

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

FLÁVIA ARANTES TÁPARO

**“O que se faz, como se faz, por que se faz?” – Focalizando o núcleo da
Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil**

SÃO CARLOS – SP
2023

FLÁVIA ARANTES TÁPARO

“O que se faz, como se faz, por que se faz?” – Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil

Tese apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, para Exame de Defesa, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Terapia Ocupacional.

Área de concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional.

Linha de pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid.

SÃO CARLOS – SP
2023

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Flávia Arantes Táparo, realizada em 27/02/2023.

Comissão Julgadora

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid (UFSCar)

Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura (UFSCar)

Prof. Dra. Teresinha Cid Constantinidis (UFES)

Prof. Dra. Melissa Ribeiro Teixeira (UFRJ)

Prof. Dra. Bruna Lidia Taño (UFES)

Dedico este estudo à comunidade, que é quem efetivamente o financiou, e aos profissionais das redes públicas de saúde, educação, assistência social e demais setores, especialmente àqueles que participaram da pesquisa. Só me faz sentido produzir conhecimento se eu puder devolvê-lo a vocês.

AGRADECIMENTOS

À Universidade pública, por me permitir tantas conquistas, crescimento e aprendizado, desde 2008, e à CAPES, pela oportunidade. A educação gratuita, acessível, democrática e de qualidade transformou minha vida.

À minha orientadora, Maria Fernanda Barboza Cid, pela parceria, pelo cuidado e por acreditar e confiar em mim e no meu processo, mesmo quando eu mesma não o fazia. Obrigada por me lembrar que eu podia sonhar. Sua paciência e apoio foram fundamentais.

À minha família, que mesmo distante física e simbolicamente deste processo, nunca hesitou em me apoiar, confiar nas minhas escolhas e se orgulhar de cada passo dado à frente. Vocês são a razão pela qual todas as minhas conquistas fazem sentido.

Aos amigos com quem compartilhei as alegrias e angústias deste processo. Especialmente àqueles que tiveram paciência e interesse em ouvir minhas aflições e ansiedades e me devolveram acolhimento, autoestima e força de vontade.

Às terapeutas ocupacionais, professoras e pesquisadoras que aceitaram compor as bancas dos exames de qualificação e defesa deste estudo: Thelma Simões Matsukura, Melissa Ribeiro Teixeira, Bruna Lidia Taño, Giovana Garcia Morato e Teresinha Cid Constantinidis. Agradeço o interesse, a disponibilidade, a leitura atenta e as grandiosas contribuições. É um privilégio e uma honra compartilhar estes momentos tão importantes com profissionais que eu tanto admiro.

Aos profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa. Vocês foram o combustível do processo.

“O que se faz, como se faz, por que se faz?” – Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil

RESUMO

Compreende-se o campo da saúde mental infantojuvenil como um campo multidisciplinar, onde diferentes núcleos profissionais, dentre os quais se encontra a Terapia Ocupacional, se inter-relacionam, apoiando-se mutuamente no cumprimento das atividades teóricas e práticas deste campo. A literatura disponível identifica de forma incipiente os elementos que caracterizam o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, apontando para a importância do aprofundamento nesta temática. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral identificar a perspectiva de terapeutas ocupacionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes sobre o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Como objetivos específicos, o estudo buscou: identificar aspectos que fundamentam e/ou influenciam as práticas de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental de crianças e adolescentes; e analisar como os profissionais não terapeutas ocupacionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes descrevem e avaliam a prática de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental infantojuvenil. Foi realizado um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quali-quantitativa, em duas fases. Da Fase 1, participaram 107 profissionais, sendo 59 terapeutas ocupacionais e 48 não terapeutas ocupacionais, os quais responderam a um questionário *online*. O questionário se iniciava com questões de múltipla escolha relacionadas a aspectos sociodemográficos dos participantes, e, em seguida, continha questões abertas sobre os aspectos e elementos percebidos sobre o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Da Fase 2, participaram 32 profissionais que haviam participado da primeira fase, sendo 20 terapeutas ocupacionais e 12 não terapeutas ocupacionais. Nesta fase, foram realizados quatro grupos focais *online*, sendo dois com cada grupo de participantes. Os grupos focais tinham como objetivo aprofundar a discussão sobre o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Os resultados da avaliação sociodemográfica, obtida com o questionário, foram analisados por meio da estatística descritiva, enquanto os dados obtidos nas questões abertas do questionário e nos grupos focais foram analisados por meio do *software Iramuteq*®. Os resultados obtidos com as questões sociodemográficas do questionário indicaram participação majoritária de mulheres cisgêneras, terapeutas ocupacionais e residentes no Estado de São Paulo. Considerando os participantes não terapeutas ocupacionais, destacou-se a participação de psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, respectivamente. A maior parte dos participantes era pós-graduado e possuía experiência prévia de atuação em CAPS infantojuvenil. A análise dos resultados das questões abertas do questionário e dos grupos focais permitiu responder às perguntas que aparecem no título desta pesquisa. Quanto ao que a Terapia Ocupacional faz e como faz no campo da saúde mental infantojuvenil, foram encontrados: 1) o enfoque nas ocupações e nas atividades de vida diária; 2) a atuação com as rotinas e a partir do cotidiano dos indivíduos; 3) a perspectiva integral sobre os sujeitos; 4) a tessitura de redes e a intersectorialidade; 5) a atuação em interface com o campo da Educação; 6) a atuação frente ao sofrimento psíquico intenso e o manejo nas situações de crise; 7) a atuação frente às situações de vulnerabilidades e violências; e 8) a atuação nos casos mais graves e complexos. Quanto ao porquê de a atuação da Terapia Ocupacional neste campo se dar desta forma, os resultados evidenciaram uma aproximação entre o núcleo da Terapia Ocupacional e as premissas da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, que sustentam o campo da saúde mental infantojuvenil, nos aspectos: 1) a importância do acolhimento e da escuta; 2) a valorização das identidades e subjetividades; 3) o “fazer junto” o que faz sentido; 4) a ampliação da autonomia e participação social; e 5) a construção de projetos de vida. As aproximações entre o núcleo da

Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil são resultado dos processos históricos similares pelos quais passaram este núcleo e este campo no contexto da Reforma Psiquiátrica (especialmente brasileira), e traduzem as compreensões teóricas uníssonas e atuais de ambos em defesa das infâncias e adolescências, do cuidado em rede e em liberdade, da preservação da autonomia e cidadania e da valorização desta população enquanto sujeitos ativos e protagonistas da própria história, evidenciando-se, assim, a importância e potência do núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Saúde Mental Infantojuvenil; Campo e Núcleo profissional.

