anos, e o tempo de atuação no atual serviço varia entre 1 ano e 2 meses a 14 anos.

Quadro 02 - Caracterização da Formação dos Participantes

| Participantes | Graduação        | Formação complementar   |
|---------------|------------------|---|
| P 1           | Privada (PUC)    | Esp. Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO)   |
| P 2           | Privada (PUC)    | Residência multiprofissional em Saúde Mental, Esp. no CETO (Cursando)   |
| P 3           | Privada (PUC)    | Residência multiprofissional em Saúde Mental  |
| P 4           | Privada (PUC)    | Esp. no CETO (Cursando)   |
| P 5           | Privada (PUC)    | Residência multiprofissional em Saúde Mental  |
| P 6           | Privada (PUC)    | Esp. Centro de Especialidades em T.O, Esp. em Arteterapia   |
| P 7           | Privada (PUC)    | Esp. Saúde Coletiva, Esp. Saúde Mental, Capacitação em Preceptoria  |
| P 8           | Privada (PUC)    | Esp. em Reabilitação Neurológica Infantil   |
| P 9           | Privada (PUC)    | Esp. Neuropsicologia  |
| P 10          | Privada (PUC)    | Aperfeiçoamento em Terapia Ocupacional e Reabilitação, Esp. Saúde Mental, Esp. em Adolescentes em Conflito com a Lei, Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação |
| P 11          | Pública (UFSCar) | Esp. Prática Artística Interface entre Saúde e Artes  |
| P 12          | Privada (PUC)    | Esp. Saúde Mental e Dependência Química, Esp. em Arteterapia  |
| P 13          | Privada (PUC)    | Esp. em Gerontologia, Gestão e Docência no ensino superior, Esp. em Gestão escolar e liderança, Esp. em Saúde Mental e Esp. em Autismo  |
| P 14          | Pública (USP)    | Residência multiprofissional em saúde mental  |
| P 15          | Pública (UFSCar) | Esp. em Dependência Química   |

|      |   |   |
|------|---|---|
| P 16 | Pública (UFSCar)                          | Aprimoramento em Terapia Ocupacional Infantojuvenil, Residência em Saúde Mental e Coletiva, Esp. no CETO (Cursando)                                 |
| P 17 | Privada (PUC)                             | Residência em Saúde Mental  |
| P 18 | Privada (PUC)                             | Aprimoramento em Saúde da Mulher  |
| P 19 | Privada (Centro Universitário São Camilo) | Esp. em Saúde Pública com Estratégia na Saúde da Família  |
| P 20 | Privada (PUC)                             | Esp. em Saúde Mental  |
| P 21 | Privada (PUC)                             | Esp. em Educação Especial e Inclusiva, Esp. em Neuropediatria, Capacitação em Applied Behavior Analysis (ABA) e Capacitação em Integração Sensorial |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada em 2021.

Quatro participantes (P 11, P 14, P 15, P16) cursaram a graduação em Terapia Ocupacional em universidades públicas, enquanto os outros 17 em universidades da rede privada. Nas escolas latino-americanas de ensino superior em Terapia Ocupacional observa-se a predominância do ensino de âmbito privado, somente 36% delas são do setor público. Contudo, no Brasil temos aproximadamente 20 universidades de graduação em Terapia Ocupacional do setor público e 21 no setor privado (BIANCHI, MALFITANO, 2017). Considerando que temos números próximos de universidades de Terapia Ocupacional no setor público e privado, a predominância de aproximadamente 81 % dos participantes deste estudo terem se formado em universidades privadas nos traz o questionamento sobre o que justificaria este achado.

Uma hipótese se relaciona a localização de uma das universidades em que a maioria dos participantes cursou a graduação no setor privado, a Pontifícia Universidade Católica (PUC). Esta universidade possui um de seus campos na cidade de Campinas, onde atua a maioria dos participantes e estão situados 10 CAPS do universo desta pesquisa. A sua localização neste município favoreceria a permanência e atuação dos terapeutas ocupacionais na cidade após a conclusão de sua graduação.

Todos os participantes apresentaram um ou mais tipos de formação complementar, o que demonstra um alto nível de engajamento e qualificação deste universo da pesquisa. Todos apresentam formação complementar em nível superior: aprimoramentos, residências, especializações concluídas ou em andamento, ou mestrado, sendo que a maioria destas formações está relacionada à área da Saúde Mental. Esta busca por formação complementar em saúde mental está em consonância com os números crescentes de pesquisa e produções de

terapeutas ocupacionais nesta área. Esta continuidade na capacitação favorece também o crescimento da profissão, pois o fortalecimento de pesquisa em nível superior, neste caso em saúde mental, colabora na compreensão das problemáticas da prática e amplia as possibilidades de intervenção a população assistida, como as pessoas em sofrimento psíquico (RICCI; MARQUES; MARCOLINO, 2018).

Quanto aos participantes que referiram áreas de atuação como terapeutas ocupacionais em serviços anteriores ao atual, o Quadro 03 apresenta as informações relatadas:

Quadro 03 - Áreas e serviços de atuação anterior

|      | <b>Áreas de atuação anterior ao atual trabalho</b>                   | <b>Serviços que atuou anteriormente</b>  |
|------|--|--|
| P 1  | Saúde Mental e Atenção a Pessoas com uso de substâncias psicoativas. | CAPS AD  |
| P 2  | Não teve experiências anteriores                                     | Não teve experiências anteriores   |
| P 3  | Não teve experiências anteriores                                     | Não teve experiências anteriores   |
| P 4  | Reabilitação Intelectual   | ONG (Reabilitação Intelectual e Múltiplas)   |
| P 5  | Reabilitação Intelectual e Saúde Mental                              | ONG (Reabilitação Intelectual e Múltiplas) Casa de Acolhimento.  |
| P 6  | Reabilitação Intelectual, Saúde Mental, ABS                          | Hospital Psiquiátrico, ONG (Reabilitação Intelectual e Múltiplas), Ambulatório de Saúde Mental, ABS, Serviço de Atendimento a crianças com dificuldades escolares. |
| P 7  | Saúde mental   | CAPS   |
| P 8  | Reabilitação Intelectual e Saúde Mental                              | ONG (Reabilitação Intelectual e Múltiplas) e CAPS  |
| P 9  | Saúde mental e Reabilitação Física                                   | CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Geral  |
| P 10 | Reabilitação Intelectual e Saúde mental e Social                     | ONG (Reabilitação Intelectual e Múltiplas), ONG (Adolescentes em Vulnerabilidades)   |
| P 11 | Geriatría e Saúde Mental   | Casa de repouso geriátrica, Instituto de Psiquiatria, ONG de Serviços em Saúde Mental.   |
| P 12 | Saúde mental e Reabilitação Física                                   | CAPS e Hospital Geral  |
| P 13 | Assistência Social, Saúde Mental, e Reabilitação Neurológica         | ONG (Vulnerabilidades Sociais) Consultório privado de reabilitação neurológica   |
| P 14 | Não teve experiências anteriores                                     | Não teve experiências anteriores   |
| P 15 | Saúde mental, ABS e Reabilitação Física                              | ABS e Serviço de Reabilitação Física   |
| P 16 | Saúde Mental   | Não especificado   |
| P 17 | Não teve experiências anteriores                                     | Não teve experiências anteriores   |

|      |   |   |
|------|---|---|
| P 18 | Saúde da Mulher   | Serviço de Saúde da Mulher  |
| P 19 | Saúde mental e ABS  | Hospital Psiquiátrico, NASF, e CAPS   |
| P 20 | Reabilitação Intelectual                                    | Serviço de Reabilitação Cognitiva   |
| P 21 | Reabilitação Intelectual, Assistência Social e Gerontologia | ONG (Reabilitação Intelectual e Múltiplas), Consultório Privado e Secretaria de Ação Social |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada em 2021.

Das áreas de atuação, somente 4 participantes (P 4, P 18, P 20, P 21) não referiram práticas na área de Saúde Mental em serviços anteriores, 13 participantes já haviam atuado anteriormente em outros serviços na área de Saúde Mental, ou na Saúde Mental e outras áreas. Os 4 participantes (P 2, P 3, P 14, P 17) também afirmaram não terem experiência de trabalhos anteriores, contudo, relataram práticas com ensino supervisionado dentro dos serviços, de saúde mental e da atenção básica, como parte do processo de formação em residência multiprofissional em Saúde Mental.

Considerando que a Terapia Ocupacional possui objetivos que estão de acordo com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial para a construção do cuidado, modelo que direciona as práticas de um número significativo de serviços especializados em saúde mental, buscando a inserção social, é compreensível que estes profissionais se adaptam naturalmente e sejam inseridos no campo da saúde mental (RICCI, MARQUES, MARCOLINO, 2018), como demonstrados nos achados anteriormente, onde a maioria dos participantes teve experiências de trabalho anteriores em serviços de saúde mental.

Quanto aos serviços que os participantes referiram como componentes da Área de Saúde Mental aos quais teriam trabalhado, se encontram serviços como: CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico, Instituto Psiquiátrico, Centro de Convivência, Consultório de Rua, Serviços de Residências Terapêuticas. Dois participantes (P 5 e P 13) referiram atuação em Saúde Mental, apesar dos serviços serem, em princípio, serviços de assistência a pessoas em condições de vulnerabilidade social, demonstrando que embora não se trate de um serviço específico, a saúde mental é abordada e as ações contemplam esta área.

Nestes serviços, 5 participantes (P 5, P 7, P11, P13, P 19) referiram desenvolver assistência como Terapeutas Ocupacionais e atuarem na gestão dos serviços, 2 participantes (P 2 e P3) não referiram as ações que desenvolviam, os demais participantes referiram desenvolver assistência como Terapeuta Ocupacional dos serviços.

No Quadro 4 estão apresentadas as atividades educativas e políticas em que os participantes estão engajados, bem como se o atual serviço incentiva ou dá suporte para que os participantes desenvolvam ações de educação permanente.

Quadro 04 - Envolvimento dos participantes em ações educativas e políticas

|     | <b>Identificação de incentivo/ suporte ofertado pelo atual serviço para educação permanente</b>   | <b>Grupos de estudos ou discussão sobre Saúde Mental frequentados pelos participantes</b>           | <b>Atuação em Associações de classe, conselhos ou movimentos sociais</b>       |
|-----|---|---|--|
| P1  | Dispensa de carga horária do trabalho para estudos.   | Grupo de estudos interdisciplinar em Terapia Ocupacional  | Movimento da Luta Antimanicomial Municipal                                     |
| P 2 | Dispensa de carga horária do trabalho para estudos, na pós-graduação ou Congressos.   | Grupo de estudos em Terapia Ocupacional   | ATOESP   |
| P3  | Dispensa de carga horária do trabalho para estudos, na pós-graduação ou congressos, e palestras ofertadas pelos parceiros do serviço.                                   | Grupo de estudos interdisciplinar em Terapia Ocupacional  | Movimento da Luta Antimanicomial, eventualmente do Conselho Municipal de Saúde |
| P4  | Supervisão clínico institucional  | Não participa   | Não participa  |
| P5  | Dispensa de carga horária do trabalho para estudos, na pós-graduação ou congressos, e palestras ofertadas pelos parceiros do serviço.                                   | Não participa   | Não participa  |
| P6  | Não identificado  | Não participa   | Não participa  |
| P7  | Dispensa de carga horária, 30 horas no ano para estudos.  | Grupo de estudo em Psiquiatria e Psicologia   | Não participa  |
| P8  | Não identificado  | Não participa   | Não participa  |
| P9  | Dispensa de carga horária do trabalho para estudos.   | Grupo de estudo de Redução de Danos   | Não participa  |
| P10 | Articula e oferta capacitação profissional com instituições parceiras   | Grupo de capacitação da Rede Municipal  | Não participa  |
| P11 | Dispensa de carga horária do trabalho para estudos, na pós-graduação ou congressos, palestras ofertadas pelos parceiros do serviço, e supervisão clínico institucional. | Grupo de estudos interdisciplinar em Terapia Ocupacional  | Não participa  |
| P12 | Não identificado  | Grupo de capacitação da Rede Municipal e Grupo de estudos interdisciplinares em Terapia Ocupacional | Não participa  |
| P13 | Dispensa de carga horária do trabalho para estudos.   | Não participa   | Não participa  |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| P14 | Supervisão clínico institucional   | Grupo de estudo de residência multiprofissional                | Movimento da Luta Antimanicomial, eventualmente do Conselho Municipal de Saúde |
| P15 | Não identificado   | Não participa  | Não participa  |
| P16 | Estudo coletivo na reunião semanal   | Não participa  | Não participa  |
| P17 | Supervisão clínico institucional   | Grupo de estudo de Saúde Mental e Psicanálise na Saúde Pública | Não participa  |
| P18 | Permite que os trabalhadores se organizem para criar espaços de discussão e aprimoramento dentro do serviço. | Não participa  | Não participa  |
| P19 | Oferta cursos de capacitação profissional  | Não participa  | Não participa  |
| P20 | Articula e oferta capacitação profissional com instituições parceiras  | Não participa  | Não participa  |
| P21 | Não identificado   | Grupo de estudos interdisciplinares em Terapia Ocupacional     | Não participa  |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada em 2021.

Quanto a observação de incentivo e/ou suporte ofertado pelos serviços para educação permanente: 5 participantes referem não identificar este tipo de suporte, outros 16 participantes identificam diversas formas deste incentivo, tais como: dispensa de carga horária do trabalho para estudos, e/ou participação em congressos; oferta ou articulação de cursos de capacitação profissional; supervisão clínica institucional; manutenção de um espaço para estudo coletivo na reunião semanal, ou permissão para que os trabalhadores se organizem para criar espaços de discussão e aprimoramento dentro do serviço.

Referente à participação atual ou anterior em grupos de estudos ou de discussões na Saúde Mental, 10 participantes negam inserção nestes grupos, outros 6 participantes referem grupo de estudos na área da terapia ocupacional, 6 outros participantes em grupos de estudo na área da Saúde Mental, sendo que 1 destes participantes está inserido em ambos. Os participantes P 6, e P 8 e P 15 não identificam suporte/incentivos a educação permanente, bem como não participam de grupos de estudo ou de discussões temáticas da Saúde Mental.

Quanto à participação em associações de classe, movimentos sociais ou políticas públicas no município através de algum conselho como o da saúde, da assistência social, da educação, da cultura ou outros, somente 4 participantes estão envolvidos nestas atividades, 1 participante (P 1) compõe o Movimento da Luta Antimanicomial Municipal, outros 2

participantes (P 3 e P 14) participam, além deste Movimento, eventualmente do Conselho Municipal de Saúde e apenas 1 participante (P 2) participa da ATOESP. Os outros 17 participantes não estão envolvidos com associações de classe, movimentos sociais ou de políticas públicas.

Este número reduzido de profissionais envolvidos em associações de classe, movimentos sociais ou políticas públicas, nos traz uma reflexão importante. Considerando que Terapia Ocupacional atua em busca da inclusão social das pessoas, por estas apresentarem dificuldades e limitações para realização das suas atividades e participação social nos seus territórios, o engajamento político dos terapeutas ocupacionais em defesa da cidadania e dos direitos humanos é inerente à prática da profissão (BREGALDA; BRAGA; PEREIRA, 2019).

Logo, ter mais terapeutas ocupacionais envolvidos nestas atividades traria benefícios relevantes e auxiliaria na luta pelos direitos das pessoas individualmente e os coletivos assistidos pela profissão, pois pensar em políticas públicas, conhecer leis específicas sobre os direitos do grupo populacional assistido, desenvolver propostas, atuar no âmbito público, são demandas de trabalho para o terapeuta ocupacional (MALFITANO, 2005). Então, o que justificaria este número reduzido de profissionais engajados em associações de classe ou atividades políticas?

Temos duas hipóteses que justificam estes achados, uma seria que este número estaria diretamente influenciado pela quantidade de profissionais terapeutas ocupacionais que atuam naquele município, logo, em municípios com grupos de profissionais reduzidos, estes estariam menos organizados coletivamente; outra hipótese seria que este número reduzido seria influenciado pelo desgaste dos profissionais que estão atuando num sistema de saúde que vêm sendo sucateado nos últimos anos e sofrendo ataques constantes nas suas políticas públicas, inclusive de retrocessos na saúde mental, que os fazem gastar suas energias, resistirem e lutarem diariamente no próprio ambiente de trabalho.

### **5.1.2 Caracterização dos serviços**

A caracterização dos serviços se deu a partir dos dados coletados com os participantes no protocolo de caracterização dos serviços. Em ocasiões em que o mesmo serviço era descrito por mais de um respondente as informações foram se complementando.

O Quadro 05 apresenta dados sobre o funcionamento do serviço, com número de pessoas atendidas, faixa etária, gêneros predominantes, área de abrangência, horário de funcionamento e tempo de inauguração.

Quadro 05 – Caracterização dos serviços

| <b>Serviço</b>  | <b>Tempo de existência do serviço</b> | <b>Área de Abrangência</b>                     | <b>Horário de Funcionamento</b> | <b>Número de usuários ativos</b> | <b>Número de usuários assistidos pelo menos uma vez por mês</b> | <b>Faixa etária dos usuários</b>   | <b>Porcentagem aproximada de Homens, Mulheres e pessoas LGBTQIA+</b>                 |
|-----------------|---------------------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|---|--|--|
| A - CAPS III AD | 11 anos                               | Região Noroeste da cidade (145.000 habitantes) | 24 horas                        | 650                              | Não sabe referir  | A partir de 18 anos  | Maioria de homens, um percentual menor de mulheres e minoria da população LGBTQIA+   |
| B - CAPS IJ     | 17 anos                               | Região Sudoeste da cidade (153.000 habitantes) | 8h00 às 18h00                   | 160                              | 160   | A partir de 1 ano e 8 meses até 18 anos, 50 % entre 12 e 18                                | Maioria de meninos, um percentual menor de meninas e a minoria da população LGBTQIA+ |
| C - CAPS III    | 18 anos                               | Região Leste da cidade (248.000 habitantes)    | 24 horas                        | 390/400                          | 390/400   | Acima de 18 anos de idade, muitos idosos, mas recente aumento entre 20 e 40 anos de idade. | Maioria de homens, um percentual menor de mulheres e minoria da população LGBTQIA+   |
| D - CAPS III    | 17 anos                               | Região Noroeste da cidade (133.000 habitantes) | 24 horas                        | Não sabe referir.                | Não sabe referir.   | Acima de 18 anos   | Maioria de homens  |
| E - CAPS III    | 19 anos                               | Região Sul da cidade (248 mil habitantes)      | 24 horas                        | 434                              | 403   | Acima de 18 anos   | Não sabe referir.  |

|                 |         |   |               |                   |                   |   |  |
|-----------------|---------|---|---------------|-------------------|-------------------|---|--|
| F - CAPS III    | 18 anos | Região Norte da cidade (212.000 habitantes)         | 24 horas      | 300/400           | 300/400           | Acima de 18 anos até 67 anos  | Não sabe referir.  |
| G - CAPS II     | 13 anos | Todo município (242.000 habitantes)                 | 7h00 às 16h00 | Não sabe referir. | Não sabe referir. | de 4 a 18 anos  | Maioria de meninos   |
| H - CAPS III AD | 17 anos | Região Norte e Leste da cidade (460.000 habitantes) | 24 horas      | 493               | 450               | Acima de 18 anos  | Maioria de homens, um percentual menor de mulheres e minoria da população LGBTQIA+                           |
| I - CAPS II     | 15 anos | Todo município (122.000 habitantes)                 | 7h00 às 17h00 | 372               | 200               | Acima de 18 até 80 anos de idade. de quantidade de de 35 anos de idade. | Maioria de mulheres (53,5%), um percentual menor de homens (43,5%) e minoria da população LGBTQIA+ (3%)      |
| J - CAPS III    | 28 anos | Região Sudoeste da cidade (253.000 habitantes)      | 24 horas      | 323               | 100               | Acima de 18 anos até 85 anos de idade.                                  | Maioria de homens (52,33%), um percentual menor de mulheres (47,37%) e minoria da população LGBTQIA+ (0,30%) |
| K - CAPS II AD  | 10 anos | Todo município (122.000 habitantes)                 | 7h00 às 17h00 | 420               | 340               | Adolescentes de 12 anos até 85 anos de idade.                           | Maioria de homens, um percentual menor de mulheres e não sabe referir sobre a população LGBTQIA+             |
| L - CAPS I      | 23 anos | Todo município (41.000 habitantes)                  | 7h00 às 16h00 | 200               | 200               | Adolescentes (13 anos de idade) a idosos acima de 60 anos de idade.     | Maioria de homens (46%), um percentual menor de mulheres (46%) e minoria da                                  |

|                 |         |   |                |         |         |   | população LGBTQIA+ (8%)  |
|-----------------|---------|---|----------------|---------|---------|---|--|
| M - CAPS IJ     | 11 anos | Região Norte e Leste da cidade (460.000 habitantes) | 8h00 às 18h00  | 198     | 198     | A partir de 1 ano e 6 meses, número expressivo de 13 a 17 anos até 18 anos de idade | Maioria de meninos (65%), um percentual menor de meninas (35%) e não sabe referir sobre a população LGBTQIA+ |
| N - CAPS III AD | 14 anos | Região Sul da cidade (260.000 habitantes)           | 24 horas       | 400 500 | 130-300 | Acima de 18 anos de idade, maioria entre 20 e 60 anos, até uns 70 anos de idade     | Maioria de homens, um percentual menor de mulheres e minoria da população LGBTQIA+                           |
| O - CAPS III AD | 5 anos  | Cidade toda (423.000 habitantes)                    | 24 horas       | 400     | 400     | Acima de 18 anos de idade, uma maioria entre 30 e 50 anos                           | Maioria de homens, um percentual menor de mulheres (20%) e minoria da população LGBTQIA+                     |
| P - CAPS I      | 7 anos  | Cidade toda (242.000 habitantes)                    | 07h30 às 16h30 | 241     | 270     | Acima de 18 anos de idade, maioria por volta de 40 anos                             | Não sabe referir.  |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada em 2021.