“What is done, how is it done, why is it done?” – Focusing on the core of Occupational Therapy in the field of child and adolescent mental health

ABSTRACT

The field of child and youth mental health is understood as a multidisciplinary field, where different professional cores, including Occupational Therapy, interrelate, supporting each other in the fulfillment of theoretical and practical activities within this field. The available literature incipiently identifies the elements that characterize the professional core of Occupational Therapy in the field of child and adolescent mental health, pointing to the importance of deepening the knowledge in this theme. Thus, the present study had the general objective of identifying the perspective of occupational therapists involved in the psychosocial care of children and adolescents about the professional core of Occupational Therapy in the field of child and adolescent mental health. As specific objectives, the study sought to: identify aspects that support and/or influence the practices of occupational therapists in the field of mental health of children and adolescents; and analyze how other professionals involved in the psychosocial care of children and adolescents describe and evaluate the practice of occupational therapists in the field of child and adolescent mental health. An exploratory-descriptive study was carried out, with a qualitative and quantitative approach, in two phases. In Phase 1, 107 professionals participated, of which 59 were occupational therapists and 48 non-occupational therapists, who answered an online questionnaire. The questionnaire began with multiple-choice questions related to the sociodemographic aspects of the participants, followed by open questions about aspects and elements perceived about the core of Occupational Therapy in the field of child and youth mental health. In Phase 2 had the participation of 32 professionals who had participated in the first phase, of which 20 were occupational therapists and 12 non-occupational therapists. In this phase, four online focus groups were performed, two with each group of participants. The focus groups aimed to deepen the discussion about the professional core of Occupational Therapy in the field of child and adolescent mental health. The results of the sociodemographic evaluation, obtained with the questionnaire, were analyzed using descriptive statistics, while the data obtained in the open questions of the questionnaire and in the focal groups were analyzed using the Iramuteq® software. The results obtained with the sociodemographic questions of the questionnaire indicated a majority participation of cisgender women, occupational therapists and residents of the State of São Paulo. Among the non-occupational therapist participants, the participation of psychologists, nurses and social workers, respectively, stood out. Most of the participants were post graduated professionals and had previous experience working in Centers for Psychosocial Care (CAPS) for children and adolescents. The analysis of the results of the open questions of the questionnaire and of the focal groups, allowed answering the questions that appear in the title of this research. Regarding the question of what Occupational Therapy does and how it does in the field of child and adolescent mental health, the following were found: 1) the focus on occupations and on daily life activities; 2) the acting on routines and based on the daily lives of individuals; 3) the integral perspective on the subjects; 4) the weave of networks and intersectionality; 5) the acting on interface with the field of Education; 6) the acting in situations of intense psychic suffering and handling crisis situations; 7) the acting on situations of vulnerabilities and violence; and 8) the acting in the most serious and complex cases. As for why Occupational Therapy works in this way in this field, the results showed an approximation between the core of Occupational Therapy and the premises of psychosocial care of children and adolescents, which support the field of child and adolescent mental health, in the following aspects: 1) the importance of welcoming and listening; 2) valuing identities and subjectivities; 3) “doing together” what makes sense; 4) the expansion of autonomy and social participation; and 5) construction of life

projects. The approximations between the core of Occupational Therapy and the field of child and adolescent mental health are the result of similar historical processes that this core and this field have gone through in the context of the Psychiatric Reform (especially Brazilian). They translate the unison and current theoretical understandings of both field and core in defense of childhoods and adolescences, of the care in a network setting and in freedom, the preservation of autonomy and citizenship and the appreciation of this population as active subjects and protagonists of their own history. It makes evident the importance and potency of the Occupational Therapy core in the field of child and youth mental health.

Key-words: Occupational Therapy; Child and Adolescent Mental Health; Professional Field and Professional Core.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD: Atividades de Vida Diária

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

APAE: Associação de Pais e Amigos do Excepcionais

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSij: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CHD: Classificação Hierárquica Descendente

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREFITO: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

COVID-19: *Corona Virus Disease*

DI: Deficiência Intelectual

DGD: Distúrbios Globais do Desenvolvimento

DPAC: Distúrbio do Processamento Auditivo Central

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

HCNPO: Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira

MTSM: Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NPV: Núcleo de Prevenção à Violência

PADI: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

PNH: Política Nacional de Humanização

PSF: Programa Saúde da Família

PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAPSij: Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

RCLE: Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

SAICA: Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

SPA: Substâncias Psicoativas

SUS: Sistema Único de Saúde

TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA: Transtorno do Espectro Autista

TGD: Transtornos Globais do Desenvolvimento

TO: Terapeuta Ocupacional

TOD: Transtorno Opositor Desafiador

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Apresentação utilizada pela pesquisadora para conduzir os grupos focais com os participantes TOs.
- Figura 2 – Apresentação utilizada pela pesquisadora para conduzir os grupos focais com os participantes NÃO TOs.
- Figura 3 – Idades dos participantes do estudo.
- Figura 4 – Localidade dos participantes do estudo.
- Figura 5 – Número de habitantes da cidade onde residiam os participantes do estudo.
- Figura 6 – Escolaridade dos participantes do estudo.
- Figura 7 – Área de formação dos participantes do estudo.
- Figura 8 – Profissão dos participantes quando da participação no estudo.
- Figura 9 – Tipo de vínculo empregatício dos participantes quando da participação no estudo.
- Figura 10 – Locais onde os profissionais trabalhavam quando da participação no estudo.
- Figura 11 – Experiências profissionais na Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil dos participantes do estudo.
- Figura 12 – Tempo de atuação dos profissionais na RAPSij quando da participação no estudo.
- Figura 13 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* “TOs – Fase 1”.
- Figura 14 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* “TOs – Fase 2”.
- Figura 15 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* “NÃO TOs – Fase 1”.
- Figura 16 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* “NÃO TOs – Fase 2”.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características do Modo Asilar e do Modo Psicossocial segundo Costa-Rosa (2000).

Quadro 2 – Caracterização dos participantes terapeutas ocupacionais na Fase 2.

Quadro 3 – Caracterização dos participantes não terapeutas ocupacionais na Fase 2.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Saúde Mental e Atenção Psicossocial Infantojuvenil	17
1.1.1 Percurso histórico: do manicômio à reforma psiquiátrica.....	17
1.1.2 Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes	22
1.1.3 Mudança paradigmática	28
1.1.4 Da teoria à prática	33
1.1.5 Desafios atuais.....	37
1.2 Campo e Núcleo.....	41
1.3 Terapia Ocupacional	47
1.3.1 História e constituição da profissão no mundo e no Brasil	47
1.3.2 Terapia Ocupacional em Saúde Mental	52
1.3.3 Terapia Ocupacional e saúde mental infantojuvenil	56
2 OBJETIVOS	67
2.1 Objetivo Geral.....	67
2.2 Objetivos Específicos	67
3 METODOLOGIA.....	68
3.1 Aspectos éticos	68
3.2 Fase 1	69
3.2.1 Participantes	69
3.2.2 Local.....	69
3.2.3 Instrumento para a coleta dos dados	69
3.2.4 Procedimentos	70
3.2.4.1 Construção e adequação do questionário	70
3.2.4.2 Identificação e localização dos participantes	71
3.2.4.3 Coleta de dados	71
3.2.4.4 Análise de dados.....	72
3.3 Fase 2	73
3.3.1 Participantes	73
3.3.2 Local.....	75
3.3.3 Instrumentos	75
3.3.4 Procedimento para coleta de dados	76

3.3.5 Procedimento para análise de dados.....	79
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes - Resultados e discussão	81
4.2 Resultados da Fase 1 (questões abertas dos questionários) com os participantes terapeutas ocupacionais	92
4.3 Resultados da Fase 2 (grupos focais) com os participantes terapeutas ocupacionais...	110
4.4 Resultados da Fase 1 (questões abertas dos questionários) com os participantes não terapeutas ocupacionais	129
4.5 Resultados da Fase 2 (grupos focais) com os participantes não terapeutas ocupacionais	149
4.6 Discussão	173
4.6.1 O que se faz e como se faz: a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil	173
4.6.2 Por que se faz: relações entre a Terapia Ocupacional e a Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes.....	191
5 ALGUMAS RESPOSTAS, OUTRAS PERGUNTAS...	200
REFERÊNCIAS	206
APÊNDICES	224
APÊNDICE A – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 1	225
APÊNDICE B – Questionário	227
APÊNDICE C – Roteiro para condução dos grupos focais com participantes TOs.....	236
APÊNDICE D – Roteiro para condução dos grupos focais com participantes NÃO TOs.	237
APÊNDICE E – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 2	239
ANEXO.....	241
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	242

APRESENTAÇÃO

Ter esta tese em mãos inevitavelmente me faz resgatar os diversos caminhos pelos quais minha vida pessoal e profissional passou e que foram determinantes para que eu chegasse aqui. A infância, a adolescência, o processo de escolha do curso de graduação, a faculdade, o aprimoramento, o mestrado, as experiências profissionais na assistência e na academia, as diversas mudanças de cidade, as construções de redes de apoio, o momento atual de defesa desta tese. Hoje vejo o modo como cada etapa deste processo impulsionou o desejo e a coragem de enfrentar o doutorado e de segui-lo, mesmo com tantos questionamentos pessoais e adversidades contextuais.

Faz-se necessário contextualizar que esta tese é produto de um segundo projeto de pesquisa realizado durante o processo de doutoramento. O primeiro projeto, idealizado desde o início do curso, necessitou ser abruptamente interrompido devido à pandemia de COVID-19¹, que assolou o Brasil e o mundo no ano de 2020. Nesta época, o referido projeto de pesquisa estava em fase de coleta de dados. Tentamos adaptar a coleta para o formato *online* e adotar outras estratégias para favorecer sua continuidade, sem, entretanto, muito sucesso, o que nos fez optar pelo encerramento do estudo.

No meio do terceiro ano do processo de doutoramento, com muito desânimo e incertezas, mas também com muita paciência e impulsionamento da minha orientadora, passei a resgatar minhas motivações, desejos e inquietações. Resgatei minhas raízes pessoais e profissionais e identifiquei um local de convergência entre as minhas preocupações de vida e de mundo e a minha ética profissional enquanto terapeuta ocupacional e profissional da saúde mental e saúde mental infantojuvenil. Este é o local onde encontro conforto, pertencimento e sentido de ser.

É destes afetos resgatados que emerge o intento para a realização da presente pesquisa. Objetivamos, aqui, fortalecer e demarcar a importância do núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, a partir do diálogo com profissionais atuantes neste campo.

¹ A COVID-19 é uma doença infecciosa causada por um novo coronavírus denominado SARS-CoV-2. Os principais sintomas causados por este vírus são febre, cansaço e tosse seca, porém outros sintomas menos comuns também podem aparecer. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tomou conhecimento deste novo vírus em 31 de dezembro de 2019, após casos notificados em Wuhan, na China. A doença chamou atenção devido à alta transmissibilidade. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (OPAS, 2022).

O material que se segue foi produzido com a entrega e a intensidade que me são características e demarca o encerramento de um ciclo que colocou em ebulição uma série de sentimentos, desejos e afetos. Foi produzido durante a maior crise sanitária da história do nosso país, em um contexto de completa devastação social, abandono político, miséria e luto. Carrega consigo a potência da voz dos profissionais das redes públicas de saúde, educação e assistência, que tentam resistir e sobreviver. Simboliza parte das bonitezas que conseguimos produzir em comunidade neste processo de tantas perdas e é, portanto, sinal de luta e resistência.