Quanto ao tempo de existência do serviço, o mais novo possui 5 anos, enquanto o mais antigo 28 anos desde a sua inauguração. O horário de funcionamento do serviço variou conforme as modalidades e funcionamento de determinada categoria de CAPS. Assim, os CAPS III funcionam 24 horas, 7 dias por semana. Já as outras modalidades de CAPS funcionam de 9 a 10 horas por dia, de segunda a sexta.

No que tange à abrangência destes serviços, os termos regiões/distritos foram utilizados pelos participantes para caracterizar as áreas da cidade subdivida em distritos de saúde, já o termo todo município, se refere a cobertura total daquele serviço ao município em que estão

inseridos. (CAMPINAS, 2016; IBGE, 2010). A fim de facilitar a visualização da demanda total possivelmente assistida em cada serviço, optamos por apresentar a quantidade total da população residente nas áreas de abrangência.

O número de usuários ativos se refere ao número de usuários que efetivamente estão em tratamento no CAPS, variando entre 160 e 650 usuários, exceto por dois serviços cujos participantes não souberam informar. A outra apresentação de número de usuários se refere aos que são assistidos no serviço e passam por algum tipo de intervenção, pelo menos uma vez no mês, o que variou entre 100 e 450 usuários, exceto por 2 serviços em que estes dados não foram referidos pelos participantes. Os dados referentes aos números de usuários demonstram que nem todos que são considerados ativos passam por algum tipo de intervenção, ao menos uma vez no mês, em 6 destes serviços (E - CAPS III, H - CAPS III AD, I - CAPS II, J - CAPS III, K - CAPS II AD, N - CAPS III AD). Contudo em outros 6 serviços (B - CAPS IJ, C - CAPS III, F - CAPS III, L - CAPS I, M - CAPS IJ, O - CAPS III AD) todos os usuários ativos participam de algum tipo de intervenção no serviço, pelo menos uma vez por mês.

No que diz respeito a quantidade de usuários assistidos pelo menos uma vez por mês no serviço, os participantes trouxeram dúvidas quanto a sua compreensão, o que evidência uma possível falta de entendimento quanto a pergunta, ou um limite do próprio formulário.

Acreditamos que este número reduzido de usuários sendo assistidos em alguns serviços durante o mês, apesar de serem considerados usuários ativos, que deveriam receber a assistência mais frequente e mais coerente com a proposta do CAPS de um serviço acolhedor, com equipe interdisciplinar, ambiência e diferentes práticas articuladas a outros serviços; possa estar relacionado as limitações na realização das propostas terapêuticas presenciais e coletivas, como grupos ou oficinas, impostas pela Pandemia.

A idade dos usuários dos serviços variou entre 1 ano e 6 meses até os 85 anos de idade, delimitada pela modalidade de CAPS, por exemplo, o CAPS IJ que atende a clínica da infância e adolescência, limita a faixa etária aos 18 anos de idade, de acordo com a preconização das portarias que orientam o funcionamento da RAPS.

Os homens representam a maioria da demanda de 11 serviços, as mulheres representam a maioria em 1 serviço, a população LGBTQIA+ foi apontada como a minoria em 7 serviços, apenas 1 participante referiu que homens e mulheres teriam uma demanda semelhante entre eles e superior a população LGBTQIA+ em seu serviço. Para outros 3 serviços, os participantes não souberam referir a fração das populações. A maioria dos participantes demonstrou dificuldades em mensurar percentuais das populações assistidas, explicaram inclusive que

alguns dados do usuário dentro do CAPS ainda são registrados com opções de sexo e não de gênero.

O Quadro 06 apresenta a caracterização da equipe do CAPS, as atividades, projetos e programas desenvolvidos. A equipe geral inclui todas as categorias profissionais envolvendo os técnicos administrativos, equipe de higienização, monitores, redutores de danos e vigias.

Quadro 06 - Caracterização das equipes do CAPS e atividades desenvolvidas

| <b>Serviços</b> | <b>Total de profissionais (técnico administrativo, equipe de apoio e equipe técnica)</b> | <b>Quantidade de profissionais, da equipe técnica</b>  | <b>Atividades, projetos, programas desenvolvidos neste CAPS</b>   |
|-----------------|--|--|---|
| A - CAPS III AD | 40   | 4 Terapeutas Ocupacionais,<br>3 Médicos Clínicos Gerais,<br>1 Médico Psiquiatra,<br>4 Enfermeiros,<br>3 Psicólogos,<br>1 Assistente Social,<br>1 Residentes Médico,<br>1 Residente T. O. | As atividades são acolhimentos, oficinas terapêuticas e grupos terapêuticos.  |
| B - CAPS IJ     | 20   | 2 Terapeutas Ocupacionais,<br>1 Médico Pediatra,<br>4 Médicos Psiquiatras,<br>2 Enfermeiras,<br>4 Psicólogos,<br>1 Residentes de T.O.,<br>1 Residente Pediatria,<br>1 Fonoaudiólogo.     | Acolhimentos, Ambiência, Conselho Local, Conversa em Rede, Grupos de crianças menores, Atelier, Grupo Culinária, Grupo de Mulheres, Grupo de Adolescentes.  |
| C - CAPS III    | 65   | 3 Terapeutas Ocupacionais,<br>3 Médicos Psiquiatras,<br>3 Enfermeiras,<br>5 Psicólogos.  | Antes da Pandemia: Assembleia, Conselho Local, Conselho Gestor, Grupo de Referência, Grupo de Culinária, Grupo de Cinema, Grupo de Escrita, Grupo de Mural, Grupo de Jovens, Grupo de Beleza, Oficinas de Experimentação<br>Atualmente: atendimentos individuais e atendimento para isolamento de usuários com COVID. |
| D - CAPS III    | 35   | 3 Terapeutas Ocupacionais<br>5 Médicos Psiquiatras,<br>3 Enfermeiras,<br>4 Psicólogos,<br>1 Assistente Social,<br>1 Farmacêutico.  | Antes da Pandemia: Acolhimento, Ambiência, Atelier, Grupo de Culinária, Grupo de Psicoterapia, Grupo de leitos, Grupo de Esporte, Grupo de barbearia, Grupo de saúde e beleza, Grupo de referência,   |

|                 |    |   |   |
|-----------------|----|---|---|
|                 |    |   | Atualmente: atendimentos individuais, Atelier aberto e atendimento no leito.  |
| E - CAPS III    | 69 | 2 Terapeutas Ocupacionais,<br>3 Médicos Psiquiatras,<br>7 Enfermeira<br>7 Psicólogos,<br>1 Assistente Social,<br>1 Médicos residentes       | Acolhimento a crise, Assembleia, atendimentos individuais, atendimento a crise, Grupos de Horta, Grupo de Caminhada, Grupo de Futebol, Permanência dia, Grupo de Autocuidado, Atelier, Grupo de Passeio, Grupos de Atividade (ONG).   |
| F - CAPS III    | 66 | 3 Terapeutas Ocupacionais,<br>1 Médico clínico geral,<br>2 Médicos Psiquiatras,<br>3 Enfermeiras,<br>5 Psicólogos.                          | Acolhimento, atendimentos individuais, Atelier, Grupo de Futebol, Grupo de Mulheres, Grupo de Terapia Ocupacional, Grupo de Referência, Grupo de Caminhada, Grupo de Jornal, Grupos de culinária, Grupo de Horta, Triagem.  |
| G - CAPS II     | 13 | 1. Terapeutas Ocupacionais,<br>1 Médico Psiquiatra,<br>1 Enfermeira,<br>2 Psicólogos,<br>1 Assistente social,<br>1 Fisioterapeuta,          | Atendimento individual (com T.O., psicólogo e psiquiatra), acolhimento e visitas domiciliares Grupo de pais, Grupo de Brinquedoteca, Grupo de Horta.  |
| H - CAPS III AD | 51 | 4. Terapeutas Ocupacionais,<br>2. Médicos Clínicos Gerais,<br>3. Médicos Psiquiatras,<br>6 Enfermeiros,<br>5 Psicólogos,<br>1 Farmacêutica. | Atendimentos individuais, acolhimentos, atendimentos de referência, atendimento de redução de danos, consultas, Grupos Verbais, Grupos De Atelier, Grupo De Música, Grupo de Redução de Danos, Grupo de Teatro, Grupo de Culinária, Grupo Motivacional, Grupo de Prevenção a Recaída. |
| I - CAPS II     | 11 | 1. Terapeuta Ocupacional,<br>2. Médico Psiquiatra,<br>2 Psicólogos,<br>1 Enfermeiro,<br>1 Farmacêutica                                      | Grupo de Mulheres, Grupo de atividades, Grupo de Pintura, Grupo de Karakê, Grupo de Caminhada, Horta, Grupo de Geração de Renda.  |
| J - CAPS III    | 55 | 3 Terapeutas Ocupacionais,<br>4 Médicos Psiquiatras,<br>5 Psicólogos,<br>6 Enfermeiros,<br>1 Farmacêutica.                                  | Acolhimento, Atelier, Grupo de Referência, Grupo de Fuxico, Assembleia, Grupo GAM, Grupo de Jovens, Grupo de Música (com Centro de Convivência), Grupo de Culinária, Grupo Ecológico.   |
| K - CAPS II AD  | 14 | 1 Terapeuta Ocupacional,<br>2 Médicos Psiquiatras,<br>1 Enfermeira,<br>2 Psicólogos,<br>1 Assistente Social,<br>1 Farmacêutica.             | Grupo de Referência, Grupo de Atividade Física, Grupo de apoio as famílias, Grupo de Atenção Crise, Oficina de bem-estar, Oficina de Horta.   |

|                 |    |   |  |
|-----------------|----|---|--|
| L - CAPS I      | 14 | 1 Terapeuta Ocupacional,<br>1 Médico Psiquiatra,<br>1 Enfermeira,<br>3 Psicólogos,<br>1 Assistente Social,                              | Acolhimentos, atendimentos Individuais, Atividades de Música, Sala Aberta, Artes, Dança e Teatro.  |
| M - CAPS II     | 24 | 2 Terapeutas Ocupacionais,<br>1 Médico Pediatra,<br>2 Médicos Psiquiatras,<br>2 Enfermeiras,<br>3 Psicólogos,<br>1 Fonoaudiólogo.       | Atendimentos individuais (Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia), Acompanhamento Terapêutico, virtuais inclusive, atendimentos externos, Grupos de chegada, Grupos de Crianças, Grupo de Adolescentes, Grupo de Saída, Grupo de Esporte, Grupo de Estimulação.   |
| N - CAPS III AD | 50 | 3 Terapeutas Ocupacionais<br>5 Médicos Psiquiatras,<br>6 Enfermeiras,<br>5 Psicólogos,<br>1 Residente de Psiquiatria.                   | Acolhimento, Assembleia, atendimentos individuais, Atendimento de Referência, Grupo de Homens, Grupo de Mulheres, Grupo de Mural (Trocando Ideia), Grupo de Culinária, Grupo de Acolhimento, Grupo de Atelier, Oficina de Geração de Renda (Arte em Cores), Oficina de Geração de Renda (Sabonete), Oficina de Esportes, Oficina de Música, Grupo de Psicoterapia. |
| O - CAPS III AD | 68 | 2 Terapeutas Ocupacionais,<br>2 Médicos Psiquiatras,<br>6 Enfermeiras,<br>6 Psicólogos,<br>2 Assistentes Sociais,<br>1 Educadora Física | Acolhimento, Atendimento de referência, Grupo de Acolhimento, Grupo de Horta, Grupo de Culinária, Grupo de Música, Grupo de Mulheres, Grupo de Futebol, Grupo de Capoeira, Visitas domiciliares e Medicação assistida domiciliar.  |
| P - CAPS I      | 10 | 1 Terapeuta Ocupacional<br>1 Médico psiquiatra,<br>1 Enfermeira,<br>3 Psicólogos  | Assembleias, Grupo de Terapia Ocupacional, Grupos de Psicologia, e Grupos Abertos.   |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada em 2021.

Apesar de o número de terapeutas ocupacionais, na totalidade dos serviços, ser de 35, os Serviços: C – CAPS III, E – CAPS III, F – CAPS III, M - CAPS II, N - CAPS III foram representados nesta pesquisa por 2 participantes, os demais serviços foram representados somente por 1 participante cada um deles. Consideramos satisfatória esta participação que representa 60% dos terapeutas ocupacionais que atuam nos 16 serviços participantes desta pesquisa.

Sobre as atividades desenvolvidas nos CAPS, todos os participantes referiram mudanças no funcionamento devido a Pandemia do COVID -19, com restrição da circulação e da quantidade de usuários no serviço. Nestas atividades descritas, todos os participantes referiram

o funcionamento padrão. Logo, a maioria das atividades coletivas como: grupos, conselhos ou assembleias presenciais, estava suspensa no momento da coleta.

O Quadro 07 apresenta a articulação do serviço com outros da saúde e da rede intersetorial.

Quadro 07- Articulação com serviços da saúde e da rede intersetorial

| <b>Serviços</b> | <b>Serviços de saúde que CAPS mantém vínculo</b>  | <b>Serviços da rede intersetorial que o CAPS mantém vínculo</b>  |
|-----------------|---|--|
| A - CAPS III AD | ABS,<br>Serviços de urgência e emergência (hospital, UPA).  | Serviços religiosos (Paróquias),<br>Grupos de convivência da comunidade,<br>SUAS (Abrigos e Casas de Passagens)              |
| B - CAPS IJ     | Centros de Saúde, Hospital Municipal,<br>Centros de convivência, outros CAPS,   | Apae,<br>CRAS, CREAS, Escolas.   |
| C - CAPS III    | Centros de Saúde,<br>Hospitais (Municipal e Geral),<br>Centros de convivência,<br>Consultório de Rua, Serviço de Geração de Renda,<br>Outros CAPS | Assistência Social (CRAS e CREAS),<br>Abrigo,<br>Centro POP, SOS Rua.  |
| D - CAPS III    | ABS,<br>Hospital Geral<br>Centros de convivência, Casa das Oficinas,<br>Consultório de Rua  | Assistência Social (CRAS e CREAS),<br>Abrigo,<br>Organização da Sociedade Civil, SOS Rua.                                    |
| E - CAPS III    | Centros de Saúde, Hospital Geral (Centro de Convivência,<br>Hospitais (Municipal, PUC e UNICAMP),<br>Outros CAPS                                  | SUAS (CRAS e CREAS),<br>CECO,<br>Consultório de Rua,<br>(Centro de Referência Doença Sexualmente Transmissível)              |
| F - CAPS III    | ABS,<br>Centro de Convivência,<br>Hospitais (Municipal e UNICAMP), SAMU   | CRAS e CREAS.  |
| G - CAPS IJ     | ABS,<br>Hospital Municipal  | Apae,<br>CRAS e CREAS<br>ONG (Educativa).  |
| H - CAPS III AD | ABS, Hospital Geral   | Assistência Social<br>SOS Rua, Abrigo e Centro POP,<br>Centro de Convivência, Educação e Serviço Social da Indústria (SESI). |
| I – CAPS II     | ABS,<br>Hospital Geral,<br>UPA,<br>Ambulatório de Saúde Mental  | Assistência Social   |

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| J - CAPS III       | ABS,<br>Centros de Convivências,<br>Núcleos de Oficinas de Trabalho.        | Assistência Social, Igrejas,<br>Associação de moradores.  |
| K - CAPS II<br>AD  | PSF,<br>Hospital Geral,<br>UPA,<br>Centro de Saúde da Mulher                | Assistência Social (CRAS e CREAS),<br>Programa de Inserção ao mercado de trabalho,<br>Abrigo, Educação e Secretária do Esporte.   |
| L - CAPS I         | ABS,<br>Hospital Geral, Farmácia.   | Assistência Social (CREAS e CRAS).  |
| M - CAPS IJ        | ABS,<br>Hospitais (Municipal e Unicamp),<br>Consultório de Rua, Outros CAPS | Assistência Social (CRAS e CREAS),<br>ONGs (Fundação Síndrome de Down, Apae,<br>Pestalozzi), Centro de convivência,<br>Fundação CASA,<br>Instituições de acolhimento de adolescentes,<br>Escolas. |
| N - CAPS III<br>AD | ABS, Hospitais, Consultório de Rua,<br>Serviços de urgência e emergência    | Assistência Social (CREAS e CRAS),<br>Centro de convivência, Albergues e Abrigos.   |
| O - CAPS III<br>AD | ABS,<br>Hospital Geral,<br>Consultório de Rua, Outros CAPS                  | Assistência Social (CREAS E CRAS),<br>Casa de Passagem, Abrigos.  |
| P - CAPS I         | ABS (ESF),<br>Hospitais (Municipal e Psiquiátrico)                          | Assistência Social (CREAS E CRAS) e<br>Abrigos.   |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada em 2021

Quanto a forma e frequência de contato com os outros serviços da saúde, 10 participantes afirmaram que o contato com a atenção básica é frequente, sendo mensal ou quinzenal, por reuniões e que com os outros serviços da saúde acontece quando surge a demanda, então o profissional responsável estabelece contato telefônico e agenda reuniões, se necessário. Nos outros 5 serviços (G - CAPS IJ, L - CAPS I, N - CAPS III AD, O - CAPS III AD, P – CAPS I) este contato do CAPS com todos outros serviços da saúde, incluindo a atenção básica, acontece quando surge a demanda, então a equipe estabelece contato telefônico e agenda reuniões, se necessário; porém 1 serviço (G- CAPS IJ) refere que o contato se dá somente por encaminhamentos, quando necessário.

Quanto à forma e frequência de contato com os outros serviços da rede intersetorial que o CAPS mantém vínculo, 4 CAPS (B - CAPS IJ, C - CAPS III, E - CAPS III, K - CAPS II AD) afirmaram que o contato é frequente, semanal, mensal ou quinzenal, por reuniões, ou atividades conjuntas. Os outros serviços referem que este contato acontece quando surge a demanda, então, a equipe estabelece contato telefônico e agenda reuniões, se necessário. Os serviços E - CAPS III, K - CAPS II AD, M - CAPS IJ referiram que estabelecem contato por meio de visitas

compartilhadas com as equipes dos diferentes serviços, se necessário, e/ou realização de grupos terapêuticos desenvolvidos semanalmente, conduzidos em parceria entre os profissionais do CAPS e os profissionais da rede intersetorial no território.

Os CAPS que atendem crianças e adolescentes, como demonstrado no Quadro 07, são os que mais frequentemente se articulam com os serviços educacionais e escolas, os CAPS I referem articulações somente com os serviços sociais da rede intersetorial.

Acreditamos que o primeiro achado esteja mais relacionado as características da demanda assistida pelo serviço, por exemplo, a população assistida nestes serviços comumente está em fase escolar, por isso a articulação com serviços educacionais. Entretanto, o segundo achado, além de estar relacionado a uma resposta frente a demanda da população assistida, devido à situação de vulnerabilidade social que influencia consideravelmente as questões de saúde mental, também representa uma limitação de ofertas que estes serviços encontram nas redes interssetoriais em que estão inseridas, por estarem situados em municípios menores e comporem uma RAPS com oferta reduzida de outros serviços.

Outro aspecto importante que limita o acesso das pessoas em sofrimento psíquico aos demais serviços de saúde e a outros serviços interssetoriais como os vinculados às áreas da educação, da cultura, do lazer e do trabalho e, conseqüentemente, o estabelecimento de uma rede intersetorial mais articulada, está relacionado aos determinantes sociais da saúde, representados pelos fatores socioeconômicos, comportamentais, étnicos e territoriais, Além de outras condições de vulnerabilidade social que reforçam as iniquidades sociais, bem como limitam o acesso e o direito a saúde destas pessoas. O estabelecimento de instâncias interssetoriais, além do campo da saúde, que compartilhem o mesmo objetivo e somem recursos, influenciaria no aprimoramento das políticas públicas e seria um caminho para melhor acesso das pessoas às condições mínimas de existência, além da diminuição das iniquidades sociais (FIORATI, ARCÊNCIA, SOUZA, 2016).

Logo, compreendemos que, além das possibilidades de operacionalização do PTS que considera os serviços da RAPS e da Rede Intersetorial disponível, os determinantes sociais da saúde influenciarão de forma significativa o acesso das pessoas a estes serviços e, conseqüentemente, o estabelecimento e articulação do PTS mais ou menos compartilhado.

Figura 2 - Serviços da rede de saúde e intersetorial referidos.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Os serviços referidos pelos participantes que compõem a rede de saúde e a rede intersetorial que os CAPS mantêm vínculo para a construção e condução do PTS estão apresentados na Figura 02. A ilustração demonstra a prevalência de contato com os serviços da rede de saúde e os serviços da assistência social, além de um acesso reduzido as outras instâncias intersetoriais, como educação, cultura e esporte, desenvolvendo um projeto com poucas articulações no território e limitando o potencial do PTS como possível redutor das iniquidades sociais.

O Quadro 08 apresenta características da utilização do PTS, sobre como o serviço se utiliza deste instrumento, há quanto tempo e com quais usuários.

Quadro 08 - Características do PTS

| Serviços        | Utilização do PTS, há quanto tempo e com quais usuários   |
|-----------------|---|
| A - CAPS III AD | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| B – CAPS IJ     | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| C – CAPS III    | O serviço sempre utilizou o PTS, não referiu com quais usuários   |
|                 | Utiliza o PTS, mas não para todos. É utilizado mesmo para os casos mais complexos                               |
| D – CAPS III    | O serviço sempre utilizou o PTS, não para todos, é priorizado a construção em casos urgentes, em crise          |
| E – CAPS III    | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| F – CAPS III    | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| G – CAPS IJ     | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| H - CAPS III AD | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| I – CAPS II     | O serviço sempre utilizou o PTS com a maioria dos usuários  |
| J - CAPS III    | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| K - CAPS II AD  | O serviço sempre utilizou o PTS, devido a demanda não consegue fazer para todos os usuários                     |
| L – CAPS I      | Não utiliza regularmente, somente com casos urgentes e complexos.   |
| M - CAPS IJ     | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| N - CAPS III AD | Sempre utilizou o PTS, mas é utilizado efetivamente para alguns usuários  |
|                 | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| O - CAPS III AD | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários   |
| P - CAPS I      | O serviço sempre utilizou o PTS com todos os usuários até a pandemia, atualmente o uso tem sido menos frequente |

Fonte: Elaborado pela autora, conforme pesquisa de campo realizada em 2021.