O conteúdo deste manuscrito está organizado em cinco capítulos, os quais se iniciam com a fundamentação teórica, onde é apresentada a temática da pesquisa, em quatro subcapítulos, bem como a justificativa para a realização do estudo. A seguir, são apresentados os objetivos gerais e específicos. Na sequência, são esclarecidos o tipo de estudo e a abordagem utilizada, bem como delineado o percurso metodológico, explicitando os participantes, o campo e os procedimentos para coleta e análise dos dados. Em seguida, são apresentados os resultados e a discussão com base na literatura e, por fim, são feitas as considerações finais, nas quais são sintetizadas algumas respostas e levantadas outras perguntas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde Mental e Atenção Psicossocial Infantojuvenil

1.1.1 Percurso histórico: do manicômio à reforma psiquiátrica

O histórico de cuidado ao sofrimento psíquico é, mundialmente, marcado por estigma, exclusão e ausência de dignidade. Paulo Amarante, em obra publicada em 2007, traz um retrospecto do modo como a loucura foi sendo compreendida e tratada, desde o século XVII, e o modo como tal compreensão foi sendo transformada e sustentando mudanças políticas e assistenciais aos indivíduos em sofrimento psíquico ao redor do mundo.

Amarante (2007) contextualiza que, inicialmente enquanto instituições de caridade e, em seguida, enquanto instituições médicas, os hospitais sempre foram os locais designados aos sujeitos que destoavam da ordem social vigente, sendo o princípio do isolamento e da segregação a principal estratégia adotada como cuidado. O autor também ressalta a figura de Philippe Pinel, o qual ficou conhecido como fundador da psiquiatria e, também, do conceito de alienação mental, que remetia à perda da razão, irracionalidade, descontrole e periculosidade. Sendo assim, estando o alienado incapaz de discernir entre o certo e o errado, e representando, portanto, risco à sociedade, “o primeiro e mais importante passo para o tratamento, de acordo com Pinel, seria o isolamento” (AMARANTE, 2007, p. 31).

O isolamento se dava em instituições hospitalares, comandadas por médicos e pelo saber exclusivo da psiquiatria, e sustentadas, neste momento, pelo princípio do Tratamento Moral. Compreendia-se que o hospital tinha funções terapêuticas e disciplinares e que o conjunto de medidas ofertadas reeducaria a mente dos alienados, devolvendo-lhes a consciência e afastando-lhes os delírios e ilusões (AMARANTE, 2007).

Os alienados, destituídos do direito à cidadania, poderiam recuperá-la mediante o trabalho. Regras intelectuais e morais eram-lhes duramente impostas. O contato com o ambiente externo ao hospital era proibido. Confundiam-se os limites entre loucura e sanidade. Evidenciavam-se registros de violência contra os indivíduos institucionalizados. Estes fatores, pontuados por Amarante (2007), levaram, segundo o autor, à perda da credibilidade dos hospitais psiquiátricos e, conseqüentemente, da própria psiquiatria, exigindo mudanças organizacionais.

Tentou-se investir nas colônias de alienados como estratégia para resgatar o potencial terapêutico da psiquiatria, transferindo os pacientes para áreas e atividades agrícolas, sem,

entretanto, que isto gerasse grandes mudanças no modelo de cuidado ofertado até então (AMARANTE, 2007). Com a ocorrência das duas grandes Guerras Mundiais, ocorreu também a percepção de que o modo como as pessoas eram mantidas nos campos de concentração assemelhava-se ao modo como os pacientes eram mantidos nas instituições psiquiátricas, ou seja, um cenário de ausência total de dignidade humana (AMARANTE, 2007). A partir de então, deu-se início a uma série de experiências de transformação do tratamento psiquiátrico em países como Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália, sendo cada modelo influenciado por uma corrente teórica.

A reforma psiquiátrica italiana, que acabou por influenciar a reforma psiquiátrica brasileira, foi comandada pelo psiquiatra Franco Basaglia e iniciada no início dos anos 60, com a proposta de reforma do hospital psiquiátrico da cidade de Gorizia, localizada no norte da Itália. Nesta época, a psiquiatria já se dava conta de que as instituições psiquiátricas, originalmente criadas para tornar o sujeito inofensivo, acabavam por aniquilar toda sua individualidade e impor-lhe uma condição mórbida de vazio emocional, sendo, portanto, necessário adotar a liberdade como passo inicial para o tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico (BASAGLIA, 2005).

Basaglia defendia o fechamento total e imediato dos hospitais psiquiátricos, justificando que sua existência, ainda que em novos formatos, sancionaria formas disfarçadas de manicomialização. O autor era, ainda, radical em compreender que, para a superação do modo de cuidado manicomial, era necessária não apenas a derrubada de seus muros, mas um profundo e complexo processo de transformação social, que envolvia a estrutura física do hospital, os saberes e as práticas científicas, bem como as fundamentações sociais e políticas vigentes (BASAGLIA, 2005; AMARANTE, 2007).

Em vistas de efetivar a ruptura e a transformação pretendidas, Basaglia passou a propor, então, conforme relatado por Amarante (2007), a criação de serviços de caráter territorial, substitutivos às instituições manicomiais, que eram denominados como Centros de Saúde Mental. Tais serviços eram regionalizados e propunham modificar não apenas o cuidado ofertado ao indivíduo em sofrimento, mas também o lugar social da loucura, promovendo convivência e proximidade entre a sociedade e as pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007).

Ressalta-se, aqui, a mudança conceitual e teórica pela qual passou a criação deste novo modelo de cuidado, inicialmente embasado pela psiquiatria e, agora, ancorado em um conceito mais amplo, de saúde mental. Segundo Amarante (2007), a saúde mental consiste em uma área complexa do conhecimento que engloba uma série de saberes que se entrecruzam, tais como a

própria psiquiatria, além da neurologia, psicologia, fisiologia, antropologia, sociologia, história, geografia, dentre outros, não estando, portanto, restrita à ação do médico psiquiatra. Para Saraceno (1999), o conceito de saúde mental serviu para introduzir na psiquiatria uma abordagem holística e pluridisciplinar, “que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença” (SARACENO, 1999, p. 145).

Deste modo, Basaglia reforçou a compreensão de que a doença mental não era algo externo aos indivíduos, mas, ao contrário, fazia parte da existência global e complexa dos sujeitos, outrora invisibilizados e reduzidos a sintomas. Foi proposta, então, a ampliação do olhar para o cotidiano, a família, o trabalho, os projetos e desejos da pessoa em sofrimento psíquico. Os espaços de tratamento deveriam ser espaços potentes de convivência e acolhimento, e não de exclusão e repressão. Retoma-se o atributo da cidadania, ampliam-se as possibilidades de inclusão e participação social, por exemplo, por meio da criação de cooperativas de trabalho e de residências para os egressos das internações, e garantem-se os direitos humanos (AMARANTE, 2007).

Este modelo de reforma psiquiátrica ocorrido na Itália influenciou diretamente o processo de transformação do cuidado em saúde mental brasileiro, especialmente após a vinda de Basaglia para o Brasil, a visita ao Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, e a constatação de um cenário de barbárie, detalhado na obra de Godoy (2014). Até então, no Brasil, o caráter asilar, de isolamento, segregação e violência também caracterizava a assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico.

Artigo recente, de Pereira, Duarte e Santos (2022), conta que o Hospital Colônia de Barbacena recebeu, em 1974, pacientes transferidos do Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira (HCNPO), também localizado no Estado de Minas Gerais. Em estudo de caso a partir da análise documental de fontes primárias e bibliográficas sobre o HCNPO e as políticas referentes ao cuidado de crianças e adolescentes nele institucionalizados, os autores encontraram que o HCNPO, desde sua inauguração, em 1931, já recebia crianças e adolescentes. O tratamento psiquiátrico oferecido a esta população era o mesmo realizado com os indivíduos adultos, isto é, choques elétricos sem critérios de dosagem, contenção com camisas de forças e outros equipamentos com tal finalidade e isolamento em celas fortes, além da medicalização e da ausência de promoção de atividades. A alfabetização também não era uma prioridade da instituição. As crianças e adolescentes, que já tinham sua cidadania e autonomia negadas pela condição de “menores”, ao serem tidos como “loucos”, tinham seus corpos duplamente violentados pela instituição e pelo Estado (PEREIRA; DUARTE; SANTOS, 2022).

Devera e Costa-Rosa (2007) trazem um retrospecto histórico do processo de reforma psiquiátrica brasileira e as transformações legais, ideológicas e práticas pelas quais o país passou até a constituição do modelo de assistência em saúde mental vigente no ano da publicação do material. Os autores pontuam a criação do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, como marco da institucionalização não apenas dos pacientes, mas, também, de um lugar de exercício da ciência psiquiátrica, com todos os pressupostos nela arraigados e elencados no decorrer deste manuscrito.

Os autores ainda apontam que o Tratamento Moral, o modelo de colônias e o higienismo também foram copiados da Europa e sustentaram por muitas décadas a estrutura de cuidado psiquiátrico brasileiro, havendo, apenas no ano de 1931, o surgimento de uma incipiente e frágil proposta de reforma do modelo hospitalocêntrico, caracterizada pela criação de serviços abertos e suplementares aos hospitais (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Este movimento, entretanto, apenas ganhou força e estrutura a partir da década de 70, contemporaneamente ao movimento de Reforma Sanitária brasileiro, como retrata documento do Ministério da Saúde, publicado em 2005 (BRASIL, 2005b).

Yasui (2010) relembra que o golpe militar de 1964 transformou a psiquiatria em uma prática hegemônica aliada aos princípios de lucro e mercado vigentes. Apesar de hegemônico, o modelo psiquiátrico sempre recebeu críticas, que se fortaleceram com a influência dos movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana. O autor pontua que, então, passaram a surgir movimentos e documentos internacionais que recomendavam a reformulação da assistência em saúde e saúde mental. Somado a isso, a importante crise financeira dos últimos anos do governo militar brasileiro acabou por favorecer a ascensão de movimentos sociais reformistas e democráticos, que pautavam, dentre outras reformas, a do modelo de saúde brasileiro. Tais movimentos atingiram a criação do Sistema Único de Saúde e a implementação da Lei Orgânica da Saúde (YASUI, 2010).

No âmbito da assistência em saúde mental, o ano de 1978 é citado como marco do início de uma militância social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, representada pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que incluía, além dos trabalhadores, os próprios usuários, seus familiares e outros membros civis e associações. Este movimento passou a denunciar e criticar o modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais, impulsionando mudanças assistenciais, paradigmáticas e políticas a partir de então (BRASIL, 2005b; BRASIL; LACCHINI, 2021).

Em 1987, o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado no município de Bauru, no Estado de São Paulo, adotou como lema “Por uma

sociedade em manicômios”. No mesmo ano, foi criado o primeiro CAPS no Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, atualmente ainda em funcionamento, conhecido como CAPS Itapeva, no município de São Paulo (BRASIL, 2005b; BRASIL, LACCHINI, 2021).

Dois anos mais tarde, no município de Santos, também no Estado de São Paulo, foi dado início a uma intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, sendo que tal experiência foi expressiva o suficiente para se tornar o marco do movimento de reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005b). Ainda em 1989, foi proposta a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais associada à determinação de extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, por meio de um projeto de lei do deputado Paulo Delgado.

Vê-se que o panorama brasileiro dos anos 80 difere consideravelmente das décadas anteriores.