A maioria dos participantes refere que os serviços se utilizam do PTS desde a inauguração, pois, desde que iniciaram este instrumento já era indicado nas normativas para a organização do cuidado a todos os usuários. Somente uma participante afirma que o serviço não utiliza regularmente, exceto com casos urgentes e complexos.

Em 2 serviços os participantes não tiveram consenso em sua percepção sobre o uso do PTS. No serviço C – CAPS III ambos concordam que o serviço se utiliza do PTS desde sua inauguração, mas um dos participantes não refere para quais usuários, outro refere que efetivamente somente para os casos mais complexos; no serviço N - CAPS III AD ambos

concordam que o serviço se utiliza do PTS desde sua inauguração, porém um dos participantes afirma que com todos usuários enquanto o outro que, efetivamente, para alguns usuários. Demonstrando que dentro de um mesmo serviço, integrantes da mesma equipe e da mesma categoria profissional podem apresentar percepções sobre o desenvolvimento da prática de trabalho e a organização do PTS distintas.

Os dados apresentados anteriormente demonstram três modos de incorporação do PTS nos serviços:

- 1) Seguindo as orientações normativas da RAPS que institui que o instrumento seja utilizado para todos os usuários do CAPS;
- 2) Utilizando o PTS como preconizado para a Atenção Básica, somente em casos mais graves e complexos;
- 3) Utilizado em momentos de urgência para gestão da crise, quando provavelmente a autonomia e o poder de decisão do usuário estão fragilizados.

Contudo, nos serviços que divergem ao que é preconizado pela RAPS, não nos pareceu, pelo relato dos participantes, existir uma falta de conhecimento sobre a necessidade deste dispositivo ser um instrumento utilizado com todas as pessoas em atendimento no CAPS, mas uma dificuldade de operacionalização. A justificativa frequente destes participantes que não incorporam o instrumento na rotina de trabalho, como é preconizado, seria o número elevado de demandas e usuários nos serviços, sendo assim, não seria possível a equipe se debruçar sobre todos os casos para a construção de seus PTS, prevalecendo para estes casos que não possuem um projeto construído de forma compartilhada, um atendimento ambulatorial, centrado nas especialidades.

Algumas dificuldades de operacionalização do PTS justificam a dificuldade de sua elaboração e efetivação, como a troca de saberes entre a equipe que não acontece de forma tão efetiva quanto deveria, dificuldades em identificar a base teórica desta prática, equipes sobrecarregadas pela responsabilidade assistencial da alta demanda e ausência de espaços coletivos para discussão de PTS com todos os envolvidos. Logo, para uma maior efetivação dos PTS e promoção de um cuidado integral que responda adequadamente às políticas nacionais de saúde mental é necessário também uma mudança na organização dos serviços e equipes de saúde (BOCCARDO *et al.*, 2011).

Acreditamos que a implantação do PTS a partir do primeiro modo de incorporação, no qual este instrumento é desenvolvido para todos os usuários, seria a forma ideal de instituição dos projetos terapêuticos singulares nos CAPS e para tal é necessário que os serviços e as equipes tenham as condições e recursos adequados. Neste modo de incorporação do PTS os

usuários possuem o acesso a uma tecnologia democrática que garante a humanização e a autonomia do cuidado, enquanto nos CAPS que se organizam baseados principalmente no terceiro modo de incorporação do PTS, as equipes continuam reproduzindo práticas de cuidado e assistência em desacordo com as propostas da Reabilitação Psicossocial, instituindo novamente uma intervenção fragmentada, enfocando principalmente o adoecimento e não a promoção de saúde.

Passamos, a seguir, para apresentação das categorias temáticas que emergiram da análise das entrevistas.

## 5.2 ANÁLISE TEMÁTICA

A partir da análise dos dados provenientes das entrevistas identificamos as seguintes categorias:

- Compreensão dos profissionais sobre o PTS,
- Composição da Família e dos usuários no PTS,
- Equipe de profissionais que compõem o PTS,
- A percepção do profissional sobre o que seria um PTS exitoso,
- Desafios na construção e condução do PTS,
- Núcleo da Terapia Ocupacional

### 5.2.1 Compreensão dos profissionais sobre o PTS

Os participantes apontaram definições do que seria um PTS, referiram que o PTS representa a construção de um projeto com os usuários, envolvendo estratégias e articulação de recursos entre os serviços de saúde e os da rede intersetorial, considerando as expectativas, a perspectiva e a singularidade do usuário naquele momento, como mostra o excerto a seguir.

*O projeto terapêutico singular é um procedimento que é construído junto com o usuário, né. Que a gente vai estar pensando como que está esse momento da vida dele e vai estar construindo juntos estratégias para trabalhar a problemática dele, né. No meu caso, quanto ao uso de*

*substância, né. Então a gente vai pensando em estratégias juntos, assim o usuário vai orquestrando e dando o tom das intervenções (P 01).*

As definições de PTS são complementares e a maioria delas refere a necessidade do usuário ser um integrante ativo e protagonista desta construção, reforçando a importância de levar em consideração a sua história e a sua singularidade, como fica evidente no excerto a seguir.

*É um nome dado a uma metodologia, uma ferramenta que a gente usa para... tanto para avaliar, quanto para construir, de forma que eu acho bem democrática, né. Sentidos em forma de um acompanhamento em saúde. Aí o singular traz mesmo a questão da individualidade, do contexto de cada um, eu acho que é uma ferramenta muitíssimo importante assim, porque ele né, a gente aprende avaliar, aprende como fazer um planejamento terapêutico, mas o PTS, ele traz todo um embasamento da saúde coletiva, né. De vários valores pro campo, né, da saúde mental... (P 19).*

O PTS foi apresentado como um projeto construído com o objetivo de organizar a vida do usuário, por meio da gestão do cuidado, levando em consideração os recursos internos do CAPS, como as atividades ofertadas, mas também os recursos da comunidade, pensando no ambiente externo ao serviço e as articulações que possam surgir com serviços da rede intersetorial.

*Eu acredito que o projeto terapêutico singular norteia o nosso cuidado, né. Ele que faz o caminho para que o tratamento consiga ser alcançado, consiga ser construído mesmo assim, porque é a partir do desejo do usuário, né. Acho que também envolve o que a gente entende como possibilidade de oferta de cuidado, mesmo dentro de um CAPS. Então acho que é pensar o que é possível fazer naquele momento, dependendo da demanda que o usuário traz, respeitando a singularidade de cada um. Então acho que cada usuário tem o seu projeto terapêutico, não existe um que tenha o mesmo que o outro né [...] (P 18).*

*É projeto terapêutico singular que envolve todas as estratégias de cuidado, planejamento de vida do sujeito, envolve o morar, o autocuidado, a rede de suporte que ele tem, envolve como que a gente vai conciliando todos os aspectos do sujeito no cuidado e melhora do estado geral da pessoa [...] (P 14).*

As caracterizações do PTS apresentadas nos relatos evidenciam que os participantes o consideram um instrumento direcionado ao ser individual, não se referiram a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, ou coletivos. Como já apontado anteriormente neste texto, o termo inicial Projeto Terapêutico Individual (PTI) foi alterado para PTS com o intuito e justificativa de englobar os sujeitos coletivos, grupos e comunidades em suas

abordagens e ações articuladas com a equipe interdisciplinar, mantendo o caráter singular, representado pelas diferenças, particularidades e problemáticas de cada caso (CUNHA, 2007).

Cabe aqui refletirmos sobre o porquê dos profissionais não incluírem os grupos ou a coletividade ao caracterizarem o PTS em seus discursos, o caracterizando para as pessoas de forma individual somente. Argumentamos que as práticas de construção de PTS coletivos sejam menos referidas por serem menos comuns nos serviços de saúde mental, justamente por serem ações mais complexas ao exigirem maior articulação de toda a rede intersetorial, demandando maior disponibilidade de tempo e recursos humanos dentro dos serviços. Entretanto, é importante frisar que os profissionais que atuam em serviços de saúde mental podem desenvolver um PTS para determinado grupo dentro do ambiente institucional sem demandar, necessariamente, complexas articulações da rede.

Neste contexto, é relevante lembrar que a possibilidade de valorização da pessoa em sofrimento psíquico como um ser singular com sua história, cultura, cotidiano e qualidade de vida foi negligenciada por anos até o início do movimento antimanicomial. Esta valorização faz parte das propostas e políticas de humanização e da atenção psicossocial (PINTO, *et al.*, 2011).

Nos serviços orientados por estes pressupostos como o CAPS, que utilizam o PTS como uma tecnologia de cuidado, as necessidades trazidas pelas pessoas são compreendidas como demandas, a dimensão singular é a essência do projeto terapêutico que reconhece o ser humano como único, no qual as ações são desenvolvidas pensando nas necessidades de cada usuário. Reconhecer esta singularidade e considerá-la requer a todo instante olhar e escutar as pessoas em sofrimento psíquico ponderando sua subjetividade. E mesmo com este olhar voltado para a subjetividade da pessoa, o PTS engloba a percepção do contexto social e os suportes comunitários que podem responder operacionalmente às demandas emergentes para efetivação deste projeto (PINTO, *et al.*, 2011).

O que nos traz uma outra importante reflexão de que a valorização de um PTS mais individual, apresentado pelos participantes, pode ser devido a uma possível evolução da assistência e do cuidado ofertado no campo da saúde mental por serviços que constituem a RAPS, visto que a subjetividade foi historicamente negligenciada e estes novos serviços reconhecem sua importância, ao mesmo tempo que compreendemos que no desenvolvimento do PTS, considerar os aspectos subjetivos não desmerece, de forma alguma, considerar as bases comunitárias. Pelo contrário, viabiliza articulações com outros serviços e espaços que sejam realmente significativas e contextualizadas para as pessoas em sofrimento psíquico.

O PTS foi apontado como um instrumento da Reabilitação Psicossocial, de relevante importância, pois funciona como um direcionador dos serviços e dos cuidados ofertados aos

usuários da saúde mental. Foi apontado como um instrumento essencial a prática dentro de um CAPS, pois articula o cuidado, traz resolutividade aos objetivos propostos e responsabiliza os integrantes da equipe, ou mesmo o próprio usuário do PTS neste processo. Possibilita que toda a equipe envolvida direcione os cuidados e a ações focando os mesmos objetivos.

*Acho que o PTS é um norte, né?! Pra gente conseguir, também organizar, tanto a vida, né, do usuário, quanto o funcionamento do nosso serviço, né. Pelo número, também, de pessoas que a gente atende. Pra gente conseguir é dar o mínimo de assistência para todo mundo que procura a gente, né?! (P 06).*

Apontamos a consonância das caracterizações dos PTS aqui apresentadas com as propostas da Reabilitação Psicossocial, na qual as abordagens devem explorar a autonomia, inserção social, protagonismo, aumento do poder contratual do indivíduo e o respeito aos seus direitos e deveres com o resgate da sua cidadania, considerando o território em que este indivíduo está inserido, além de serem ações que devem promover maior democratização do trabalho, com interdisciplinaridade e responsabilização de toda a equipe no cuidado (CAMPOS, 2015).

Nos CAPS, as atividades que compõem o PTS são desenvolvidas por meio das atividades terapêuticas, em grupos terapêuticos ou oficinas. Estas são as principais tecnologias de cuidado utilizadas, funcionam como instrumento com objetivo de construção e reconstrução do cotidiano, podem funcionar como um dispositivo de experimentação das relações afetivas, familiares e comunitárias para que as pessoas com sofrimento psíquico possam desenvolver as habilidades necessárias a aquisição de autonomia e emancipação social; estas práticas podem e devem ser desenvolvidas considerando o território, com ações voltadas para outros atores como família e comunidade, onde as pessoas realmente possam exercer seu protagonismo (CONSTANTINIDIS, *et al.*, 2018).

De acordo com Constantinidis, *et al.* (2018), nos discursos de profissionais trabalhadores de CAPS, apesar da contextualização do território, que explicita as propostas da Reabilitação Psicossocial, as ações e práticas referidas ainda são, em sua maioria, desenvolvidas dentro do espaço do serviço. Estes achados são corroborados nesta pesquisa, como demonstrado no Quadro 06, que consta a descrição das atividades desenvolvidas nos CAPS que podem compor o PTS do usuário. Percebemos que há um movimento dos profissionais na tentativa de articular as ações no território, quando se pensa no PTS, explorar recursos da comunidade, serviços intersetoriais, contudo as ações ainda acontecem, em sua maioria, dentro dos espaços institucionais do CAPS.

Outras experiências na implementação de novas abordagens em serviços de saúde mental, com enfoque na desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial também demonstram uma limitação, uma dificuldade de ampliar as práticas seguindo a lógica antimanicomial, permanecendo a utilização de uma abordagem reducionista, prevalecendo a oferta de atividades dentro do CAPS, baseada num tecnicismo que não considera os aspectos do território ou sociais em que a pessoa está inserida (VASCONCELOS, *et al.*, 2016).

É importante ressaltar que, independente de onde sejam desenvolvidas as ações, dentro ou fora do serviço, para estar de acordo com as práticas da Reabilitação Psicossocial, elas devem visar o território e não se encerrar dentro dos espaços institucionais do CAPS, senão novamente desenvolveremos atividades que reproduzem a lógica manicomial e normativa. A Terapia Ocupacional, pelo seu conhecimento sobre as atividades humanas e o cotidiano é uma profissão potencialmente instrumentalizada para atuar no território e deve explorar este espaço para a condução do PTS.

A necessidade do dinamismo do PTS foi apontada em diferentes circunstâncias pelos participantes, quando definem este instrumento, eles enfatizam que a elaboração é específica para aquele momento. Os relatos referem que, durante a chegada do usuário ao acolhimento, esta construção já se inicia. O caráter dinâmico do PTS é associado a impossibilidade do serviço estabelecer prazos específicos e rígidos para a reorganização dos projetos. Nos casos dos serviços em que há o estabelecimento destes prazos, os participantes também explicam a necessidade deste processo ser dinâmico, para que possam dar uma resposta ao usuário quando ele solicita a reavaliação do seu projeto, mesmo que seja fora do prazo pensado inicialmente.

Os serviços participantes desta pesquisa não apresentam, em sua maioria, um prazo previamente estabelecido para reavaliação do PTS, como apontam os excertos a seguir. Os que mais comumente a realiza, a incluindo como parte da organização do processo de trabalho são os serviços que atendem crianças e adolescentes. Os demais se referem que esta reavaliação acontece quando a demanda é percebida pela equipe ou pela solicitação do usuário. Contudo, a literatura aponta que deve ser prevista uma reavaliação no PTS mesmo sem um período pré-estabelecido, que seja realizada com um intervalo suficiente para avaliação das ações e metas iniciais e ao mesmo tempo não seja um intervalo extenso o bastante para que a equipe não perca a familiaridade com a problemática das pessoas (OLIVEIRA, 2007).

*Pensando que cada sujeito é um, mas também cada momento é um. Tem aquele sujeito que volta para cá e já conhece um pouco os recursos, e tem o sujeito que está totalmente cru, nesse sentido, né. Então, eu acho que na construção do projeto terapêutico, eu acho que tem essa questão também, né, o momento que o usuário está. Tem usuários que já conhecem o funcionamento do serviço e o seu próprio funcionamento, e tem usuário sem*

*nenhum norte, né?! [...] e o quanto a gente, também, enquanto profissional que está compondo esse projeto, precisa identificar esse momento (P 09).*

*Ele vai mudando, ele é dinâmico, então é pensando assim no curso do tratamento, né. Se aquelas intervenções, aqueles planos, enfim, não deram muito certo, ou tiveram um outro rumo. Então, a gente reestrutura e redesenha esse PTS junto com o usuário (P 01).*

O PTS utilizado como um recurso de gestão para reorganização do serviço ou das práticas de trabalho foi pouco evidenciado nos relatos dos participantes, as características aqui evidenciadas enfocam o cuidado ofertado ao usuário, principalmente. Entretanto, o desenvolvimento do PTS tem importante relevância na troca de saberes e práticas entre os profissionais, traz a possibilidade de que, em uma discussão de equipe, se possa avaliar as práticas que foram resolutivas ou não, além de promover um espaço no qual os diferentes membros da equipe possam explorar a sua criatividade na elaboração de atividades não convencionais na composição do PTS (CUNHA, 2007).

Ao repensarem e refletirem sobre o PTS dos usuários, os profissionais têm a possibilidade de avaliarem suas práticas de trabalho, tanto para validá-las, quanto para bani-las e fazerem mudanças permanentes nos serviços de saúde. Pensar, discutir e planejar um PTS envolve a promoção do protagonismo e de relações horizontais não somente ao usuário, mas em toda equipe, traz a possibilidade de concretizar mudanças nas práticas de saúde, democratizar as ações de cuidado e romper com uma gestão vertical, rígida e autoritária.

### **5.2.2 Composição da Família e dos usuários no PTS**

Os participantes se referem à importância da presença das famílias no processo de construção e condução do PTS, pois auxiliam na continuidade do cuidado, nas ações no cotidiano, trazem também a história de vida dos usuários, por isso são incentivadas a participarem efetivamente. Contudo, na maioria das vezes, o discurso dos participantes as apresenta como pouco participativas.

*Familiar é a peça-chave, nem sempre eles participam da construção, as vezes sim, mas nem sempre estão, da construção em si. Só que o familiar é quem, muitas vezes, vai garantir que as coisas funcionem como combinado, né. Nem sempre são convidados, é analisado caso a caso, mesmo porque, a gente sabe que tem famílias que estão adoecidas (P 03).*

*A gente sempre tenta colocar a família neste projeto terapêutico, em alguns casos isso é muito difícil, né. A gente tem usuários que não tem rede de apoio, ou que a rede de apoio é muito fragilizada. E aí a gente não consegue esse*

*contato com a família, a gente tem muita resistência, muita dificuldade, né. Uma coisa que a gente sente muita falta aqui, por exemplo, é um grupo de família, que é uma coisa que a gente tem muita dificuldade para colocar, pra instalar no serviço. Porque, às vezes, a gente convoca família e a família não vem. A gente tem essa dificuldade, mas a gente tenta, o tempo todo, convocar a família. Porque a gente entende que a gente não consegue fazer um projeto e fazer um cuidado só a gente com o usuário, né. Pensando que ele vai para casa, a maior parte do tratamento é casa, na vida. Sozinho, às vezes, a gente não consegue, mesmo. A gente tem usuários que têm dificuldade de organização, não consegue tomar medicação, não consegue vir, não consegue organizar o cotidiano...e aí a gente pede ajuda para a família nesse sentido, né, de fazer junto (P 05).*

Os participantes apresentam os familiares como uma possível rede de suporte e apoio ao usuário, mas que também estão em processo de sofrimento, fragilizados, cansados e adoecidos, o que compromete sua participação no PTS, e quando estes familiares participam, esta composição está relacionada a prestação de cuidado ofertada ao usuário e não um cuidado direcionado às demandas do próprio familiar.

*Olha, as vezes participa. Depende muito da composição familiar. Quando sim, aí, normalmente, a gente trabalha pensando em ações para ajudar o sujeito ali, né. Então a gente trabalha com apoio e orientação a esses familiares, normalmente responsabilizando eles também, quando possível, né, para que a gente possa desenvolver um trabalho colaborativo. Porque as famílias também vão estar naquele sofrimento. Então a gente tenta incluir eles, né. Só que, às vezes, a problemática é tão grande, que é difícil até incluir a família (P 01).*

Os familiares, aparentemente, estão mais incluídos nos projetos, nos primeiros contatos do usuário com o serviço, ou em momentos em que o usuário apresenta demandas ou necessidades de cuidados que não são supridas pelo serviço, pois sempre será priorizada a autonomia do usuário no processo. O termo “convocado” aparece com frequência relevante quando se referem ao convite do CAPS ao familiar para discutir ações do PTS do usuário como no trecho supracitado da P 05.

*Eu acho que, conforme isso vai caminhando, né, eu acho que o familiar já não fica tão inserido assim nessa construção. Para mim, eu vejo assim. A gente consegue fazer um PTS ali, junto com família, num primeiro momento e depois eu acho que é mais com o usuário, mesmo. Só que, às vezes, não é na maioria dos casos, tem alguns projetos que a gente também só consegue se a família também bancar, né. Bancar de trazer, de fazer a medicação junto, né, de ofertar aquela medicação, de fazer com que o usuário venha ao CAPS. Então, precisa sim de uma parceria. Eu acho que é fundamental. Mas, para mim, fica mais evidente a presença do usuário nessa construção (P 06).*

*Também, porque assim, depende o que você vai sugerir para o sujeito e dependendo como ele está nesse momento, que a gente privilegia autonomia, privilegia a circulação, né. Se ele puder fazer tudo isso sozinho, fantástico. É o que a gente até prefere. Mas, às vezes, se está numa crise muita agudizada, vai precisar do apoio da família, para trazer para a permanência dia ou*

*permanência no leito, ou após o leito, para construir a alta. Porque, nossa, ele ficou tão grave, fez uma crise tão grave, agrediu, quebrou coisas, enfim...e aí ficou um tempo aqui, quando você vai fazer alta, você vai precisar conversar com essa família (P 13).*

Dois participantes de CAPS infanto-juvenil apontam inclusive observarem uma diferenciação na participação dos familiares associada as diferentes faixas etárias das pessoas assistidas, ou seja, com crianças menores há uma maior participação de familiares, se comparado aos familiares dos adolescentes.