Ao finalizar os anos 80, tínhamos um panorama muito distinto daquele encontrado no final dos anos 70. Era um país diferente, com a eleição direta para Presidência da República, com uma nova Constituição, com a perspectiva e a esperança da construção de uma nação mais soberana e democrática. No campo da saúde, a mobilização continuava em torno da institucionalização da Reforma Sanitária, especialmente na luta pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde. No âmbito da saúde mental, a partir de uma situação em que havia apenas o hospital psiquiátrico, encontramos, no raiar dos anos 90, os seguintes fatos: a exemplaridade de algumas importantes experiências singulares e paradigmáticas, como a do Caps Luiz Cerqueira, a organização da saúde em Santos e os centros de convivência; um movimento organizado nacionalmente, representado pelo Movimento da Luta Antimanicomial; a ampliação da organização de associações de usuários e familiares; o início da mudança na legislação federal e a criação de leis em vários estados e municípios, e o começo da institucionalização da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2010, p. 50).

Apenas em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o projeto de lei foi sancionado com modificações, originando a importante e conhecida Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. A partir de então, um novo ritmo construtivo foi imposto ao processo de reforma psiquiátrica brasileiro. Ações em todas as esferas de governo, articuladas com os movimentos sociais, efetivaram a transição do modelo de cuidado em saúde mental. Por uma via, impulsionou-se a construção de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao modelo hospitalar. Por outra, reduziu-se progressivamente os leitos psiquiátricos existentes. Estas ações marcaram a consolidação da Reforma Psiquiátrica enquanto política pública brasileira (BRASIL, 2005b).

Quando se fala, nos parágrafos até aqui apresentados, sobre a recente transformação do processo de cuidado em saúde mental no Brasil e no mundo e sobre a também recente implantação de políticas públicas brasileiras direcionadas às demandas do indivíduo em sofrimento psíquico, pode-se inferir que se tratam de transformações e políticas direcionadas ao público adulto. Pouco, ou nada, é citado no movimento de reforma psiquiátrica brasileiro acerca das especificidades e necessidades da população infantojuvenil. Na subseção seguinte, objetiva-se problematizar essa questão e direcionar luz ao processo de construção do modelo de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no Brasil.

1.1.2 Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes

A literatura vigente é unânime em concordar que a atenção e o investimento direcionados à saúde mental de crianças e adolescentes, do ponto de vista assistencial e de políticas públicas, foi ainda mais tardio do que o voltado para a população adulta e é, ainda hoje, incipiente e insuficiente (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; COUTO; DELGADO, 2015; REIS *et al.*, 2016a; TAÑO; MATSUKURA, 2015; FERNANDES *et al.*, 2020).

Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), as políticas de saúde mental brasileiras estão relacionadas, em geral, aos problemas da população adulta, e pouco são consideradas as especificidades da população infantojuvenil, no que diz respeito aos tipos de transtorno, aos fatores de risco e de proteção, às estratégias de intervenção e à organização dos sistemas de serviços.

Fernandes *et al.* (2020) corroboram esta percepção, ressaltando que, apesar de a RAPS ter sido pensada para todos os grupos que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico, ela vem sendo estruturada com base no cuidado a adultos, o que impacta no modo como se dá o cuidado aos não adultos na prática. “A hipótese é a de que os parâmetros para a sua constituição descenderam, em sua maioria ou até integralmente, daquilo que se tinha enquanto modelo e filosofia de cuidado em saúde mental para a população adulta” (FERNANDES *et al.*, 2020, p. 732).

Reis e colaboradores, em capítulo de livro publicado em 2016a, trazem um relato histórico da saúde mental infantojuvenil no mundo e no Brasil. Os autores apontam que, até o século XIX, no Brasil, prevaleciam as ideias de controle moral e social, e que o objetivo era disciplinar as crianças de modo que se tornassem adultos adequados às normas sociais. A difusão das ideias higienistas, importadas da Europa, impôs o objetivo de prevenção das doenças mentais, antes que as crianças e adolescentes necessitassem de atendimento hospitalar, gerando a cobrança de que as famílias modificassem os comportamentos de seus filhos e os

ajustassem aos ambientes físico e social. Os mesmos autores ainda acrescentam que, se a abordagem em saúde mental infantojuvenil não estivesse, à época, centrada na delinquência, direcionava-se à deficiência, ficando a cargo das instituições filantrópicas, como foi o caso da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), criada em 1954, no Rio de Janeiro, com o objetivo de promover atenção às pessoas com deficiências (REIS *et al.*, 2016a).

Apenas a partir dos anos 70, coincidindo com o processo de redemocratização do Brasil e com o processo de reforma psiquiátrica brasileira, a literatura aponta para três movimentos diretamente relacionados com a alavancada da constituição do campo da saúde mental infantojuvenil no país (REIS *et al.*, 2016a). O primeiro movimento citado pelos autores foi a Reforma Sanitária, instituída com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a), universalizando e democratizando a política de saúde que passaria a vigorar no Brasil.

O segundo movimento citado foi a Reforma Psiquiátrica, estabelecida pela Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), que estruturou juridicamente o modelo de cuidado territorial em saúde mental, instituído a partir de então, conforme já citado neste manuscrito. Por fim, o terceiro movimento elencado pelos autores foi a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, sob a Lei nº 8.069 de 1990 (BRASIL, 1990b). Este marco legal permitiu que a população infantojuvenil alçasse o lugar de sujeitos de direitos, com proteção judicialmente garantida.

Esse dispositivo, capaz de garantir proteção de crianças e adolescentes e de lhes conferir condição plena de sujeitos, adquire ainda maior relevo quando se sabe que eles são pessoas em processo de desenvolvimento e de construção dos diversos aspectos que compõem suas possibilidades psicológicas e sociais de interagir consigo e com o mundo, ao mesmo tempo que se encontram em situação de dependência em relação ao meio que vivem, decorrendo daí maior vulnerabilidade (REIS *et al.*, 2016a, p. 127).