*Tem os adolescentes que a família é muito distante, muito ausente. Então, a gente acaba fazendo essa construção só com o adolescente. A família pouco participa disso; às vezes há família que não deixa nem o adolescente se manifestar e isso também é complicado pra gente, né. [...] Dos pequenininhos é composto com os pais, mesmo. Os familiares, né, e dependendo também do quanto a criança consegue se comunicar, a gente vai tentando considerar também aquilo que a criança vai manifestando, né?! (P 16)*

Uma questão importante surge, que exige investigações mais amplas sobre o tema que emerge nesta categoria. Se os profissionais compreendem a importância destes atores no processo da Reabilitação Psicossocial e construção do PTS, o que justifica este desencontro?

Levamos a hipótese de que a influência de uma abordagem manicomial sobre as práticas nos serviços pode justificar este desencontro, pois estes podem ser substitutivos, como os CAPS, mas as práticas instituídas podem não ser, seguindo ainda o pressuposto de um paciente passivo e do familiar acompanhante que deve receber as orientações da equipe técnica detentora do saber.

Ou os serviços não estariam realmente preparados para escutarem estes familiares, devido à própria sobrecarga de trabalho e demanda que as equipes estão sujeitas dentro dos CAPS, que as impedem de implementar práticas de trabalho que considerem também as singularidades, as necessidades dos familiares e a construção de espaços coletivos com estes atores. Acreditamos que estes apontamentos possam responder, em parte, a esta questão, mas certamente exige uma investigação mais atenta sobre este tema.

Os familiares fazem parte da estruturação do cuidado ofertado ao usuário nos serviços de saúde mental e o desenvolvimento das propostas práticas, pois eles auxiliam nas diversas atividades cotidianas. Contudo, o auxílio ao cuidado do usuário pode gerar sobrecarga decorrente do acúmulo das funções desempenhadas por eles, e pelo despreparo do familiar em assumir este papel, sinalizando que os equipamentos de saúde mental necessitam compreender as dinâmicas e as demandas do familiar e cuidador para instrumentalizá-los para oferta de cuidados que envolva o usuário (KEBBE, *et al*, 2014).

Alguns estudos apresentam uma disparidade nos serviços de saúde mental sobre o que os profissionais entendem como possibilidades da participação do familiar e de sua efetiva demanda. Neste sentido, a sobrecarga dos familiares no cotidiano com a pessoa em sofrimento psíquico precisa ser levada em consideração, os serviços podem não estar escutando suas reais necessidades. Desta forma, o PTS seria uma possibilidade de viabilizar este encontro de perspectivas e articulação da singularidade, considerando desejos da pessoa e sua história, além de trazer para a cena este familiar. Entretanto, somente seria possível com uma boa articulação entre todos os envolvidos: profissionais, familiares e usuários para esta composição e negociação (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015).

Os relatos dos participantes não evidenciam um espaço de escuta direcionada aos familiares, ou para as suas necessidades. Alguns consideram a singularidade ou a vulnerabilidade do familiar, mas não há ações práticas que as incorporem, aparentemente há uma compreensão prévia dos profissionais sobre qual é o papel da família no PTS. A literatura tem apontado a necessidade da valorização das famílias no desenvolvimento dos projetos no campo da Saúde Mental, contudo, pouco se encontra ou se discute sobre a percepção dos próprios familiares na composição deste cuidado (ZIWCHAK; ARISTIDES, 2019).

Os usuários são apresentados como atores de importância e ativos no processo de construção e condução do PTS, o seu protagonismo e participação são valorizados durante todo processo, inclusive as reavaliações e reorganizações dos PTS surgem também por solicitação dos usuários que negociam as ações a partir de suas necessidades, expectativas e percepção da resolutividade ou não deste projeto em seus cotidianos.

*Eu considero que eles participam desde o início, desde o momento que eles contam sua história...sua queixa, o porquê ou qual o sentido deles estarem nesse momento, procurando o CAPS, qual é a expectativa? É ele que vai direcionando, né. A partir disso, a gente vai propondo possibilidades, conforme isso vai. Sim, gostaria, não gostaria, faz sentido, ou não faz sentido... Ele é o protagonista, a gente oferta algumas ferramentas, alguns apoios, alguns suportes (P 19).*

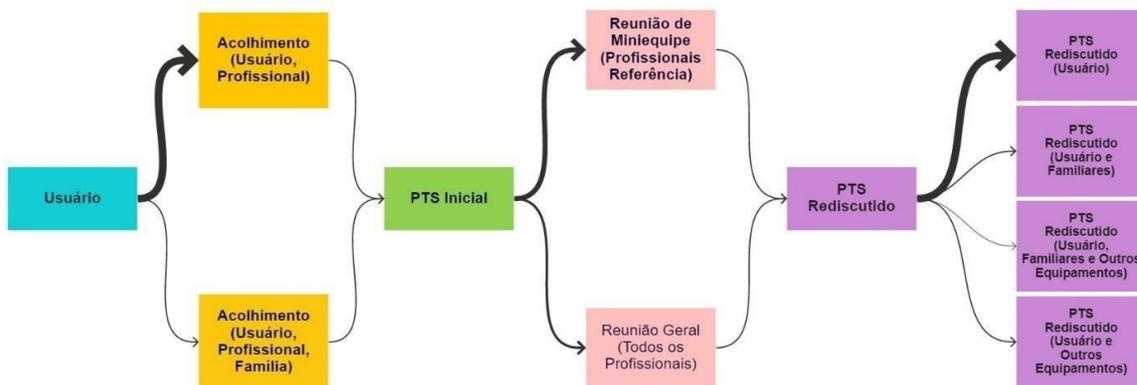
*Sim, começa quando ele chega no serviço. A gente já pensa, já começa a pensar na gestão do cuidado junto com ele, a gente leva para discussão na miniequipe para compor junto, também, e depois revê com o usuário, se ele está de acordo com aquele projeto e revê sempre que surge a necessidade, que o usuário sugere mudanças, ou que a gente percebe que aquele PTS não está mais adequado para aquela pessoa, naquele momento (P 13).*

Os usuários devem ser os protagonistas do PTS, considerando as suas escolhas, decisões e o fortalecimento de sua autonomia. Este instrumento ‘contratualiza’ a relação usuário e profissionais e direciona entendimentos sobre a prática do cuidado, para produção de vida e

reinserção social, através de ações concretas, demonstrando as possibilidades de reorientações da atenção psicossocial (KINOSHITA, *et al.*, 2020). Entretanto, em pesquisa de Tavares, Willrich e Portela (2021), com o objetivo de investigar a percepção dos usuários de CAPS acerca das construções e resolutividades dos seus PTS, mais uma vez encontrou-se uma disparidade entre o discurso dos profissionais sobre a importância do protagonismo dos usuários e a efetiva participação destes nas decisões acerca dos seus PTS.

As Políticas Nacionais de Saúde Mental, as cartilhas iniciais das Políticas Nacionais de Humanização, incluem este pressuposto, da valorização do usuário autônomo e protagonista, todavia a efetivação de ações práticas que consideram este pressuposto ainda está em construção nos serviços, avançamos nas últimas décadas, mas sem dúvida, não o suficiente.

Figura 3 - Fluxograma do PTS



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

A Figura 03 ilustra o fluxograma de organização dos PTS nos serviços e os momentos com participações dos usuários, profissionais, família, equipe, miniequipe e posteriormente, outros equipamentos de saúde ou da rede intersetorial. As espessuras das setas são proporcionais a ocorrência, por exemplo, na coluna inicial que representa o acolhimento inicial do usuário no serviço, é mais frequente que esta etapa aconteça somente com a presença dos usuários e profissionais, do que usuários, profissionais e família.

Contudo, encontramos a percepção, trazida por dois participantes, que nem os familiares e nem os usuários normalmente participam dessa construção do PTS ativamente, que este processo é realizado somente entre os profissionais da equipe, informalmente ou em reunião, como mostram os excertos a seguir, demonstrando uma prática que segue o pressuposto reducionista, na perspectiva biomédica, direcionando as práticas de trabalho por especialidades.

*A gente passa o caso em reunião e constrói junto. Nesta reunião, a gente discute o caso, discute o que ouviu durante o acolhimento... todo mundo que avaliou fala sobre isso, sobre essa avaliação dessa criança. E aí a gente discute junto e tenta montar o PTS já ali (P 08).*

*A gente acolhe, faz uma triagem, conversa, daí a gente discute esse caso e meio que dá um andamento. Ele vai passar com psiquiatra, ele vai ficar na fila de espera de psicologia, vai entrar pra atendimento já com a psicóloga, vem num grupo da Terapia Ocupacional, meio que a gente dá uma definida no que ele vai fazer nesse primeiro momento. Mas é uma coisa bem informal, assim sabe, eu faço uma triagem, eu vou lá discutir um pouquinho [...] (P15)*

As concepções dos profissionais sobre os usuários vão ao encontro dos pressupostos da Reabilitação Psicossocial e das Políticas Nacionais de Saúde Mental, que consideram a autonomia do usuário e seus direitos no direcionamento da atenção ofertada a ele dentro de um CAPS, além da própria valorização da autonomia como um dos objetivos da Terapia Ocupacional que atua neste campo. Contudo, há apresentações de que em alguns momentos, em situações de uma crise, por exemplo, a participação ativa do usuário nas decisões está condicionada à percepção do profissional se ele tem condições de responder, ou compor o PTS naquele momento.

Entretanto, encontramos nos relatos dos participantes, uma discrepância entre o discurso de valorização da família e do usuário no PTS e as ações e decisões em que estes atores realmente participam. Tais resultados estão em consonância com os achados do estudo de Vasconcelos (2016), que reconhece nas narrativas dos participantes de sua pesquisa com profissionais que atuam em CAPS, uma escassez de discussões e protagonismo dos usuários e familiares na construção do PTS, além do desenvolvimento de ações que não levam em consideração os vários atores sociais que deveriam estar presentes em uma construção coletiva.

Uma possibilidade para maior manutenção de autonomia dos usuários, em situações de crise, por exemplo, seria o T.O., por sua habilidade em avaliar e promover autonomia, negociar com o usuário ou trazer para a discussão com a equipe e todos os atores envolvidos no PTS, reflexões sobre os possíveis momentos em que a autonomia do usuário realmente possa estar inviabilizada e quais as resolutividades e cuidados que poderiam ser negociados e acordados previamente com usuário a fim de serem utilizados nestes momentos.

Ao observarmos esta baixa participação dos familiares e a necessidade de maiores espaços para ampliação do protagonismo do usuário, as reflexões que nos surgem são: se os profissionais deveriam, além de promover maiores espaços de escuta a estes atores, explorar mais os territórios. Se isto traria os familiares, os usuários e outros que possam surgir para a

cena, tanto para o desenvolvimento do PTS, quanto para o processo de Reabilitação Psicossocial como um todo.

Acreditamos que sim, que este seja um caminho possível e necessário a ser trilhado, explorar o território. Considerando não somente a sua localização geográfica delimitada, mas o contexto em que as pessoas e os coletivos vivem, o que percebem e fazem daquele território as suas casas, as relações que estabelecem naquele espaço, considerando que para desenvolver um PTS territorial é necessário conhecer este espaço onde as pessoas habitam (OLIVEIRA, 2007).

O território é um espaço de ação, de estabelecimento de relações e de resistências, promovendo tanto inclusão como a exclusão social, é o espaço onde as mudanças sociais acontecem. É onde se desenvolvem as cenas cotidianas, em sua geografia, em suas relações, em suas estruturas institucionais. Para reconstrução e ressignificação do cotidiano, os profissionais que trabalham com usuários em adoecimento psíquico e atuam sobre as diretrizes da atenção psicossocial, como os dos CAPS, devem compreender a atuação no território, principalmente o T.O. pelo seu conhecimento e capacidade de explorar as atividades desenvolvidas pelas pessoas (LEÃO; SALLES, 2016).

Esta exploração do território vai ao encontro também da clínica ampliada, da Reabilitação Psicossocial, que compreende o usuário em seu cotidiano, as condições determinantes, o coletivo que está inserido e o território onde sua vida acontece, onde a autonomia e emancipação social necessariamente deve ser fortalecida (LEÃO; SALLES, 2016).

### **5.2.3 Equipe de profissionais que compõem o PTS**

A participação de todos os profissionais integrantes das equipes dos serviços na composição do PTS foi evidenciada. Esta composição varia de acordo com o CAPS, pois cada um conta com diferentes categorias profissionais. A transdisciplinaridade e a interdisciplinaridade foram termos utilizados para explicar a necessidade de toda a equipe compondo o PTS e trocando saberes na sua construção, devido a contribuição que cada categoria profissional agrega ao projeto a partir dos saberes de seu núcleo profissional.

*Todos! [...] todo mundo gente, até o vigia, que é terceirizado, ele as vezes observa coisas na ambiência que ele vem falar para a gente, sabe? Todos os profissionais, não tem um, sabe. Às vezes a menina da higiene está almoçando*

*junto com o usuário, ele chega, fala alguma coisa, ela vem falar: 'Olha ele falou isso...Olha que legal, né!' Enfim, todos. Eu não posso falar é um ou outro profissional, ninguém se destaca, sabe? Eu acho que cada um tem a sua parcela. As meninas da farmácia, por exemplo, elas ficam lá dentro da farmácia no CAPS, e aí eles vão bater papo com ela na hora de pegar a medicação [...] (P 11).*

*Obvio que cada profissional, cada núcleo, compõe de um jeito diferente. Com uma intensidade diferente também, né. Mas todos eles estão na composição, a gente tem monitor também que está na composição, né, das discussões dos casos (P 09).*

Os relatos sobre a valorização da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, vão ao encontro das propostas da clínica ampliada, equipe de referência e desenvolvimento de PTS, pois exemplificam uma melhor comunicação, troca de saberes e afetos entre os membros das equipes, criando uma corresponsabilização, favorecendo um maior equilíbrio no poder organizacional e de decisão dentro dos serviços, pressupostos essenciais para maior humanização da atenção aos usuários e gestão da equipe (CUNHA, 2007).

Estes relatos colocam em cena e estão de acordo com as apresentações de Campos (2000, 2015), sobre a necessidade de organização de trabalho e gestão que considera as diferentes atuações profissionais no grande campo da Saúde Mental, com estabelecimento de relações mais horizontais, compartilhamento e direcionamentos partilhados das práticas, a criação de um espaço onde os diferentes saberes são valorizados e todos os núcleos profissionais atuam de forma colaborativa e articulada no campo profissional.

Contudo, Japiassu (2016) aponta vários obstáculos para implementação de uma prática interdisciplinar e transdisciplinar, apresenta esta abordagem como um sonho utópico que pode nos ajudar a direcionar as novas práticas, mas que não é efetivo, pois ainda transcende os nossos conhecimentos. A fim de que estas abordagens e práticas sejam implementadas e se tornem efetivas, segundo ele, devemos levar em consideração não somente leis ou medidas administrativas, mas considerarmos necessárias mudanças nas abordagens educacionais, culturais e sociais.

A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade são compreendidas como uma necessidade ética, pois seria impossível compreender o todo sem compreender as partes, ou compreender as partes sem compreender o todo, principalmente em problemáticas tão complexas, que só poderiam ser tratadas com abordagens interdisciplinares. A sonhada transdisciplinaridade se refere ao que está além de cada disciplina, e entre elas. As barreiras entre as disciplinas precisam ser eliminadas, eliminando a cegueira dos especialistas e o desejo de dominação do saber (JAPIASSU, 2016).

Outro estudo sobre atividades terapêuticas desenvolvidas em serviços de saúde mental no interior de São Paulo demonstra ainda a prevalência de práticas que valorizam as abordagens tecnicistas, uma priorização dos aspectos clínicos, medicamentosos e ações de determinadas categorias profissionais no desenvolvimento do PTS, o que se impõe a clínica interdisciplinar, considerando em um segundo plano as abordagens psicossociais, como abordagens complementares, práticas que permanecem centradas dentro dos serviços, com poucas ações comunitárias e territoriais, demonstrando o desenvolvimento de ações que promovem a inserção da pessoa no CAPS e não a sua inserção social na comunidade (FIORATI; SAEKI, 2012).

Entretanto, o que foi possível identificar através das práticas de trabalho referidas pelos participantes, se mostra contrário a esta percepção da transdisciplinaridade evidenciada pelo estudo anteriormente citado. As práticas de trabalho desenvolvidas no CAPS, a dinâmica que se estabelece entre os diferentes profissionais que desenvolvem atividades tais como: oficinas, grupos terapêuticos, acolhimentos, visitas domiciliares, orientações familiares, atividades na comunidade, independentemente de sua categoria profissional, evidenciam o estabelecimento da transdisciplinaridade e interdisciplinaridade.

No entanto, como todo o processo da Reabilitação Psicossocial, o desenvolvimento de relações mais horizontais, com práticas de trabalho compartilhadas ainda é um processo em construção cotidiana e que necessita de um maior e contínuo investimento da equipe para que o PTS não se organize com ações centralizadas ao redor de um núcleo profissional específico e considere as ações da atenção psicossocial como menos relevante.

Os profissionais de referência, independentemente de sua categoria profissional, foram apontados como os que permanecem mais próximos dos usuários para a construção, reavaliação, condução e articulação do PTS, que participam mais ativamente destes processos.

*Porque eu penso que o profissional de referência fica muito com esse papel aí. Uma vez a gente usou aqui o termo coordenador do cuidado, né. Como profissional fica mais próximo diante da organização do tratamento, né. Então a gente faz atendimentos, né, com eles, muito pensando aí, como profissional de referência. Faço atendimento de grupo ou atendimentos individuais de referência, que visam muito essa construção de PTS, né?! (P 09).*

*O profissional que está mais próximo disso [PTS] é a referência daquele usuário, que vai construir junto o PTS. Ele constrói junto com o usuário e depois ele leva para a reunião geral para discutir. Principalmente se são usuários que vão permanecer mais tempo na unidade, ou que vão frequentar todo dia, ou então que vão demandar mais junto de outros profissionais também, não só da referência (P 12).*

Os profissionais de referência acabam assumindo a gestão do cuidado num PTS em andamento, geralmente é o profissional mais bem vinculado com o usuário. Ele não deve ser considerado responsável pelo caso, excluindo o coletivo desta função, mas sim o principal vigilante do caso e articulador. Ele assume a responsabilização dentro da equipe sobre o caso, o que permite a continuidade do cuidado e tomada de decisões cotidianas junto aos usuários e os familiares, sendo o profissional que aciona o restante da equipe quando acontece algo muito importante, resolvendo situações mais corriqueiras o que diminui a burocratização do cuidado (OLIVEIRA, 2013). A maior proximidade do profissional de referência com o usuário e tê-lo como o principal articulador, torna as práticas mais resolutivas, eficientes e respeita de forma mais efetiva a singularidade deste usuário.

Alguns serviços com um número maior de integrantes em suas equipes, em sua dinâmica de organização do trabalho se dividem em trios ou miniequipes de referência, com diferentes categorias profissionais, que se responsabilizam por um território delimitado, estes possuem um contato mais próximo e frequente com o usuário, se comparado a todas as outras pessoas da equipe geral daquele serviço, que aquele usuário está inserido.

*Normalmente é a miniequipe né, então, por exemplo...lembrando, eu vou acolher uma pessoa que provavelmente é da minha regional. Do território que eu sou responsável, aí eu sou a referência do caso, né. Se é um caso mais de boa... simples, né, a construção do PTS vai entre usuário e eu né, a gente vai estruturando isso. Tem momentos que esse caso demanda mais coisas, mais estratégias, mais compartilhamentos... aí a gente leva na reunião de miniequipe e aí é discutido pela miniequipe né. Então o T.O., psicólogo, psiquiatra, assistente social... E interessante que no nosso CAPS tem 2 gestoras, 2 coordenadoras e cada coordenadora fica em uma miniequipe. Então a gestão também está na construção do PTS (P 19).*

*A gente faz a discussão de PTS em reunião geral de equipe, né, com todos os profissionais do serviço, dos casos que são mais graves e que a gente percebe, né. Que demandam mais, tem uma gravidade, mas a gente costuma fazer essas discussões de PTS, principalmente, e mais frequentemente nas reuniões de miniequipe. Com os profissionais que atuam diretamente na região que esse usuário reside, né (P 04).*

A equipe e referência tem um papel similar ao profissional de referência, de uma vinculação e um cuidado mais próximos ao usuário, num contexto mais coletivo e reorganizado em grupos menores dentro da equipe geral do serviço, o que viabiliza discussões e trocas mais frequentes e rápidas, frente às demandas que possam surgir no cotidiano do usuário. Os serviços que têm a possibilidade de constituição de tal equipe na sua dinâmica de trabalho, favorecem a promoção de autonomia do usuário no cotidiano e possibilitam uma melhor incorporação das práticas interdisciplinares nos serviços (OLIVEIRA, 2007).

Na percepção dos participantes, a construção de um PTS com outros profissionais, porém sem a participação de um T.O. no contexto de CAPS, é possível, a ausência da profissão não seria um impedimento para utilização deste instrumento, inclusive é uma prática que acontece em alguns CAPS. Contudo, teriam alguns aspectos que poderiam não ser contemplados, ficariam empobrecidos, ou teriam possíveis perdas pela ausência do núcleo profissional ou contribuições da especificidade dos terapeutas ocupacionais.

*Sabe quando você vai fazer o bolo, o bolo vai sair. Se você esquecer um ingrediente, ele vai sair. Mas ele poderia ser melhor se esse ingrediente estivesse compondo. Porque, eu acho que assim, a equipe inteira é importante, cada um de nós presente, com o seu olhar, com seus referenciais teóricos, né, o que se aprendeu, sua ciência. Mas é isso, a ciência do bolo, se você esqueceu o fermento, o bolo vai sair, mas vai sair pequeno, não vai sair um bolão, não é? (P 13).*

Também houve a percepção por três participantes que a ausência dos terapeutas ocupacionais na composição do PTS não interfere na elaboração dos projetos, que o PTS pode ser organizado e conduzido de forma satisfatória sem perdas mesmo sem este profissional, mesmo porque caso fosse necessário realmente a contribuição da sua especificidade ela seria solicitada.

*A gente, na rotina do CAPS AD, acaba que todos os profissionais vão pelo mesmo caminho. Às vezes um enfoque um pouco diferente, né, de repente a enfermagem vai olhar um pouco mais para questão da saúde desse usuário, a questão de algum exame... ou o psicólogo tem algum outro enfoque..., mas, no fim, se a gente for pensar enquanto CAPS, né, está todo mundo pensando na construção de um projeto de vida desse usuário. O que ele tem como assistência, né. Então é, de certa forma, os projetos, eles ficam bem parecidos, digamos assim. O espaço da reunião é importante também para esta contribuição de outros profissionais que não estão dentro do caso diretamente, mas conseguem contribuir no caso [...] (P 12).*

*Eu não vejo que seja imprescindível, né. [PTS com contribuição da T.O] Só vai acontecer se a T.O. estiver presente. Ou só vai ser bom se a T.O. tiver presente, mas eu acho que a gente tem bastante a contribuir. Assim, não vejo problema, eu também confio na avaliação dos outros colegas. Mas é uma coisa que a gente podia discutir mais né [...] todo mundo parece que faz a mesma coisa, né. Então o que seria só da Terapia Ocupacional? Eu acho que a gente precisa debruçar mesmo sobre isso, que é uma questão que eu já fiquei pensando... assim, eu procurei já textos, né, pra ver se eu consigo me separar um pouco... (P 06).*

Compreendemos todo o potencial da Terapia Ocupacional ao usar as atividades como instrumento transformador do cotidiano, dentro de um CAPS e na organização e condução do PTS, a sua habilidade na articulação das ações dentro da equipe e no território que considera toda a singularidade e as questões socioculturais interferindo no cotidiano, para a organização e a concreta efetivação de um PTS (FERIGATO; SILVA 2016). Contudo, reconhecemos que

todos os outros núcleos profissionais contribuem de forma significativa dentro de um CAPS, a fim de contemplar toda a singularidade, necessidade e história de vida do usuário, a participação de todos os profissionais é necessária para a construção de um PTS que promova a emancipação social das pessoas (OLIVEIRA; 2008, 2013).

Entretanto, reconhecemos que haverá perdas no trabalho direcionado ao cotidiano se o T.O. não participar da construção ou da condução do PTS, pois este núcleo profissional não estará presente. Porém, compreendemos que a presença deste profissional seja ideal, mas não seja imprescindível, a equipe organizará e conduzirá o PTS mesmo com a ausência do T.O. e a contribuição específica que o seu núcleo profissional poderia agregar.

#### 5.2.4 A percepção do profissional sobre o que seria um PTS exitoso

As experiências relatadas pelos participantes do que seria um PTS exitoso trouxeram múltiplos olhares e perspectivas sobre o que caracteriza o termo exitoso neste contexto, com usuários do CAPS, para alguns participantes o objetivo a ser alcançado determinando o êxito do PTS está relacionado ao estabelecimento de vínculos, seja do usuário com o serviço, para que ele possa de forma efetiva se inserir no processo da Reabilitação Psicossocial, seja com a desvinculação do usuário com o CAPS, no momento em que ele está explorando outros locais e serviços no território e estabelecendo novas relações e relacionamentos.

*Eu acho que o sucesso total de PTS é você fazer construções de vínculo. Você fazer e você proporcionar também a construção de vínculo, porque o vínculo não é só com terapeuta ocupacional e o usuário. É também de você pensar no vínculo que ele vai criando durante um grupo que você propõe, uma atividade que você propõe com aquelas outras pessoas. Então eu acho que o sucesso é esse, é com terapeuta, é com CAPS, é com grupo que ele participa (P 11).*

*Sim, uma que eu achei que a gente conseguiu fazer um PTS que eu gostei, que eu acho que foi, uma experiência pra gente pensar atividades fora do CAPS. E foi de explorar territórios, pensar outros lugares, acho que é isso para mim foi uma lição. Da gente olhar para além de serviço, lugares que podem ser importantes no projeto sabe? (P 02).*

*Eu acho que o mais importante de experiências exitosas que eu tenho é dos usuários minimamente conseguirem acessar o que é de direito, sabe assim? Acho que a gente vive, no CAPS AD, são pessoas muito... são homens pretos, na maioria das vezes, eles já tiveram muitos direitos negados, assim né, eu acho que o mais interessante no PTS também, essa construção mesmo, da consciência mesmo, saber que pode ir atrás, que pode acessar. É um direito, enfim... (P 17).*

*Eu falei para ele: 'Eu acho que você tem condições de decidir e você vai ser apoiado em qualquer decisão, de sair ou de permanecer [das oficinas de trabalho], ou de ficar mais um tempo e daqui um tempo reavaliar, ou de sair e querer voltar, enfim.... É você, é a sua vida, né? As suas escolhas que vão ser respeitadas. Assim, vão ser inclusive apoiadas. Então você decida e depois, se você acha inclusive que eu preciso saber dessa decisão, você me fala. Porque você também tem o direito de não contar nada para a gente [...]'. E foi muito legal, depois ele volta dizendo assim: 'Que bom...que eu deixei ele livre para escolher [...]'. É muito bonito assim de contar isso, né?! (P 13).*

A articulação do projeto em execução com outros serviços territoriais, da saúde ou intersetoriais, alinhado com as famílias e com toda a equipe, suprimindo as demandas do usuário foi considerado também como determinante para o êxito do PTS. Os serviços referidos pelos participantes que compõem de forma efetiva o PTS junto ao CAPS são os do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), principalmente os CRAS, CREAS, Centros de Convivência, Casas de Acolhimento, depois serviços da Atenção Básica em Saúde como os Consultórios de Rua, Centros de Saúde e UBS e componentes da RAPS como Hospitais Gerais ou Especializados (inclusive psiquiátrico), outras modalidades de CAPS, Oficinas de Trabalho e os serviços da Educação eventualmente, como apresentado no Quadro 07.

*Então aí a gente considerou junto com eles [família e usuário] também, né, de dar alta do serviço do CAPS. Entendendo que ele não tinha uma gravidade para estar naquele serviço. E aí a gente foi pensando com a mãe outros serviços, ela também tinha questões dela, ela disse que já estava aguardando atendimento na unidade básica na rede de saúde [...] E aí, para criança [...] a gente deu alta do caso, mas fazendo essa articulação para o centro de convivência. [...] A gente fez um atendimento conjunto com a equipe de lá, para eles se conhecerem. E eles foram conhecer o espaço com as atividades que tem. Ele já tem ido, já tem frequentado e lá tem atividades para mãe, para ele e para o irmão também. Então foi uma experiência que eu considero exitosa nesse sentido, assim (P 16).*

*Então para mim esse é um projeto que a gente fez com ele, que foi em parceria, tanto da equipe inteira do CAPS, como com a equipe do Serviço de Residência Terapêutica onde ele foi morar. Para mim, é exitoso a partir do momento que a gente consegue compreender quais são as necessidades dele e ele sente confiança na equipe para também nos dizer (P 03).*

O termo “alta para a vida” emergiu recorrentemente para representar o êxito do PTS, seria o momento em que o usuário apresenta articulações e vínculos intersetoriais satisfatórios para manutenção da sua saúde mental e não apresenta mais demanda, naquele momento para a permanência de um vínculo de assistência contínua com o CAPS.

*A gente fala que a gente deu alta para vida, porque a gente sempre tem isso, né. Vamos dar alta para o centro de saúde, vamos dar alta para, né... E ele chegou aqui numa crise, completamente desorganizado, tinha acabado um casamento, tinha um filho pequeno, não tinha dinheiro para bancar a pensão do filho, completamente desorganizado [...]. E aí a gente vai trabalhar essa*

*desorganização do cotidiano, essa dificuldade que ele tinha, tinha uma tristeza, uma apatia. Não conseguia dar conta e tinha essa coisa de não conseguir trabalhar. E aí, aos poucos ele foi retomando, conseguiu voltar a trabalhar, ficou bem né, e a gente foi tirando a medicação aos poucos. E aí a gente fez a alta dele, para vida (P 05).*

A rede de atenção à saúde se refere aos serviços que, vinculados entre si, com fluxos e contrafluxos visam a promoção integral e contínua de saúde, para uma determinada população, em sua constituição consta a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. A intersetorialidade, no entanto, representa o estabelecimento de parcerias entre os diversos serviços de outros setores como assistência social, educação, trabalho, segurança, é considerada um aspecto fundamental para a construção de uma rede de cuidados, considerá-la significa compreender que para a promoção de saúde das pessoas de forma integral é necessário desenvolver ações resolutivas nos seus cotidianos e para tanto estas parcerias colaborativas precisam ser estabelecidas e efetivas. Se trata de promover estratégias com diferentes serviços de outros setores a fim de superar as fragilidades e divisões das políticas públicas e sociais dos serviços intersetoriais que a pessoa acessa (LEAL, ANTONI, 2013).

A articulação dos serviços desta rede de saúde, ou desta com os outros serviços de vínculo intersetorial, foi um componente significativo que emergiu nos relatos dos participantes ao referirem experiências de PTS exitosas. As articulações da rede com serviços de vínculos intersetoriais se estabelecem mais frequentemente em municípios que apresentavam maior oferta dos serviços, mais frequentemente em municípios maiores, como demonstrado no Quadro 07 de caracterização dos serviços. Esta disponibilidade dos serviços influencia diretamente na elaboração de um PTS mais ou menos enriquecido, com maiores ou menores articulações na comunidade, no território, e o estabelecimento de trocas na rede intersetorial, o que, conseqüentemente, levará a uma maior inserção social destas pessoas.

Promover uma maior articulação na rede de saúde e intersetorial para uma gestão compartilhada para a resolução de problemas, ainda se mostra um desafio, compartilhar uma gestão não se mostra algo simples, mas traz um impacto positivo e resolutivo para a promoção de saúde da população em geral (LEAL, ANTONI, 2013). Desenvolver um PTS articulado na rede e com os serviços intersetoriais de fato, será um dos determinantes para o desenvolvimento de um projeto considerado exitoso.

Esta categoria surgiu a partir do convite feito aos participantes para compartilharem uma experiência que considerassem exitosa com a utilização do PTS. Ao longo das entrevistas, os relatos em resposta a este convite trouxeram reflexões, resgataram memórias de uma prática de

trabalho muito satisfatória e ouvi-los foi uma experiência prazerosa tanto para os participantes quanto para a pesquisadora.

### 5.2.5 Desafios na construção e condução do PTS

O maior desafio na construção e condução dos PTS apontado pelos participantes, neste momento, foi a Pandemia da COVID -19, pois trouxe impactos negativos ao funcionamento dos serviços. Impediu o desenvolvimento de práticas coletivas que visavam a socialização e a democratização do cuidado, limitou o acesso dos usuários a outros serviços da rede intersetorial, inclusive ao próprio CAPS, que nos primeiros meses priorizou somente a assistência a usuários com demandas graves e de maiores complexidades, limitou as ações terapêuticas e possíveis intervenções territoriais, mudou a caracterização dos usuários que tem chegado ao acolhimento nos serviços. Além de comprometer um número considerável de usuários que já estavam no processo de Reabilitação Psicossocial e descontinuaram o seu projeto.

*Tudo mudou, né. Então não tinha mais oficina, não tinha mais nada, só atendimento remoto, bem no comecinho, quando foi o auge da pandemia, a gente nem fazia atendimento presencial direito, era uma coisa muito..., só acolhimento novo, né. Uma coisa bem restrita, acho que vem melhorando, está oscilando, né, ao longo do ano passado. Neste mês a gente conseguiu retomar grupos, mas aqueles grupos bem pequenos de cinco pessoas, contando com a gente, né. Então assim, só para a gente sentir o gostinho de fazer um grupo, né, de estar junto com usuários de outro jeito. E, assim, para os usuários é muito difícil, porque fica muito empobrecido o PTS, né, porque não dá para construir um PTS para dentro do CAPS. Não dá para construir para fora, né? Não dá para construir para lugar nenhum, né?! Então acaba que o PTS fica sendo apenas o atendimento com a referência e buscar medicação assim (P 18).*

A Pandemia da COVID – 19, que apresentou seus primeiros casos no final de 2019, na China, logo chegou ao Brasil. É considerada a mais recente crise de saúde pública e trouxe impactos negativos a saúde mental e demandou dos serviços e dos profissionais da saúde cuidados a fim de minimizar os aspectos desta crise. O distanciamento social, o isolamento, a quarentena influenciam diretamente na saúde mental da população, exigindo uma emergência de cuidado dentro dos serviços de saúde mental que considerasse todo este cenário (FARO *et al.*, 2020).

No Brasil, além do próprio cenário caótico da pandemia, a população foi atingida pela propagação de informações contraditórias, ambíguas, disseminadas inclusive pelas próprias

agências governamentais. Durante a pandemia sentimentos negativos, insegurança, medo, ansiedade ou até mesmo o otimismo irreal frente aos possíveis desdobramentos, puderam ser mobilizados nas pessoas, afetando diretamente o estado de saúde mental da população em geral (FARO, *et al.*, 2020).

Estudos apontaram o aumento de incidência de quadros depressivos, ansiosos, inclusive estresse pós-traumático, e a possibilidade de agravamento de transtornos mentais já instalados. Entretanto, entre as ações emergências e de contenção da crise instalada pela pandemia, a saúde mental não teve enfoque prioritário, as ações de saúde focaram os serviços emergenciais que ofertavam o cuidado a pessoa adoecida pela COVID-19 (FARO, *et al.*, 2020).

A questão do medo, angústia e a insegurança presentes no desenvolvimento das práticas de trabalho dos terapeutas ocupacionais frente a pandemia, no CAPS, devido a possível exposição ao vírus e suas consequências, também emergiu no discurso de alguns participantes, como exemplificado nos excertos a seguir.

*Sim, Nossa Senhora, muito! No ano passado quando começou, a gente ficou de porta aberta para casos mais graves e tal, mas a gente não estava mais atendendo, a gente ficou um tempo sem atender, todo mundo morrendo de medo, não sabia o que ia acontecer, né. Depois fomos voltando aos poucos, com os casos mais graves, retomamos os atendimentos individuais. Mas, assim, se perdeu muita coisa, né. Estava numa fase de evolução daquele caso, de repente parou e perdeu. Se perdeu paciente que não voltou mais né, aí foi e tá muito difícil, né. Até acabar isso, nós vamos ver muita coisa ainda, né! (P 08).*

*Acho que a gente compartilha esse sentimento, mas eu tenho sentido essa angústia, assim, de pensar se gente está cuidando efetivamente. A gente está conseguindo fazer o que precisaria ser feito de fato, né? Alguns casos, e muitos, com certeza não, mas tem tido um impacto muito grande, assim... que é disso né, de vários serviços estarem fechados ou com atendimentos muito limitados... (P 16).*

A população geral sofreu com a imprevisibilidade das consequências da pandemia, a propagação de informações equivocadas, a necessidade de isolamento social, as alterações de rotina, as mudanças nas dinâmicas familiares e o maior risco de violência doméstica; fatores que impactaram consideravelmente na saúde mental e bem-estar das pessoas. Concomitantemente, os profissionais da saúde também apresentaram maiores níveis de depressão, estresse, insônia e ansiedade (SCHMIDT, *et al.*, 2020).

Além de todos os acometimentos da COVID – 19 no cotidiano da população geral, os profissionais da saúde passaram por estressores específicos do contexto da pandemia, como sobrecarga de trabalho, escassez de materiais e equipamentos de proteção individual, necessidade de isolamento social, que para alguns profissionais de saúde significou o

isolamento dentro do próprio ambiente domiciliar, frustração pela falta de recursos materiais e humanos, exposição a lutos mais frequentemente, além do medo e risco aumentado de ser infectado, adoecer ou morrer (SCHMIDT, *et al.*, 2020).

Portanto, é compreensível encontrarmos nos discursos desta pesquisa sentimentos de medo, angústia, insegurança e incertezas dentro deste cenário nos serviços de saúde mental, que dificultaram as práticas de trabalho e se tornaram desafios para a realização das mesmas, inclusive a implementação do PTS, pois foi necessário que estes participantes atuassem num ambiente com maior exposição e risco de contaminação e disseminação da doença, às vezes, sem material de proteção individual suficiente e ao mesmo tempo se apresentassem com alto nível de resiliência para lidar com toda adaptabilidade necessária para o momento.

Contudo, a ausência da rede de apoio ofertada pelos serviços de saúde mental e os serviços da rede intersetorial, fizeram com que algumas famílias com um funcionamento pouco participativo precisassem compor de forma mais efetiva o PTS dos usuários, por eles estarem mais presentes no ambiente domiciliar, como evidenciado no relato a seguir da participante (P 07).

*A pandemia mudou a característica dos atendimentos no serviço e aquilo que a gente tem como oferta, por que desde então a gente está o quê? Pelo isolamento, as pessoas estão presas e tivemos que rever nossa prática de trabalho, tivemos que rever os projetos terapêuticos. Mas numa lógica de apagar o fogo, urgente [...]. Uma aproximação da família muito maior. A gente teve que famílias que não apareciam e vão ter que dar as caras. Porque vão ter que se ver com o indivíduo em casa (P 07).*

Outros desafios foram apontados que se relacionam ao próprio cotidiano do usuário, como vulnerabilidades sociais e territoriais, a pouca participação das famílias, ausência de outras redes de apoio nos projetos, a dificuldade do usuário chegar ao serviço, o racismo, a estigmatização do usuário no território e nos outros serviços de assistência.

As condições de vulnerabilidade extrema e precariedade da população brasileira devem ser consideradas, pois é um desafio para implementação de práticas mais criativas da terapia ocupacional e de outros profissionais da saúde (MALFITANO, 2005). Como já apontava Cunha, (2007) as questões relativas ao território ou as condições de sobrevivência das pessoas que envolvem a moradia, alimentação, saneamento, condições financeiras, vulnerabilidades, participação de coletivos, como tráfico, igreja, trabalho e sua história de vida, estão entre os determinantes que influenciarão diretamente no PTS.

A estigmatização, outro desafio apontado pelos participantes, é entendida como uma crença errônea, discriminatória e limitante da identidade de uma pessoa, caracterizando-a como pertencente a um grupo inferior, dentro de um determinado contexto. No caso da pessoa com

transtorno mental, cria barreiras, nega direitos e cidadania, dificulta o acesso e adesão aos serviços de saúde, a escola, ao trabalho, pode trazer mais prejuízo que a própria condição primária do adoecimento, gera dificuldades nas relações sociais e afetivas, pode ser vivenciado na comunidade, nos serviços de saúde e até mesmo dentro do ambiente familiar, logo o estigma promove e alimenta a exclusão social (LEÃO; LUSI, 2021).

Assim, promover as ações de Reabilitação Psicossocial, como um PTS articulado e territorial é uma estratégia de enfrentamento da discriminação e da estigmatização dos usuários de saúde mental, além de uma das funções dos profissionais de saúde, inclusive do T.O. no CAPS.

*É, eu acho que o desafio é um pouco da questão da vulnerabilidade, mesmo, do território. É um território que, assim, é um fator de dificuldade. Muito vulnerável, e acho que, em alguns momentos, a questão da dificuldade com as famílias também é um desafio pro projeto. Eu acho que uma dificuldade para o projeto, que é uma dificuldade que a gente tem também, é com relação aos serviços parceiros, acho que a gente tem algumas dificuldades, por exemplo, com o Centro de Saúde enquanto parceiro, porque às vezes a gente tem condição de compartilhar o cuidado em alguns momentos [...]. Mas a gente tem essa resistência, do Centro de Saúde receber esses usuários depois da alta, da melhora... então a gente acaba inchando o nosso serviço com usuários, que, por exemplo, não precisariam ou vem uma vez por mês, só para pegar a medicação, só para passar em atendimento de referência, mas está estável, está trabalhando, não teve mais crise, não tem motivo para estar aqui, assim, nesse sentido (P 05).*

*Um outro dificultador, porque assim, nosso território é muito grande, os bairros são muito distantes, a gente tem pacientes que vêm aqui e que toma três ônibus para chegar aqui. E custa cinco reais cada passagem. A gente consegue o passe gratuito pela empresa de transporte público daqui né, mas muitas vezes, eu considero para além dessa ordem financeira, a questão da logística mesmo assim (P 13).*

Outros desafios mais relacionados a organização e as lógicas de trabalho dos CAPS, como a limitação de recursos humanos para o relevante número de usuários nos serviços, dificuldades na comunicação e compartilhamentos dos projetos com outros serviços, a burocratização dos processos de trabalho, dificuldades das relações interprofissionais e/ou a não continuidade da execução dos PTS pela própria equipe do CAPS.

*E eu acho que assim, a burocratização mesmo, sabe. Do acesso, é uma dificuldade muito grande. Para além disso, tem as famílias que são um pouco menos continentais né, famílias adoecidas, ou pessoas que não têm vínculos familiares afetivos para além do CAPS, né. Pessoas que possam ajudar a compor no momento que aquela pessoa tiver mais vulnerável. Às vezes as próprias relações da equipe, né, que a gente sabe o quanto a gente discorda entre a gente sobre as coisas. Às vezes na articulação com os outros serviços a gente encontra barreiras. E eu não vou dizer que o CAPS também não levanta barreiras não, porque a gente, com certeza, faz, né? Isso é para os dois lados, né? (P 03).*

*Nossa, eu acho que tem casos muito desafiadores. Quando não tem rede de apoio, quando o risco é iminente o tempo todo. Não sei te dar um exemplo agora, mas tem PTS que a própria equipe às vezes, causa tensões. Por exemplo, tem diversos pontos de vista para chegar a um acordo de como construir um PTS, né? Então, por exemplo, agora pensando a visão de que assim um usuário está querendo um benefício secundário vindo aqui, ou de ficar no leito etc. né? Pra gente ter um alinhamento no PTS não é simples né, entre a equipe. É rico, mas não é fácil (P 19).*

Os mesmos desafios foram apontados tanto para a construção quanto para a condução dos PTS e os desafios normalmente encontrados relacionados ao usuário, se intensificaram neste período. Um dos participantes explica que algumas dificuldades relacionadas as práticas de trabalho também existentes antes mesmos da pandemia, se intensificaram.