Os movimentos supracitados foram importantes para levantar o debate sobre as demandas em saúde mental de crianças e adolescente, mas, apenas nos anos 2000, é que se pode considerar a efetiva inclusão de tais demandas na agenda política brasileira, por meio da Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a). Esta portaria, que estabeleceu as modalidades de CAPS que comporiam a Rede de Atenção Psicossocial, citou, pela primeira vez, a existência dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, os CAPSi, que seriam dispositivos estratégicos e especializados na atenção a crianças e adolescentes com experiência do sofrimento psíquico intenso. Segundo Reis *et al.* (2016b, p. 187), “os CAPSi inauguraram,

na história do Brasil, a primeira experiência generalizada e pública de acolhimento e cuidado para com adolescentes e crianças padecendo de sofrimento psíquico”.

Na contramão do investimento em políticas, pesquisas, equipamentos e recursos voltados à complexidade específica da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, dados epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde de 2001 já estimavam que 10 a 20% da população mundial de crianças e adolescentes apresentavam necessidades de acompanhamento em saúde mental. Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, em 2007, indicou que 24,6% das crianças e adolescentes pesquisados apresentavam problemas de saúde mental, porém sem prejuízo funcional global, enquanto 7,3% apresentavam prejuízo funcional global e, portanto, necessitavam de tratamento (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007).

Revisão de literatura realizada por Paula, Miranda e Bordin (2016) sobre estudos epidemiológicos em saúde mental infantojuvenil publicados no Brasil entre os anos de 2001 e 2009 indicou que os problemas de saúde mental são frequentes entre crianças e adolescentes no Brasil. Os índices de prevalência variaram entre 12% e 24,6% nos estudos que utilizaram instrumentos de rastreamento para a avaliação, e entre 7% e 12,7% nas pesquisas realizadas por meio de entrevistas com informantes. Os autores ainda apontaram a problemática de que os estudos se concentravam em apenas três Estados brasileiros – a saber, São Paulo, Rio Grande do Sul e Bahia – e destacaram a importância da realização de pesquisas nos demais Estados (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2016).

Documentos provenientes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015; 2016), apontam para maior vivência de sofrimento psíquico intenso pela população de adolescentes e reforçam esta compreensão por meio de dados epidemiológicos que revelam um cenário preocupante. Segundo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde, em parceria com a OMS (OMS/OPAS, 2016), o suicídio foi apontado como a terceira causa de morte entre adolescentes de dez a 19 anos, em alguns dos 15 principais países americanos, e a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos a nível mundial. O relatório chama a atenção para o crescimento deste índice ao longo dos últimos anos e aponta o suicídio como sendo consequência da vivência de sofrimento psíquico intenso, especialmente de depressão, o que demanda urgência na efetivação de estratégias de cuidado direcionadas a esta população.

Esses dados são alarmantes, porém é preciso pontuar que o enfoque atrelado aos diagnósticos psiquiátricos e ao cuidado individualizante destes estudos corre o risco de não favorecer um diálogo que considere a complexidade e os diversos fenômenos sociais envolvidos na produção da saúde mental e do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, conforme propõe o paradigma psicossocial (ROSSI *et al.*, 2019; GASPARINI, 2022). Por isso, sem negar

a importância da epidemiologia e da psiquiatria na composição do cenário ampliado e complexo da saúde mental de crianças e adolescentes, faz-se necessário o desenvolvimento de saberes que possam resistir a produções científicas e práticas que sejam silenciadoras dos processos e das necessidades das crianças e adolescentes (JUCÁ; BARROS; LEMOS, 2021; GASPARINI, 2022).

Feita esta consideração e dando continuidade ao panorama apresentado pelos estudos no que se refere à vivência do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, especialmente no Brasil, é preciso pontuar o atravessamento, sem precedentes, da pandemia de COVID-19 que assolou o mundo todo a partir do início do ano de 2020. Esta grave crise sanitária impactou, dentre tantas áreas, a saúde mental de crianças e adolescentes, conforme apontam estudos recentes (CID *et al.*, 2020; GASPARINI, 2022).

Para além da doença em si, a necessidade de medidas para a contenção da contaminação do coronavírus, como o distanciamento social, o fechamento de escolas, serviços, espaços de lazer e outros contextos de circulação, juntamente com a condição de incerteza sobre os desdobramentos da pandemia, trouxeram dificuldades e ocasionaram questões importantes para crianças, adolescentes e suas famílias, especialmente aquelas que experienciavam previamente o sofrimento psíquico intenso e/ou viviam em contextos de maior vulnerabilidade social (CID *et al.*, 2020; MILIAUSKAS; FAUS, 2020; MATA *et al.*, 2021; MINATEL *et al.*, 2021; GASPARINI, 2022).

Com isto, a rede de atenção psicossocial de forma geral, incluindo aquela que se ocupa da população de crianças e adolescentes, se deparou com o desafio da produção do cuidado em saúde mental em um contexto muito adverso, precisando reafirmar o compromisso do cuidado ampliado, a partir da reinvenção de práticas (FERNANDES *et al.*, 2021a; MINATEL *et al.*, 2021). São nos CAPS infantojuvenis que crianças e adolescentes com necessidades complexas de saúde mental e/ou uso prejudicial de álcool, *crack* e outras drogas, que geram sofrimento psíquico intenso, encontrarão o apoio psicossocial adequado para o atendimento de suas demandas individuais, contextuais e sociais (MOURA *et al.*, 2021). Estes serviços são responsáveis, além do acompanhamento clínico terapêutico, pelas articulações nos territórios de abrangência, objetivando a inserção e participação social dos indivíduos (TAÑO; MATSUKURA, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a):

Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar,

possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (BRASIL, 2014a, p. 27).

Documento do Ministério da Saúde, intitulado “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil” (BRASIL, 2005a), traz os princípios que regem a política de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, princípios estes baseados na ética e na lógica da Atenção Psicossocial. O primeiro princípio trazido é a ideia de que o sujeito a ser cuidado é, ainda que criança ou adolescente, um sujeito de direitos. Sendo assim, é importante que este sujeito seja ouvido em seu sofrimento e em suas demandas, com suas próprias palavras, de forma singular. Este princípio orienta que as demandas formuladas pelos adultos que compõem a rede da criança e do adolescente sejam clarificadas enquanto demandas destes sujeitos que as formulam e que estas não devem se sobrepor à voz do sujeito em questão (BRASIL, 2005a).