*Sim, com certeza eu acho que a pandemia foi como se desse um ZOOM nos serviços. Assim, eu acho que tudo que já tinha de nó, que tinha um impasse, eu acho que isso ficou muito gritante, sabe? Em todos os serviços assim, né? No CAPS influenciou mais, porque o CAPS era um dos poucos serviços que está atendendo as pessoas, e a atenção básica, né, que já tinha as suas residências, ficou mais fechado ainda. Os serviços de assistência social estão atendendo tudo pelo portão, e a gente não tem como falar não. É um serviço porta aberta, então eu acho que todo mundo chegou no CAPS, né. De certa forma, eu acho que sim, por isso influenciou, porque para muitas pessoas era o único serviço, né, que estava aceitando. E a rigidez dentro da instituição, isso apareceu muito, assim sabe? A seleção de quem vai ser atendido, eu acho que isso influenciou, assim né, com certeza. Assim, eu acho que mostrou tantos aspectos potentes da instituição, que eu acho que a gente também se virou nos 30, com muitos casos, mas também coloca em prova nas vulnerabilidades, as fraquezas... Porque foi tudo ou nada, né. Assim você vai trabalhar mesmo correndo o risco, então tem que ser por amor, sabe? Eu acho que passou por isso também, né (P 18).*

Neste contexto, é importante compreender e relembrar os ataques frequentes ao SUS, o desmonte dos avanços dos últimos 30 anos instituídos pela reforma psiquiátrica, oficializados na nota técnica 11/2019, conhecida como “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Esta surgiu em continuidade as normativas, portarias, resoluções, decretos que iniciaram um processo de desvalorização dos serviços de base comunitária, com redução de orçamentos e recursos, em contraponto valorizando as instituições segregadoras e excludentes, como os hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Os documentos que embasaram a contraditória nota técnica foram desenvolvidos desde 2016 até a publicação desta nota em 2019, sob a justificativa de fortalecer a RAPS, por mais que o conteúdo apontasse o contrário (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO; 2020).

Reconhecendo este cenário, é possível compreender a percepção dos participantes sobre as dificuldades enfrentadas pelo serviço, mesmo antes da Pandemia, que envolvem as faltas por eles vivenciadas e narradas, como redução de recursos materiais e humanos, demanda excessiva

de usuários, abandono de ferramentas como o PTS, que requerem maior tempo, disponibilidade e ações da equipe. Esta Nova Política Nacional de Saúde Mental vai contra a Reforma Psiquiátrica e a Reabilitação Psicossocial, é agressiva, exaustiva, dificulta e inviabiliza as ações de ampliação, valorização e criatividade nas práticas de trabalho dentro do CAPS, por mais que a equipe tenha potencial para executar estas ações.

Infelizmente o campo da saúde mental não é a único a sofrer ataques frequentes. A própria Política Nacional de Humanização (PNH), cujos pressupostos influenciam fortemente o atual campo da saúde mental e instrumentalizam as tecnologias de cuidado como o PTS é um dos outros componentes da saúde coletiva, no Brasil, que vêm sofrendo um desinvestimento contínuo, o que desencadeia a ausência de indução política às práticas de humanização de saúde, inclusive o PTS, por parte da política nacional.

A PNH iniciou sua inscrição dentro do Ministério da Saúde, em 2013, de forma bastante sutil, sem portarias ou atos administrativos que a instituíssem, pois, seu propósito era impulsionar e direcionar o movimento das políticas públicas e institucionalizá-la formalmente poderia institucionalizá-la precocemente. Esta inscrição tardia no Ministério da Saúde ocorreu somente dez anos após a criação da PNH, quando foi criada a Coordenação Geral da PNH. Contudo, em menos de um ano de sua inscrição no Ministério da Saúde a PNH se tornou uma ação instrumental agregada ao setor do Apoio Institucional Integrado do Ministério, o que altera toda sua organização, funcionamento e ação institucional, logo a PNH foi diluída, confundida e reduzida a uma dinâmica para o apoio institucional (PASCHE, RIGHI; 2017).

Ao consultarmos o site do Ministério da Saúde na presente data, encontramos poucas informações ou material de orientações sobre a PNH, ela não se apresenta mais como uma proposta de Política Nacional, mas sim como uma ação ou programa constituído pelo “HumanizaSUS” dentro das Ações da Secretária Especializada a Saúde (BRASIL, 2021).

### **5.2.6 Núcleo da Terapia Ocupacional**

Os participantes referiram observar aspectos da pessoa durante a construção do PTS, que acreditam ser devido ao núcleo específico da profissão, como as atividades de vida diária e práticas, as atividades significativas, o cotidiano, a rotina, as ocupações, o fazer humano, o desempenho ocupacional do usuário, ou ainda aspectos que não necessariamente compõem o núcleo profissional, mas são aspectos valorizados e sensíveis ao núcleo da Terapia Ocupacional,

como a autonomia, inserção no mercado de trabalho ou a inserção social. Consideramos aqui o núcleo profissional como o que é característico da profissão, o que demonstra a sua especificidade e o campo uma esfera com estes diferentes núcleos profissionais articulados e compondo uma rede de intervenção (CAMPOS, 2000; MALFITANO, 2005).

*Sim, atividade, ocupação influenciam no momento da construção do PTS. Acho que sim, essa coisa muito do fazer, né A gente dizendo muito do fazer, mas não fazer só da atividade, mas fazer de vida né, da autonomia, do cotidiano mesmo, do dia a dia do sujeito. Isso é uma coisa que eu pergunto muito assim, né: ‘O que você faz no seu dia a dia? O que você sente dificuldade para fazer? O que você sente que consegue fazer bem’. Então, acho que esses conceitos a gente usa muito e acho que toda equipe assim, né. Essa coisa do olhar para que o sujeito dá conta de fazer, né, e onde que está a dificuldade no momento de crise, o que se perde disso. Acho que esse é um olhar que todo mundo tem, mas que a gente consegue trabalhar (P05).*

*O desempenho ocupacional das atividades de vida diária, nas atividades laborais, nas relações interpessoais, na comunicação, o desempenho ocupacional no autocuidado e no lazer. Eu vejo muitas pessoas falando no CAPS como autocuidado está prejudicado, né. Mas o que mais está prejudicado, né? Além do autocuidado? O desempenho de uma série de ocupações que são relevantes para aquela pessoa (P 03).*

*Eu acredito que nesses pontos que eu estava colocando anteriormente, eu acho que isso é muito do nosso núcleo, assim, eu acho que a questão do fazer humano, a ação do sujeito, o cotidiano do sujeito, a rotina do sujeito. Eu acho que essas são especificidades do nosso núcleo sim (P09).*

*Observo como que ele se expressa, como ele se coloca, como ele faz as coisas, assim. Eu acho que é isso, como se descreve, se identifica, né. Como que as pessoas também vão observando-o, vão dizendo coisas dele, como ele se coloca, como ele se expressa, enfim... (P 16).*

As atividades representam o instrumento principal de intervenção da Terapia Ocupacional, além de um importante elemento a ser considerado no processo terapêutico, pois ao mesmo tempo que nos ajudam a conhecer as pessoas e suas histórias, nos instrumentalizam para a promoção de espaços de saúde no cotidiano. A atividade e o cotidiano estabelecem uma relação de influência mútua que devem ser consideradas para a inclusão social (LIMA; OKUMA; PASTORE, 2013).

Por meio da utilização da atividade o T.O. precisa compreender o que está em jogo naquele momento, no caso daquela pessoa, como ela realiza e qualifica suas atividades, como os outros as qualificam, sem julgamentos prévios ou limitados por classificações normativas, o cotidiano precisa ser compreendido das mais variadas formas, através da percepção da própria pessoa e das outras que com ela convive. O T.O. precisa realizar uma imersão investigativa no

cotidiano para compreender como a pessoa desenvolve o seu fazer, ou o que a está impedindo (MARCOLINO, *et.al*, 2020).

A ocupação também se apresenta como um dos aspectos que compõem o núcleo da profissão e permeia a prática da Terapia Ocupacional no CAPS. Considera o fazer humano como poderoso determinante da saúde desde que acompanhado de significado para as pessoas e suas comunidades. Seus desdobramentos embasam modelos de intervenções que sustentam a prática de T.O.s, promovendo possibilidades ocupacionais para as pessoas, ou seus grupos, uma vez que a ocupação possui um potencial criativo, significativo e transformador (MAGALHÃES, 2013).

Assim, os relatos apresentados pelos participantes condizem com a literatura sobre a atuação dos T.O.s dentro dos CAPS que valorizam a atividade, o cotidiano, o fazer humano, as relações e o contexto sociocultural em que a pessoa está inserida.

Outros aspectos referidos que os participantes observam e acreditam serem pertencentes ao núcleo profissional da terapia ocupacional estão relacionados à inserção social da pessoa, à rede de apoio, ao seu contexto social, ao território, ou ainda possibilidades dentro da clínica ampliada, projetos de vida e sua história de vida.

*A questão de moradia, de onde ele tá morando, com quem ele tá morando, as pessoas que se relacionam com ele, as condições que implicam no fazer dele. O que é isso, né? Os sujeitos não estão sozinhos. Então, primeiro eu começo a partir desse contexto do sujeito, depois o contexto de trabalho, as relações, questão de moradia, aí eu vou indo mais para as questões do sujeito, né, quanto que ele tem de autonomia de protagonismo, né. O quanto que as dificuldades internas dele tão implicando na vida cotidiana dele (P 01).*

*São muitos aspectos, não é específico na Terapia Ocupacional, mas acho que é essencial, por exemplo, a organização psíquica, né. Como é que está cognitivamente conseguindo elaborar ou não o contexto de fora, o real, contexto interno e como é que ele pode funcionar dentro disso. Não tem como não observar isso. Então isso vai levar, então, a pensar o quanto que ele pode ser independente e ter autonomia. Poder se cuidar, né, em vários sentidos, de AVDs, essas coisas. Quanto a exposição de risco, né, como é que tá a crítica sobre ele e o seu coletivo. Acho que é isso, mais outros aspectos, o histórico de vida, os apoios sociais, os apoios institucionais, né? (P 19).*

Os aspectos que demonstram a inserção social da pessoa, que consideram o campo social, as condições de vulnerabilidade, sua história de vida, as micro e macroestruturas em que esta pessoa está inserida em seu território, que possam comprometer ou agregar ao seu processo de promoção de saúde, são aspectos que a Terapia Ocupacional deve considerar e articular para maior efetividade de suas propostas de trabalho que buscam a autonomia e cidadania da pessoa (MALFITANO, 2005).

A inserção social e seus desdobramentos além de um aspecto que deve ser observado pela profissão é um dos principais objetivos da Terapia Ocupacional, pois grande parte da população assistida pela profissão se trata de uma população excluída, pessoas que por suas dificuldades em realizar algumas atividades no seu cotidiano são excluídas socialmente, inclusive das decisões de sua própria vida. À medida que as pessoas fazem atividades dentro do espaço da Terapia Ocupacional, estas atividades as ajudam a reconstruir o cotidiano e fortalecer ou promover a manutenção de sua inserção social e conforme elas se inserem, se tornam também agentes de transformação social (MARCOLINO, *et al.*, 2020a).

Em concordância com os aspectos observados pelos participantes considerarmos a inserção social de extrema importância para profissão, um aspecto sensível ao núcleo da Terapia Ocupacional, e um dos objetivos da atuação do T.O. independente do campo que está inserido, além de ser um aspecto que deve ser considerado para a elaboração do PTS. Todavia é também um dos objetivos de intervenção de outras categorias profissionais, que atuam de acordo com a proposta de Reabilitação Psicossocial, sendo assim um aspecto próximo ao núcleo da Terapia Ocupacional e não exclusivo dela.

Quatro participantes contemplaram, em seus relatos, aspectos físicos, motores, sensoriais, habilidades, orientação de tempo e espaço ou fases do desenvolvimento neuropsicomotor nas questões observadas e, dentre estes, um contemplou inclusive a orientação sexual dos usuários, como aspectos que avaliam e acreditam ser devido ao núcleo profissional da Terapia Ocupacional e que contribuem para a construção do PTS. Estes participantes trabalham em serviços que atendem demandas com crianças e adolescentes.

*Eu acho que o nível de autonomia, independente dele na realização das atividades cotidianas, e aí eu estou falando desde a condição física e motora, quanto de estrutura psi mesmo, de conseguir fazer essas atividades né, a orientação dele, aí falo no tempo e espaço, também o afeto, a orientação sexual dele acho que é algo importante também [...]. Como eles se colocam nas relações interpessoais. A estrutura, acho que entra mais um contexto, mais estrutura familiar e financeira acho que é algo importante também (P 14).*

A graduação em Terapia Ocupacional apresenta, não só no Brasil, mas na América Latina, relevante contribuição das disciplinas do campo da saúde. Disciplinas com viés biomédico, principalmente durante a formação inicial da graduação e disciplinas voltadas ao caráter biológico do desenvolvimento humano, enquanto as disciplinas das ciências sociais e humanas aparecem em uma quantidade inferior ou em outras disciplinas que mesclam os campos, como “Saúde e Sociedade”. Logo, faz-se necessário que a formação em Terapia Ocupacional se aprofunde mais no campo social, para que os profissionais estejam mais

habilitados a lidar com a realidade social em que esteja envolvido, independente do seu campo de atuação (BIANCHI; MALFITANO, 2017).

Esta leitura da pessoa com influência dos aspectos biomédicos pode ser observada no relato da participante P 14, como ilustrado no trecho apresentado anteriormente. Entretanto, a atual formação do T.O. no Brasil, instrumentaliza o profissional a desenvolver avaliações específicas sobre os aspectos físicos, sensoriais e do desenvolvimento neuropsicomotor, necessárias dentro de uma equipe, como ilustra o excerto a seguir da participante P 08 ao definir a especificidade de sua prática. Talvez o desafio da formação em Terapia Ocupacional seja ampliar as disciplinas dentro do campo social e ao mesmo tempo garantir que a profissão não perca neste movimento a formação que lhe possibilita e fundamenta essas ações e avaliações específicas e importantes dentro de uma equipe de saúde mental.

*As fases do desenvolvimento, acho que só a gente vê aqui né, acho que pela minha avaliação, só eu vejo isso, as outras áreas não conseguem enxergar [...] não fala com dois anos, não têm esse clique, que nem a gente tem, esse feedback rápido, que já era para estar falando, já com dois anos, né. Então acho que é isso, nas fases do desenvolvimento a gente já contribui mais rapidamente (P 08).*

Ao refletirem sobre estas questões do seu núcleo profissional, três participantes trouxeram em seu discurso a dificuldade de visualizar em suas práticas uma diferenciação entre uma atuação que leve mais em consideração a especificidade da Terapia Ocupacional, devido a organização das práticas desenvolvidas nos CAPS estarem organizadas enfocando o campo da Saúde Mental, como demonstrado no excerto a seguir.

*Bem, como que eu posso te dizer? É bem tênue esse negócio, é bem difícil da gente separar, assim, eu acho que, o agora ele precisa mais de um atendimento de T.O., né. Agora é mais um atendimento com psicólogo, eu acho que fica muito misturado, sabe? [...] O que é próprio da Terapia Ocupacional no trabalho do CAPS, né? O que só a T.O. faz, eu acho que isso se mistura muito, né. Porque todo mundo faz triagem, todo mundo faz plantão, todo mundo faz grupo, que é uma característica do funcionamento do CAPS, né. Eu acho que é o jeito que a gente vai olhar mesmo, né, o jeito que cada um olha, né. O médico, não sei, se volta mais para o sintoma, né [...] o psicólogo talvez faça uma leitura mais atenciosa, mais aprofundada da questão psíquica, mesmo [...] acho que a Terapia Ocupacional é essa coisa da prática mesmo. É difícil de separar, mas eu continuo batendo nessa tecla sim, do quanto que aquele sofrimento impactou na vida prática, né, desse usuário (P 06).*

Dificuldade coerente com uma proposta de trabalho que segue o referencial teórico da Reabilitação Psicossocial e valoriza a interdisciplinaridade desenvolvida e em contínua construção dentro dos CAPS. É comum encontrar dificuldades entre os profissionais da Terapia Ocupacional quando estes são solicitados a relatarem práticas de trabalho que demonstrem suas

especificidades nos CAPS, pois as atividades desenvolvidas pelos profissionais destes serviços são orientadas para atuação no campo de saúde mental e não por uma somatória de múltiplas práticas das especificidades profissionais com fronteiras extremamente rígidas e demarcadas (JUNS, 2011).

O caráter pragmático da profissão emerge nos relatos de alguns participantes como sendo característico da especificidade da profissão em sua atuação no CAPS e vai ao encontro de estudos sobre este tema que defendem que os T.O.s precisam identificar as necessidades das pessoas por eles assistidas, por meio de ações que envolvem ouvir, observar, sentir e conectar informações cedidas pelas próprias pessoas ou pelas outras com quem estas se relacionam, a fim de encontrar soluções inovadoras a dilemas apresentados pela prática (MARCOLINO, *et al.*, 2020b).

Os participantes, ao se referirem às suas contribuições para elaboração e condução do PTS, identificam que a especificidade do T.O. está associada a ações e desenvolvimento de avaliações que levem em consideração as atividades e o cotidiano das pessoas principalmente, além de observar e intervir sobre outros aspectos da vida das pessoas como AVDs e AVPs, atividades humanas, atividades significativas, rotina e a autonomia.

*Eu acho que a gente entra muito com uma coisa do olhar para o cotidiano, para fazer, né, acho que essa coisa dessa autonomia das atividades de vida diária, de como construir, como as pessoas constroem seu cotidiano, como que elas dão conta, essa coisa do olhar para o trabalho, para as atividades né, para aquilo que está imerso nesse contexto né, é muito o olhar a Terapia Ocupacional (P 05).*

*Eu acho que tem a ver com aquilo que eu já te disse, assim né, [sobre as especificidades da Terapia Ocupacional] não que as outras categorias não façam isso, né? Eu acho que acaba se misturando um pouco, né. O uso da atividade é uma coisa que é característica da Terapia Ocupacional, né. Mas não é só a T.O. que faz, né, o diagnóstico da situação de vida daquela pessoa em relação ao cotidiano, em relação às atividades de vida prática e diária também, outra categoria profissional pode fazer. Mas eu acho que o terapeuta ocupacional ele tem um olhar mais atencioso para isso, sabe? (P 06).*

*Olhar para o cotidiano, na organização que o sujeito tem neste cotidiano, para as atividades significativas, o acesso deste usuário aos serviços, eu acho que o olhar da Terapia Ocupacional contribui muito para esses aspectos, assim dos projetos terapêuticos de uma forma geral (P 14).*

A autonomia além de ser um aspecto observado pelos T.O.s é um dos objetivos fundamentais da Terapia Ocupacional, juntamente a inserção social, independente do campo de atuação. É também um dos objetivos centrais na elaboração do PTS, vista como um componente da pessoa, possível de ser coproduzida, sem pretensão curativa, mas sim de uma potencialização

desta pessoa para que ele possa lidar com os problemas e potencialidades de seu cotidiano (DEPOLE, 2018; OLIVEIRA, 2010).

Uma possibilidade de viabilizar a promoção de autonomia referida pelos participantes de forma mais efetiva, visto contradições que eventualmente permeiam o discurso e relatos da prática, seria respeitando e promovendo maior valorização deste aspecto nas duas dimensões que a Terapia Ocupacional apresentou nesta pesquisa, ou seja, a dimensão clínica e a metodológica. Na dimensão clínica, o T.O. pode contribuir, sobremaneira, na construção e condução do PTS, pelo caráter da profissão, com a avaliação e consideração da autonomia do usuário nas atividades propostas. Na dimensão metodológica, que toma o PTS como uma atividade, o T.O. pode trazer para a reflexão e discussão com todos os envolvidos no planejamento e execução do PTS, o respeito e a autonomia do usuário.

Outros termos mais relacionados intimamente aos conceitos de ocupação como desempenho dos papéis ocupacionais, engajamento ocupacional, universo ocupacional foram evidenciados como aspectos observados especificamente pelos terapeutas ocupacionais na construção do PTS.

*Uma das especificidades nossa é questão de pensar na ocupação, né, desse usuário. Nas ocupações dele, da autonomia desses usuários dentro da sua vida, né assim, de ajudar na construção de um projeto de vida, né. Pensando na ocupação deles de maneira geral, no que ele traz como expectativas, de ajudar a construir isso, né, dentro do seu fazer [...], dele conseguir manter seu fazer, as suas ocupações, da melhor forma possível da maneira mais autônoma, né, possível (P 12).*

O conceito da ocupação é utilizado e profundamente pesquisado no âmbito da Ciência Ocupacional e na literatura anglofônica. Existem diversos modelos teóricos que se pautaram e se desenvolveram embasados neste conceito ou em desdobramentos dele (SALLES, MATSUKURA, 2016a). Nos relatos que são utilizados o conceito da ocupação, neste estudo, não fica evidente o significado que lhe é atribuído, ou se está sendo utilizado como sinônimo de atividade, o que condiz com o estudo de Figueiredo, *et al.*, (2020) e as afirmações de Salles e Matsukura, (2016a), que nos alertam sobre os riscos do uso comum, porém incorreto dos conceitos ocupação e atividade de forma intercambiáveis, pois são incompatíveis, não podem ser utilizados como sinônimos, por apresentarem uma construção histórica diferente nos diversos países.

A ocupação é vista como um determinante das condições de saúde das pessoas ou de seus grupos, influenciam no bem-estar, pode ser compreendida como um meio ou um objetivo final de intervenção, embasando modelos e intervenções práticas da Terapia Ocupacional. Os aspectos socioculturais que influenciam no engajamento das pessoas em determinadas

ocupações também têm sido aspectos valorizados não somente pelas práticas, mas por estudos sobre a temática de ocupação (MAGALHÃES, 2013).

Outros termos emergem associados a uma contribuição específica da profissão como a observação do fazer humano e do trabalho, avaliação das potencialidades, funcionalidades e das fases do desenvolvimento, consideração da singularidade, da história de vida, busca de saúde, raciocínio clínico e impactantes da inclusão social.

*A contribuição específica, acho que é o raciocínio que a gente faz, né, sobre o sujeito, sobre as coisas que ele faz, sobre o cotidiano, acho que isso é o que está ali no nosso arsenal de prática, que nos interessa assim, quando a gente está com um usuário, né, a gente observa acima do que ele faz, como faz, e que sentido que dá para elas (P 16).*

*Eu vou responder com base na minha prática, eu acho que sempre vou olhar para as potencialidades deste usuário, para o que ele tem de desejo, enfim... Acho que quando a gente fala de um usuário que é jovem, por exemplo, que tem uma questão do trabalho a gente vai precisar construir esse PTS olhando para esse desejo, olhando para essa potencialidade aí, então esse investimento com outros equipamentos tem que ser neste sentido. Eu acho que essa coisa da T.O. olhar muito mais para a saúde e para a potencialidade do que para a doença ou pro CID (P 04).*

*Acredito e tenho percebido que a contribuição é a concepção que a gente tem do cotidiano, né, então a nossa avaliação do cotidiano do sujeito, ela é diferenciada e permite a gente ver o quanto que as rotinas e quanto as atividades impactam na inserção e participação social daquele sujeito (P 01).*

A participação da Terapia Ocupacional na construção do PTS auxilia na observação da singularidade de como a pessoa desenvolve suas atividades, considerando o potencial inclusivo e emancipatório das ações, trazendo a produção de autonomia ao plano central das ações pensadas para o cuidado. Os T.O.s consideram necessário a exploração de um PTS que se adéque aquele cotidiano singular, garante o respeito à singularidade da pessoa e não a reproduções de metas ou protocolos em nome da promoção de saúde (DEPOLE, 2018).

Contribuir no desenvolvimento de um projeto articulado e contextualizado com o cotidiano, territorial, que realmente faça sentido para aquela pessoa, provavelmente é uma das maiores contribuições e ao mesmo tempo um desafio contínuo para a Terapia Ocupacional, pois estabelecer esta relação entre as atividades possíveis de serem desenvolvidas naquele cotidiano, naquele território, que sejam significativas para promoção de saúde, não é algo simples, mas primordial para inclusão social das pessoas.

Alguns participantes evidenciaram uma perspectiva mais humanizada da Terapia Ocupacional como um dos aspectos que demonstram uma contribuição específica da profissão,

que a presença do profissional na equipe traz maior humanização às práticas de trabalho no CAPS ou na própria organização do PTS, como exemplificado no trecho a seguir.

*Essa questão de pensar o universo ocupacional do sujeito, da rotina, da inclusão dele, dos anseios que ele traz, no sentido das atividades que ele faz, o do que ele quer fazer, no sentido para vida. Eu acho que é muito da formação da Terapia Ocupacional, acho que ela contribui bastante. Desse olhar mais humanizado, mais acolhedor, acho que, assim né, que a formação da terapia ocupacional traz. Mas acho que, principalmente, dessa coisa do fazer humano, né, de olhar como é que está o dia a dia, coisas que ele deseja, do que ele quer fazer, né (P 10).*

O T.O. pode trazer a perspectiva e a valorização de como se dá o desenvolvimento do cotidiano do usuário, demonstrar a importância da singularidade da pessoa, trazer para cena atividades potencialmente transformadoras, considerar aspectos socioculturais que possam ser negligenciados tanto nas organizações dos PTS, quanto nas discussões dos casos no CAPS, ou até contribuir com intervenções pontuais, mesmo que não seja um profissional de referência daquele caso.

Contudo, considerar a humanização para caracterizar a especificidade de sua prática de trabalho nos parece equivocado, pois a humanização é, ou deveria ser, inerente às práticas de trabalho de todos os profissionais que se propõem a atuar dentro de um serviço orientado pela lógica da Atenção Psicossocial, que visa a integralização e humanização no seu processo político assistencial.

Alguns participantes ao relatarem a especificidade de sua profissão acabam demonstrando que na prática da profissão ocorre uma valorização de aspectos e processos bastante característicos também da Reabilitação Psicossocial e que as ações convergem aos objetivos da profissão e deste modelo de atenção.

*Nós terapeutas ocupacionais ... A gente fala das relações do dia a dia, da relação com o outro, das relações com as atividades, dos papéis ocupacionais, se não é ter esse olhar para tudo isso né, como é que a gente trabalha num centro de atenção psicossocial e faz reabilitação psicossocial? Eu acho que assim, todos os profissionais são importantes, mas o terapeuta ocupacional, e eu estou puxando saco para a gente mesmo, mas não tem como, a gente tem que entender o papel que cada um ocupa nessa casa, nesse bairro, né. Não só se colocar no papel de doente, porque antes disso a pessoa foi filha, né, foi filho, mãe, é vizinha, é amiga, é religiosa. E tudo isso, assim, para montar o PTS se você não tem esse olhar, sabe? De onde a pessoa está inserida, que papel ela tá ocupando naquele momento, de que atividades ela está com dificuldade e o que isso traz ao adoecimento dela (P 11).*

O discurso do participante P11 supracitado, evidencia a valorização e consideração das trocas sociais, das relações, do território e o papel da profissão na promoção da Reabilitação Psicossocial. Traz uma aproximação ao que propõe Ribeiro e Machado (2008), sobre o trabalho

que deve ser desenvolvido pela Terapia Ocupacional neste modelo de atenção, as autoras afirmam que os T.O.s devem promover o resgate de direito e cidadania as pessoas com sofrimento psíquico, os profissionais podem, inclusive, emprestar o próprio poder contratual a estas pessoas a fim de efetuar ou enriquecer as trocas sociais que devem acontecer fora dos muros institucionais, no território.

A profissão deve ser criativa, desenvolver ações que tenham impactos individuais e coletivos, deve assumir o seu papel promovendo a reabilitação e desenvolvendo um PTS que contemple ações na comunidade, nos territórios existenciais e concretos se aproximando da realidade social (RIBEIRO, MACHADO; 2008).

Os participantes acreditam que os conceitos-chave da Terapia Ocupacional influenciam no momento da construção do PTS. Citaram, de forma mais evidente, os seguintes conceitos para exemplificar o núcleo da Terapia Ocupacional na construção do PTS: cotidiano, ocupações e atividades.

*Quanto aos conceitos-chave, eu acho que foi um pouquinho do que eu falei, né. Questão de ocupação, do fazer atividades do cotidiano, né. Então, é, acho que a gente trabalha né, que a gente consegue trazer, tanto pro usuário, quanto pra equipe também, nas discussões com a equipe, né... (P 12).*

*Influenciam fortemente, né assim, acho que não tem como a gente não pensar no indivíduo, no sujeito no mundo, né? O que a gente faz no dia a dia, tá incluso isso [Atividades, Cotidiano, Ocupação] e Ação Humana, né, desde o estar no mundo, até de fato as coisas que o sujeito consegue efetivar, aí não tem como a gente não pensar em PTS sem ser a partir disso né? (P 07).*

*Sim, influenciam totalmente [Atividades, cotidiano e ocupação] eu gosto muito de fazer a triagem, tentar estabelecer uma linha de cronologia mesmo, né, da história de vida desse usuário. E tentar perceber como realmente isso começou, né, a perda daquela função, a perda daquele trabalho, a perda da capacidade de ter a continuidade aí nas tarefas do dia a dia. Pra gente conseguir mesmo construir um PTS que venha de encontro com o que ele está precisando, assim. Eu acho que faz todo o sentido esses termos (P 06).*

*Sim, acho que os três conceitos [Atividades, cotidianos e ocupação] são extremamente importantes, né? A ocupação exatamente por conta disso, assim, o que esse cara fazia antes da crise, da doença e do seu adoecimento. Na atividade eu vou muito na linha, assim, o que que ele gosta de fazer, sabe? Alguma habilidade que ele ainda não descobriu? O que ele tem que dá para a gente potencializar, para ele se sentir mais vivo e com mais autoestima melhorada nesse momento? Eu acho que isso, assim, do fazer humano, do cotidiano e é muito isso da atividade propriamente dita [...] eu acho que são norteadores importantes, assim, na clínica da Terapia Ocupacional (P 13).*

Como já evidenciado pela literatura nacional, as atividades são apresentadas como o conceito mais utilizado por T.O.s para definirem suas construções teóricas ou para definirem suas práticas de trabalho, é atualmente o conceito central de composição dos constructos da

Terapia Ocupacional no Brasil, independente do campo de atuação (DEPOLE, 2018; FIGUEIREDO, *et al.*, 2020; SALLES, MATSUKURA, 2016a).

O Cotidiano devido a sua relevância e seu potencial de instrumentalizar o T.O. para uma atuação que leve em consideração os diferentes cenários de vida das pessoas, suas relações, seu dia a dia, é considerado também um conceito de extrema importância para o desenvolvimento da Terapia Ocupacional (LEÃO; SALLES, 2016). Estes dois conceitos aparecem nos relatos desta pesquisa de forma unânime, referenciados por todos os participantes como conceitos-chave da profissão que são considerados na composição do PTS no CAPS.

Outros termos e conceitos utilizados para exemplificar quais seriam os conceitos-chave da profissão que influenciam no PTS, relacionados ao conceito da ocupação emergem no relato dos participantes como: universo ocupacional, desempenho ocupacional, repertório de vida e, até mesmo, reinserção social.

*Eu sempre vou pensar no universo ocupacional [...] esta palavra, fazer, ela acaba presente nas conversas que a gente faz, né [...], mas eu acho que o que me norteia bastante é falar de universo ocupacional, como que é, como quer que seja, como interfere no seu dia a dia, o sentido que isso tem para ele, né, as relações que ele estabelece a partir dos fazeres humanos né, é isso (P 10).*

*O desempenho ocupacional acho que é um termo que dá uma diferença sim, que não é um termo, nem tanto conhecido né, assim pelas profissões né, eu acho que a questão da questão do engajamento mesmo né, da atividade significativa eu acho que a gente usa bastante assim né, uma atividade que tenha significado para o paciente (P 17).*

*Acho que o primeiro conceito é o repertório de vida, cotidiano deste usuário, a singularidade dele né, o desempenho que ele faz as tarefas, né, como é que ele se coloca no mundo, assim, quem é ele né nesse espaço, nesse cotidiano que ele está (P 18).*

*Os conceitos que a gente vai usar no cotidiano mesmo, assim, do trabalho. Eu acho que passa um pouco pelo nosso núcleo sabe, eu acho que a gente poderia contribuir muito para a Atenção Psicossocial, mas eu acho que a gente está falando muito da rotina, está falando de reinserção social, acho que a Terapia Ocupacional tem muito desse arcabouço aí, né, e foi por isso também que eu busquei a especialização [...] acho que foi por isso que eu queria muito aprimorar minha prática e poder trazer para as discussões o nosso núcleo, porque eu sinto essa falta (P 04).*

O conceito da ocupação emerge em uma frequência reduzida nos discursos dos participantes ao falarem do núcleo profissional ou da especificidade da Terapia Ocupacional na composição do PTS, entretanto, este conceito e os derivados dele como engajamento e

desempenho ocupacional são evidenciados em maior frequência quando os participantes referem os conceitos-chave da profissão.

Acreditamos que a reduzida aparição do conceito de ocupação possa refletir a tendência nacional na utilização e valorização do conceito de atividade como o elemento central da Terapia Ocupacional, tanto na literatura quanto nos relatos nos quais os profissionais caracterizaram sua prática. Importante frisar que tanto a atividade como a ocupação referem ao fazer humano como um aspecto com potencial de influenciar no bem-estar e nas próprias condições de saúde e doença das pessoas, além de ser foco de atenção do cuidado da Terapia Ocupacional (SALLES; MATSUKUSRA, 2016a).

Apesar das aproximações ou distanciamentos que os conceitos de ocupação e atividade têm apresentado historicamente no território nacional e, mais recentemente, a inclusão das discussões do conceito de cotidiano, reconhecer e compreender estes conceitos se mostra uma prática reflexiva importante com a possibilidade de maior articulação de conhecimentos e reflete a prática da Terapia Ocupacional contemporânea (SALLES; MATSUKUSRA, 2016b).

A pluralidade conceitual encontrada na Terapia Ocupacional pode ser vista como uma possibilidade de ampliação do seu campo de atuação, visto que conceitos únicos seriam insuficientes para contemplarem e contextualizarem as práticas e saberes da profissão, pois esta profissão contempla uma diversidade de práticas e ações a fim de conduzir o indivíduo para sua autonomia e independência nas atividades ou nas ocupações cotidianas (FIGUEIREDO, *et al.*, 2020).

Um dos participantes refere ainda que os conceitos-chave utilizados variam de acordo com as características singulares das pessoas e do contexto, o que associa ao fato da formação da Terapia Ocupacional ser composta por tantas outras áreas de conhecimento, como elencado no trecho a seguir.

*Eu acho que tem que ser todos, né [conceitos-chave] porque a gente vai ter um olhar de T.O. é a nossa técnica, sabe? É o porquê a gente está lá! A gente tem que utilizar de tudo para construção do PTS, não é só isso ou aquilo não, é tudo o que a gente aprendeu, que a gente aprende, sabe? Na nossa formação, você tem que ter um olhar para tudo [...] por isso que a gente escuta sociologia, antropologia, sabe de todas as áreas. Tem tudo a ver, eu não me baseio só em um, eu acho que vamos falar que é o cotidiano, mas não é, porque tem também os papéis ocupacionais aí, cada um é um, né [...]. Não dá para ser fechado, sabe?! (P 11).*

Os relatos supracitados trazem diferentes percepções e embasamentos teóricos utilizados para caracterizar e fundamentar a prática da Terapia Ocupacional neste contexto, o que era previsto considerando a multiplicidade das terapias ocupacionais existentes no Brasil,

um motivo que demonstra a necessidade de pesquisas que estudem a epistemologia da profissão (GALHEIGO, 2020; LIMA.; OKUMA; PASTORE, 2013).

Contudo, os pressupostos da Reabilitação Psicossocial estão fortemente presentes, orientando as ações desenvolvidas pelos T.O.s dentro dos CAPS e no campo da saúde mental, os relatos dos participantes inclusive demonstram uma convergência entre os objetivos da Terapia Ocupacional e da Reabilitação Psicossocial.

As atividades desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais em serviços de saúde mental podem ser um campo de criação e recriação do cotidiano, possuem o potencial estruturante do ser, promove um resgate da unidade do indivíduo, considerando sua história e do coletivo que está inserido. As atividades desenvolvidas por estes profissionais promovem saúde, desde que sejam instituídas de significado, ressignificando inclusive as experiências das pessoas, podem contribuir, sobremaneira, na construção e orientação dos processos terapêuticos nestes serviços (FIORATI; SAEKI, 2012).

Os terapeutas ocupacionais têm capacidade de trazer o seu núcleo de saber para a construção e composição dos campos, entrelaçando as práticas interdisciplinares e efetivando a promoção de saúde no território onde a vida da pessoa realmente acontece (MALFITANO, 2005). Estes profissionais são importantes articuladores não somente das ações interdisciplinares, dentro do serviço de saúde mental, mas da rede de cuidado como um todo, se mostram como uma potência para a construção do PTS (DEPOLE, 2018).

Quando os T.O.s agem sobre o processo de saúde das pessoas, com o uso de atividades, eles estão atuando em um campo cultural e social, esta atuação trará mudanças significativas neste território, não somente na vida daquelas pessoas (LIMA.; OKUMA; PASTORE, 2013). Contudo, os terapeutas ocupacionais precisam explorar mais ativamente este espaço, estar no território, não somente falar sobre ele, mas agir sobre ele, buscando os objetivos da Terapia Ocupacional de inserção social e autonomia.

Os relatos supracitados reforçam a necessidade de maiores investigações sobre as contribuições da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental e da Reabilitação Psicossocial, pois investigações nesta direção podem instrumentalizar a prática da profissão e potencializar as ações desenvolvidas neste campo.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo constitui uma investigação sobre a contribuição da Terapia Ocupacional no desenvolvimento do PTS em serviços organizados de acordo com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial, na perspectiva de terapeutas ocupacionais que atuam em CAPS. Teve como objetivo geral analisar como a Terapia Ocupacional contribui na construção do PTS nos CAPS e como objetivos secundários, identificar os desafios na construção e implementação deste instrumento; verificar possível núcleo conceitual da Terapia Ocupacional implícito na construção dos PTS e identificar a percepção de profissionais Terapeutas Ocupacionais sobre a sua contribuição na construção e condução do PTS. Consideramos que os objetivos foram alcançados na medida em que foi possível compreender através dos relatos dos Terapeutas Ocupacionais, como estes profissionais contribuem na construção e condução do PTS.

A pesquisa ocorreu dentro dos prazos esperados, apesar da Pandemia nos ter obrigado a alterar alguns procedimentos metodológicos, mas foi possível a realização de estudo qualitativo com coleta de dados de forma remota, em que os terapeutas ocupacionais pudessem ser ouvidos, e contar da sua prática com o PTS, como previsto. Os terapeutas ocupacionais que participaram da entrevista em seus locais de trabalho ou em suas residências foram extremamente dispostos e colaborativos.

A partir dos resultados foi possível caracterizar os participantes e os serviços. A maioria dos participantes é do gênero feminino, branca, com idade entre 26 e 46 anos, formada em universidades privadas, com formação complementar em saúde mental e tempo de atuação no serviço atual entre 1 ano e 2 meses a 14 anos. Quanto aos serviços, compuseram o universo da pesquisa diferentes modalidades de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS II AD, CAPS III AD, CAPS IJ) e população assistida.

Por meio da análise temática do material coletado emergiram as seguintes categorias: Compreensão dos profissionais sobre o PTS; Composição da Família e dos usuários no PTS; Equipe de profissionais que compõem o PTS; A percepção do profissional sobre o que seria um PTS exitoso; Desafios na construção e condução do PTS e o Núcleo da Terapia Ocupacional.

Os achados desta pesquisa trouxeram uma percepção e caracterização do PTS coerentes com as propostas da utilização deste instrumento na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, contudo, priorizando a construção do instrumento para seres individuais e não para grupos populacionais ou coletivos, cujo aspecto singular e subjetivo das pessoas foi valorizado bem como a base comunitária na qual este instrumento pode se desenvolver.

As famílias e os usuários são considerados importantes atores na composição do PTS, contudo, os familiares são caracterizados como pouco participativos e os usuários, apesar da valorização do seu protagonismo, podem não estar presentes em ações práticas no serviço. O profissional de referência, independentemente de seu núcleo profissional, foi apontado como quem mais se aproxima do usuário e o maior articulador do PTS.

O maior desafio para a construção e condução do PTS neste momento foi a COVID-19, além de outros como os relacionados a vulnerabilidade social e estigmatização das pessoas em sofrimento psíquico, ou mesmo dificuldades já existentes nas dinâmicas de trabalho também terem sido evidenciados. O êxito do PTS para os participantes está mais relacionado ao processo do que a uma finalidade previamente estabelecida, ao acesso do usuário a uma atividade construída coletivamente, como é característico do cuidado ofertado pela Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional foi apresentada pelos participantes em duas dimensões, a clínica e a metodológica. Na dimensão clínica, este profissional contribui na construção e condução do PTS como o terapeuta ocupacional do usuário inserindo componentes do núcleo da profissão no desenvolvimento de avaliações sobre a autonomia, cotidiano e a proposição de atividades no planejamento do PTS, e na dimensão metodológica o terapeuta ocupacional toma o PTS como uma atividade em desenvolvimento, demonstrando também o modo de fazer, o caráter pragmático da profissão e uma das especificidades do núcleo da Terapia Ocupacional.

O aspecto interdisciplinar foi ressaltado pelos participantes como pressuposto organizador das práticas de trabalho. A Terapia Ocupacional foi apontada como uma profissão, dentro da equipe de saúde mental, muito potente e criativa e que através de sua compreensão das atividades e cotidianos das pessoas em sofrimento psíquico pode contribuir de maneira muito significativa na construção e condução do PTS do usuário do CAPS.

Importante frisar que esta pesquisa tem a possibilidade de demonstrar a potência da Terapia Ocupacional e do PTS inseridos em um serviço de saúde pública, no SUS, e isso é muito significativo, ainda mais no atual momento de desmonte das políticas públicas. No entanto, neste processo investigativo pouco se ouviu sobre os familiares e usuários. Acreditamos que investigações futuras possam trazer um debate enriquecedor com uma composição que envolva mais atores e mais cenários de vida.

Esperamos que esta pesquisa traga contribuições importantes para os debates que se aquecem no campo da Atenção Psicossocial e para a Terapia Ocupacional em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2007. p. 162-170.

BIANCHI, P. C.; MALFITANO, A. P. S. Formação graduada em Terapia Ocupacional na América Latina: mapeando quem somos e onde estamos. **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**, v.28(2), p.135-146, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: setembro 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de fevereiro 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: setembro 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Prontuário Transdisciplinar e projeto terapêutico /** Ministério da Saúde, Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/acervo/humanizaus-prontuario-transdisciplinar-e-projetoterapeutico>. Acesso em 05 de janeiro de 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2021. **Métodos E Dispositivos da PNH**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/metodo-e-dispositivos-da-pnh>. Acesso em 17 de março de 2022.  
BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília DF: Ministério da Saúde., 2004b. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf). Acesso em: 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. PORTARIA N° 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dezembro 2011. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoesgeraisdocumentos/redes-de-atencao-asaude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/13300portaria-n-3-088-2011-raps/file#:~:text=088%2C%20DE%2023%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202011%28%2A%29%20Institui,no%20%20C3%A2mbito%20do%20Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%20%20C3%BAde%20%28SUS%29>. Acesso em: setembro 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Ministério da Saúde**, 2020a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 12 junho 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coronavírus - COVID 19. **Ministério da Saúde**, Brasília DF, 2020b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BREGALDA, M.; BRAGA, I.; PEREIRA, B. Conjuntura política brasileira e atuação da Terapia Ocupacional: impactos, retrocessos e desafios. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 3(4), p. 453-461, 2019.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13 – 44.

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

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**, 5 ed.: São Paulo Hucitec Editora, 2015.

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 333-342, 2015.

CONSTANTINIDIS, T. C.; CID, M. F. B.; SANTANA, L. M.; RENO, S., R; Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. **Temas de Psicologia [online]**, v. 26, n. 2, pp. 911-926, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-14Pt>. Acessado em 05 de janeiro de 2022.

CRUZ, N., F., O.; GONÇALVES, R., W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. Disponível em DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Acesso em 15 de dezembro de 2021.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica em Saúde**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004. p. 158-174. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312384/1/Cunha\\_GustavoTenorio\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312384/1/Cunha_GustavoTenorio_M.pdf). Acesso em: 25 agosto 2019.

CUNHA, G. T. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007 (Manual Técnico da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde). Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acessado 18 de dezembro 2021.

DEPOLE, B. F. **A Produção Brasileira Sobre o Projeto Terapêutico Singular: Revisão de escopo**. 2018. 184 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10878> >. Acesso em: 01 ago. 2019.

FARO, A.; BAHIANO, M. A.; NAKANO, T. C.; REIS, C.; SILVA, B. F. P.; VITTI, L. S. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas) [online]**. v. 37, e200074, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/19820275202037e200074>. Acessado 18 de dezembro 2021.

FERIGATO, S.; SILVA, C. M. Saúde mental e terapia ocupacional: a construção de um projeto terapêutico singular. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 24, p. 379386, 2016.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI, I. A. O.; FERIGATO, S. H.; MORATO, G. G. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. São Carlos, v. 28(2), p. 725740. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>. Acessado 03 de janeiro de 2021.

FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. S.; OLIVEIRA, D. L.; GOMES, L. B. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, p. 373384, 2017.

FIGUEIREDO, M. O.; GOMES, L. D.; SILVA, C. R.; MARTINEZ, C. M. S. A ocupação e a atividade humana em terapia ocupacional: revisão de escopo na literatura nacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]**, v. 28, n. 3, pp. 967-982, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1858>. Acessado 08 de janeiro de 2022.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino am. Enfermagem**, 24, e2683, 2016. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>, Acesso em 15 de março de 2022.

FIORATI, R., C.; SAEKI, T. As atividades terapêuticas em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental: a inserção das ações psicossociais. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 205-215, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.022> > DOI: 10.4322/cto.2012.022.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica** (Apostila). Fortaleza: UEC, 2002.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teóricos conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 28, p. 5-25, 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1. ed. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: 2010**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 16/08/2021.

JAPIASSU, H. O Sonho Transdisciplinar. **Revista Desafios**. Universidade Federal de Tocantins, Palmas, v. 3, n. 01, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.23593659.2016v3n1p3>. Acesso em 10 de dezembro de 2021.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 27-35, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14117>. Acesso em: 8 jan. 2022.

KEBBE, L. M.; RÔSE, L. B. R.; FIORATI, R. C.; CARRETTA, R. Y. D. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde em Debate [online]**. 2014, v. 38, n. 102, pp. 494-505. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/01031104.20140046>. Acessado 1 setembro 2021.

KEMPER, M. L. C.; MARTINS, J. P. A.; MONTEIRO, S. F. S.; PINTO, T. S.; WALTER, F. R. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 9951003, 2015.

KINOSHITA, R. T.; TRINO, A. T., GUIMARÃES, C. S.; CASTRO, C. A.; PRADO, C. M., A. S. Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 320-332, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E326>. Acesso em novembro de 2021.

LEAL, B., M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, 2013.

Disponível em

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141303942013000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000100008&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 17 janeiro de 2022.

LEÃO, A.; SALLES, M., M.; Cotidiano, Reabilitação Psicossocial e Território: Reflexões no campo da terapia ocupacional. *In*: MATSUKURA, T., S.; SALLES, M., M. **Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação**. São Carlos: EDUFSCar, 2016, p. 61 – 76.

LEÃO, A.; LUSSI, I. A., O. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 25, e200474, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200474>. Acessado 18 de dezembro 2021.

LIMA, E., M., F., A.; OKUMA, D., G.; PASTORE, M., N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Cadernos de Terapia**

**Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 243-254, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.026>. Acessado 20 de dezembro 2021.

MAGALHÃES, L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/812>. Acesso em 23 de março de 2022.

MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1-8, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13952>. Acesso em: 28 dezembro de 2021.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: Análise de objetivos e roteiros. *In*: Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. **Anais [...]** Bauru: USC, 2004. p.1-10.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percursos: Nemo**, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, v. 4, p. 147 - 171, 2012.

MARCOLINO, T., Q.; BENETTON, J., CESTARI, L., M., Q.; MELLO, A., C., C.; ARAÚJO, A., S.; Diálogos com Benetton e Latour: possibilidades de compreensão da inserção social. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]**, v. 28, n. 4, p. 1322-1334, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2032>. Acesso em 03 de janeiro de 2022.

MARCOLINO, T. Q.; KINSELLA, E. A.; ARAUJO, A. S.; FANTINATTI, E. N.; TAKAYAMA, G. M.; VIEIRA, N. M. U.; PEREIRA, A. J. A. T.; GOMES, L. D.; GALHEIGO, S. M.; FERIGATO, S. H. A Community of Practice of primary health care occupational. **AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL**, v. 00, p. 1-9, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12692>. Acesso em 09 de janeiro de 2022.

MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 26, p. 943-951, 2018.

MORATO, G. G. **Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial**: Identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental. 2019. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11988>. Acesso em: 19 junho 2020.

NUNES, M.; JUCÁ V. J., VALENTIM, C., P., B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10), p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2007.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. *In:* Guerreiro AP; Campos GWS. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada.** 1ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), v. 1, 2008, p. 283-297.

TAVARES, I. V. F.; WILLRICH, J. Q.; PORTELA, D. L. Perception of users of a psychosocial care center about their unique therapeutic project. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e560101019029, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.19029. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19029>. Acesso em: 6 sep. 2021.

VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE M. S. B., CATRIB A. M. F.; BEZERRA, I. C. FRANCO T. B.: Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, p. 313-323, 2016.

PASCHE, D., F.; RIGHI, L., B. **Apoio como estratégia de ativação do movimento constituinte do SUS: reflexões sobre a Política Nacional de Humanização (PNH).** *In:* CAMPOS, G.W.S; FIGUEIREDO, M.D.; OLIVEIRA, M.M. (Org.). O apoio paideia e suas rodas. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2017, v. 1, p. 141-166.

PASCHE, D., F.; RIGHI, L., B. Apoio como estratégia de ativação do movimento constituinte do SUS: reflexões sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). *In:* CAMPOS, G.W.S; FIGUEIREDO, M.D.; OLIVEIRA, M.M. **O apoio paideia e suas rodas: Reflexões sobre as práticas em saúde.** 1ed., São Paulo: HUCITEC, 2017, v. 1, p. 141-166.

RABELO, R. C. F. **Histórias de vida de moradores de Residências Terapêuticas egressos de internações de longa permanência em hospital psiquiátrico.** Recife, Pernambuco: 2014. Dissertação – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.]**, v. 19, n. 2, p. 72-75, 2008. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v19i2p72-75. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14031>. Acesso em: 3 fev. 2022.

RICCI, T., E., MARQUES, I., P., & MARCOLINO, T., Q., Terapia Ocupacional em saúde mental nos congressos brasileiros: uma revisão de escopo. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 26, p. 915-925, 2018.

SALLES, M., M.; MATSUKURA, T., S. O uso dos conceitos de ocupação e atividade na Terapia Ocupacional: uma revisão sistemática da literatura **Cadernos Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 801-810, 2016a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0525>.

SALLES, M., M.; MATSUKURA, T., S. **Conceitos de Ocupação e atividade.** *In:* **Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação**, 1. ed. São Carlos: Edufscar, 2016b p.13 – 31.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001a. p. 19-26.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 2001b.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M.A.; BOLZE, S.D.A; NEIVA-SILVA, L.; DEMENECH, L.M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas [online]. v. 37, e200063, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em 17 dezembro 2021.

ZIWCHAK, D. J. V.; ARISTIDES, J. L. Percepção de familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e ao adolescente usuários de um caps infanto juvenil. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, 23 (3), 2019, p. 181-187.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL:  
CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL.**

Eu, Erika Regina de Oliveira Colato, estudante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, o (a) convido a participar da pesquisa “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL” orientada pela professora Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

O objetivo da pesquisa é verificar como a Terapia Ocupacional contribui na construção do Projeto Terapêutico Singular, um instrumento de intervenção utilizado pela Reabilitação Psicossocial e pela Terapia Ocupacional, no contexto da Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossociais.

Você foi selecionado (a) por ser terapeuta ocupacional que atende usuários de serviços de Saúde Mental, nos municípios que fazem parte do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS VII - Campinas), onde o estudo será realizado, e por compor uma equipe

interdisciplinar em Centro de Atenção Psicossocial. Você será convidado a responder uma entrevista semiestruturada com perguntas que envolvem a sua prática como Terapeuta Ocupacional em CAPS.

A entrevista será individual e realizada pela plataforma online (Google Meet, Skype, Zoom) que você preferir. Seguirá um roteiro de perguntas relacionadas a sua percepção da contribuição da Terapia Ocupacional na construção do PTS, além do preenchimento de um protocolo de informações, contendo um formulário de caracterização de participantes e outro de caracterização do serviço em que você está vinculado (a). O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente quarenta e cinco minutos.

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias práticas de trabalho e ações, e também constrangimento, pelo fato da pesquisadora ser também terapeuta ocupacional, atuante em CAPS. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-los e encaminhá-los para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para o campo da Saúde Mental bem como a Terapia Ocupacional para a construção de novos conhecimentos para a prática profissional, e contribuirá na discussão sobre a especificidade da Terapia Ocupacional.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio e vídeo das entrevistas. As gravações realizadas serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha a mais fidedigna possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você receberá assistência imediata e integral e terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Antes do início da entrevista você precisará registrar o aceite de participação nesta pesquisa, pelo TCLE, via formulário eletrônico no *Google Forms*, acessado pelo endereço eletrônico que a pesquisadora enviará diretamente em seu e-mail. Após ler o termo você deverá fazer uma declaração de consentimento pós informação “Li e concordo em participar da pesquisa” apertando o botão de aceite e então a entrevista será iniciada. Você receberá uma cópia deste termo, com as páginas rubricadas, e assinado pelo pesquisador, enviada ao seu endereço eletrônico, onde consta o telefone, e-mail e endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (019) 993566661, ou pelo e-mail: [kilaregina@gmail.com](mailto:kilaregina@gmail.com).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-reitora de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz,

Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 33519685. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br).

**Endereço para contato (24 horas por dia sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Erika Regina de Oliveira Colato Endereço: Avenida Ferdinando Pietro Pavan, 170, casa 18.

Contato telefônico: (019) 993566661

E-mail: [kilaregina@gmail.com](mailto:kilaregina@gmail.com)

Local e data:

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

## APÊNDICE B - PROTOCOLO DE INFORMAÇÕES

**1. FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DA DRS VII.**

Participante nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DADOS DO PARTICIPANTE

Nome: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no serviço: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO

1) Nome do CAPS: \_\_\_\_\_

2) Cidade: \_\_\_\_\_

3) Data de inauguração: \_\_\_\_\_

4) Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_

5) Área de abrangência: \_\_\_\_\_

6) Número total de prontuários registrados: \_\_\_\_\_

7) Número total de prontuários ativos: \_\_\_\_\_

8) Número (aproximado) de usuários atendidos por mês atualmente: \_\_\_\_\_

- 9) Faixa etária dos usuários atendidos neste serviço: \_\_\_\_\_
- 10) Porcentagem aproximada de homens, mulheres e pessoas LGBTQIA+ atendidos no serviço atualmente: \_\_\_\_\_
- 11) Quantos profissionais, entre técnicos administrativos, equipe de apoio e equipe técnica, compõem a equipe de trabalho do serviço?
- 12) Qual a formação dos profissionais que compõem a equipe técnica do serviço e a quantidade de cada um?
- 13) Descreva as atividades, projetos ou programas oferecidos pelo serviço aos usuários:
- 14) Com quais serviços de saúde do município este CAPS mantém vínculo para a construção do cuidado ao usuário (Equipamentos da Atenção Básica, Hospitais, e própria RAPS)? Como se dá este contato? Com que frequência?
- 15) Com quais serviços do município este CAPS mantém vínculo intersetorial para a construção do cuidado ao usuário (Educação, Cultura, Esporte, Lazer, Assistência Social)? Como se dá este contato? Com que frequência?
- 16) O serviço prevê reuniões de equipe onde ocorra discussões teóricas e/ou de casos? Se sim, com que frequência?
- 17) O serviço utiliza PTS? Se sim, desde quando? Para todos os usuários?

## 2 - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DOS SERVIÇOS

Participante n° \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Raça autodeclarada: \_\_\_\_\_

Gênero autodeclarado: \_\_\_\_\_

### FORMAÇÃO PROFISSIONAL

- 1) Nome da Instituição de Ensino Superior e cidade em que se formou?
- 2) Ano de ingresso e ano de conclusão do curso de Graduação em Terapia Ocupacional?
- 3) Há quanto tempo exerce atividade como terapeuta ocupacional?
- 4) Em quais áreas já atuou e durante quanto tempo em cada uma?
- 5) Na área da saúde mental, em quais serviços já atuou e quais ações desenvolvia?
- 6) Formação Complementar:

( ) Não

( ) Sim. Assinale abaixo o item equivalente:

( ) Aprimoramento/ Residência

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

—

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especialização

Título da monografia: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

—

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Mestrado

Título da dissertação: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Doutorado

Título da tese: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Outra(s)

Área: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

—

Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

7) Fez ou está fazendo curso (s) na área da saúde mental?

Não. Motivo:

Sim. Qual (is)?

Qual o ano de conclusão?

8) O serviço que você trabalha oferece algum tipo de suporte/incentivo para a educação permanente. Se sim, qual (is)?

9) Você participa de algum grupo de estudos ou grupo de discussão sobre temas no campo da saúde mental?

Não

Sim. Qual (is)?

10) Você participa de alguma associação de classe ou atua diretamente nas políticas públicas no município através de algum conselho, por exemplo: da saúde, assistência social, álcool e outras drogas, educação, cultura ou outros. Se sim, qual (is)?

## APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Participante n°: \_\_\_\_\_

1. Me conte o que você entende por projeto terapêutico singular?
2. Quais profissionais participam da construção do PTS neste serviço?
3. Quando acontece a construção do PTS do usuário?
4. De alguma forma os usuários participam da construção do PTS? Se sim, como?
5. De alguma forma os familiares, ou o vínculo social de referência do usuário, participa da construção de PTS? Se sim, como?
6. No serviço existe algum modelo, ou roteiro para padronizar ou direcionar o raciocínio dos profissionais na construção do PTS? Se sim, qual?
7. Existem desafios, que você identifica, na construção dos PTS? Se sim, quais?
8. Existem desafios, que você identifica, na condução dos PTS? Se sim, quais?
9. Em quais momentos é reavaliado o PTS dos usuários?
10. Você acredita que tenha alguma categoria profissional que seja imprescindível na construção/condução do PTS? Se sim, qual?
11. O CAPS que você trabalha mantém vínculo intersetorial com outros serviços do município para a construção e condução do PTS dos usuários (Educação, Cultura, Esporte, Lazer, Assistência Social)? Se sim, com quais serviços?

12. Como você avalia a importância/relevância do PTS para o serviço e para o usuário? Quais os aspectos positivos do uso do PTS enquanto ferramenta para o serviço?
13. Como se dá a sua participação no desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares?
14. Você teria uma experiência exitosa com PTS para compartilhar?
15. Você acredita que houve impacto da Pandemia nas dinâmicas do CAPS? E nos PTS?
16. Pela sua experiência, quais contribuições específicas da T.O. são consideradas na construção do P.T.S.?
17. Quais aspectos do indivíduo você leva em consideração durante a construção do PTS, que você acredita ser devido ao núcleo específico da Terapia Ocupacional.?
18. Você acredita que os conceitos-chave (cotidiano, atividades, ocupação...) da Terapia Ocupacional influenciam no momento da construção do PTS? Se sim, quais?
19. Você realiza alguma avaliação específica da Terapia Ocupacional com o usuário que contribui na construção do PTS? Utiliza algum instrumento padronizado da Terapia Ocupacional?
20. O que você pensa sobre um PTS que foi construído sem a participação da Terapia Ocupacional?

## ANEXOS

## ANEXO A - Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL.

**Pesquisador:** Erika Regina de Oliveira Colato

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38637420.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.497.581

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1634054, de 15/12/2020) e/ou do Projeto Detalhado de 15/12/2020: RESUMO, HIPÓTESE, METODOLOGIA, critérios de Inclusão e exclusão.

Este projeto de pesquisa tem o objetivo de analisar a contribuição da Terapia Ocupacional (T.O.) na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além de identificar os desafios na construção e implementação dos PTS, sob a ótica de T.O.s; verificar possíveis núcleos conceituais da T.O. implícitos na construção dos PTS; e identificar a percepção dos T.O.s sobre a sua contribuição no PTS. A metodologia desenvolvida é caracterizada como exploratória, com abordagem qualitativa e será desenvolvida em campo, tendo como foco a região sudeste do Brasil, Interior do estado de São Paulo dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo (DRS VII), cuja sede é em Campinas. Os participantes serão terapeutas ocupacionais vinculados aos CAPS, na região delimitada, que atuem há pelo menos 6 meses no serviço. As entrevistas serão aplicadas de forma remota, pelo aplicativo acessível aos participantes (Google Meet, Skype, Zoom). Antes da realização da entrevista será preenchido o protocolo de informações contendo dados pessoais, profissionais e do serviço. O estudo envolverá 25 participantes no Brasil e 02 pesquisadoras.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP **Município:** SÃO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9686

**E-mail:** cepumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.497.581

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar como a Terapia Ocupacional contribui na construção do Projeto Terapêutico Singular nos Centros de Atenção Psicossocial.

Objetivo Secundário:

Identificar os desafios na construção e implementação dos Projetos Terapêuticos Singulares, sob a ótica da Terapia Ocupacional;

Verificar possíveis núcleos conceituais da Terapia Ocupacional implícitos na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares.

Identificar a percepção dos Terapeutas Ocupacionais sobre a sua contribuição nos Projetos Terapêuticos Singulares.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A amostra será composta por profissionais da rede de atenção à saúde mental. A pesquisa será desenvolvida nos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VII (DRS VII) do estado de São Paulo, cuja cidade sede é Campinas, que possui ao todo 54 CAPS cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde). O DRS VII possui 42 municípios em sua abrangência, contudo somente 25 possuem CAPS. Serão convidados a participar da pesquisa terapeutas ocupacionais vinculados aos CAPS, na região delimitada pelo estudo, DRS VII.

A pesquisadora entrará em contato com os CAPS dos municípios pertencentes ao DRS VII, para identificar quais deles contam com terapeuta ocupacional na equipe de trabalho. Aos que contar com este profissional na equipe será solicitada autorização de participação do serviço na pesquisa. Após esta etapa será feito convite aos terapeutas ocupacionais para participação na pesquisa e agendado um horário, aos que aceitarem participar, que for conveniente para a entrevista.

Posta a metodologia, a pesquisadora identifica os seguintes riscos e benefícios.

Riscos:

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, a participação na pesquisa pode gerar riscos subjetivos: o estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias práticas de trabalho e ações, e também constrangimento, pelo fato da pesquisadora ser também terapeuta ocupacional, atuante em CAPS. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.497.581

interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-los e encaminhá-los para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

**Benefícios:**

A participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para o campo da Saúde Mental bem como da Terapia Ocupacional para a construção de novos conhecimentos para a prática profissional, e contribuirá na discussão sobre a especificidade da Terapia Ocupacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 510/2016 e suas complementares

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Apresentou a folha de rosto assinada pela direção do centro.
- 2) Apresentou o projeto detalhado com os instrumentos de coleta de dados nos apêndices.
- 3) Apresentou o projeto PB adequado
- 4) Apresentou TCLE com adequações.
- 5) Apresentou autorização do serviço para participação na pesquisa assinada pela direção de um dos equipamentos de saúde que estará envolvido no estudo.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as recomendações apresentadas no parecer 1 foram atendidas e justificadas na carta resposta da pesquisadora.

Considera-se, portanto, que o projeto apresentou todos os elementos para análise ética do estudo. Desta forma, recomenda-se a aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.497.581

na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                           | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1634054.pdf | 15/12/2020<br>17:53:06 |                                 | Aceito   |
| Outros  | Autorizacao_do_Servico.pdf                    | 15/12/2020<br>17:51:12 | Erika Regina de Oliveira Colato | Aceito   |
| Outros  | Carta_Resposta_1.pdf                          | 15/12/2020<br>17:46:49 | Erika Regina de Oliveira Colato | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_Plataforma_Adequado.pdf               | 15/12/2020<br>17:46:18 | Erika Regina de Oliveira Colato | Aceito   |
| Orçamento   | ORCAMENTO.pdf                                 | 22/09/2020<br>15:32:25 | Erika Regina de Oliveira Colato | Aceito   |
| Cronograma  | CRONOGRAMA_PTS.pdf                            | 21/09/2020<br>22:29:12 | Erika Regina de Oliveira Colato | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO_DE_CONSENTIMENTO.pdf                    | 21/09/2020<br>21:56:59 | Erika Regina de Oliveira Colato | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FOLHA_DE_ROSTO.pdf                            | 21/09/2020<br>21:53:19 | Erika Regina de Oliveira Colato | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.497.581

Não

SAO CARLOS, 13 de Janeiro de 2021

---

**Assinado por:**  
**ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br