O segundo princípio trazido pelo documento é o do acolhimento universal. Este princípio orienta que “as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infantojuvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida” (BRASIL, 2005a, p. 12). O documento é claro em especificar que não necessariamente o serviço deve absorver a demanda, considerando as possibilidades e modalidades de cada dispositivo, mas que o sujeito deve ser acolhido, ouvido e sua demanda legitimada para, então, serem pensados os encaminhamentos, se for o caso. Assim, o documento já se direciona para o terceiro princípio, o do encaminhamento implicado.

Este princípio orienta que o dispositivo que faz o encaminhamento esteja implicado neste processo, de modo a acompanhá-lo em todo o seu percurso, garantindo que chegue ao seu destino e, muitas vezes, disponibilizando-se para a realização de um trabalho articulado com o outro dispositivo. O documento também discute sobre as situações em que chegam aos serviços de saúde mental infantojuvenil encaminhamentos advindos de outros dispositivos da rede intra ou intersetorial, que não se enquadram enquanto demandas de saúde mental, apontando para a importância do processo de esclarecimentos e desconstrução da demanda (BRASIL, 2005a).

Na sequência, o documento traz o princípio da construção permanente da rede (BRASIL, 2005a), direcionando atenção para o trabalho contínuo de interlocução entre os diversos dispositivos do território, para além das ações técnicas e terapêuticas cotidianamente desenvolvidas dentro de cada serviço. Deste modo, revela a construção da rede como um princípio permanente e inesgotável, intimamente articulado com o princípio subsequente: o do

território. O documento reforça a compreensão de território para além dos limites espaciais e geográficos, afirmando que o mesmo inclui as esferas pessoais e institucionais que atravessam a existência do sujeito, constituindo seu “*lugar psicossocial*” (BRASIL, 2005a, p. 13, grifo do autor).

Considerando o conceito de território acima apresentando, é possível elencar o último princípio citado pelo documento, a saber, a intersectorialidade (BRASIL, 2005a). Recente estudo de revisão integrativa de literatura, realizado por Souza *et al.* (2021), encontrou avanços significativos que a intersectorialidade promove na vida e no desenvolvimento da população infantojuvenil. Os autores buscaram estudos publicados entre os anos de 2005 e 2019 com o objetivo de descrever as evidências sobre a repercussão de programas/ações/estratégias intersectoriais na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em vulnerabilidade social. Como resultados, encontraram que as ações intersectoriais repercutiram, dentre outros pontos, na qualidade da atenção em saúde mental e na qualidade de vida de crianças e adolescentes (SOUZA *et al.*, 2021).

Destaca-se, assim, a importância de que o trabalho dos serviços de saúde mental infantojuvenil aconteça de modo articulado entre si e com todos os dispositivos, da saúde e outros setores, que fazem parte do território do sujeito. Taño, Matsukura e Minatel (2021) pontuam que tal articulação não se resume a contatos e reuniões esporádicos com outros setores, mas que estas ações são o início do desenvolvimento de uma construção intersectorial. As autoras reforçam que, para sua efetiva implantação frente ao enfrentamento das demandas complexas do território, é necessário considerar a intersectorialidade não apenas como uma técnica aplicada às condutas, mas como uma estratégia política.

O aprofundamento no estudo sobre a saúde mental e a atenção psicossocial infantojuvenil evidencia que a temática da intersectorialidade consiste em um desafio presente no campo. A literatura tem apontado, por exemplo, que, a despeito do avanço das políticas de cuidado, há fragilidades, tais como de abertura dos CAPSij para ações intersectoriais e territoriais, desconsiderando o trabalho em rede e o encontro com outros atores como uma dimensão ética do cuidado e como potência para a construção de projetos singulares (AMSTALDEN; HOFFMAN; MONTEIRO, 2016).

Estudo de Lourenço, Matsukura e Cid (2020), que teve como objetivos identificar a compreensão de gestores de Unidades de Saúde da Família de municípios que não contam com CAPSij sobre saúde mental infantojuvenil, bem como sua percepção sobre o entendimento que as equipes têm acerca da saúde mental infantojuvenil, identificou dificuldade dos profissionais da atenção básica com a temática. Os resultados obtidos apontaram para a compreensão das

questões de saúde mental, por parte dos profissionais, restrita aos fatores econômicos e sociais das crianças e dos adolescentes. Também apontaram que o médico e o enfermeiro são os profissionais nos quais está centrada a atenção a estes casos e que há uma dificuldade no trabalho no território. As autoras indicaram a importância do fortalecimento do matriciamento e das ações de formação continuada para os profissionais (LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020).

Estudo de Fernandes *et al.* (2020) defende o cuidado em rede e ressalta que, para sua viabilidade, é necessário amparo legal, financeiro e técnico, tanto nos dispositivos da saúde, quanto nos outros setores. O estudo também indica como principal desafio da atualidade “pensar estratégias para ativar nos CAPS, especificamente nos CAPSi, seu potencial para o estabelecimento de laços e parcerias com outros dispositivos e profissionais a fim de ser capaz de viabilizar a tessitura de uma rede de cuidados” (FERNANDES, *et al.*, 2020, p. 734).

Telles (2016) traz outra importante crítica sobre a forma como tem sido feito o cuidado à criança no âmbito da saúde mental, resgatando o processo histórico de constituição deste tipo de cuidado no mundo. A autora chama a atenção para as contradições entre os modelos propostos e como efetivamente ocorre a prática. Enquanto recomenda-se a interdisciplinaridade e o conceito de bem-estar biopsicossocial, na prática, centraliza-se a problemática no sujeito e inicia-se a busca pela adaptação. As proposições se distanciam da lógica do sujeito e do sentido, como sugerem as demais disciplinas que compõem o campo da saúde mental, e se aproximam do campo científico e normatizador que é a psiquiatria.

Neste sentido, importa analisar, discutir e demarcar, com maior profundidade, tais contradições e divergências, direcionando luz ao que consiste específica e claramente a transformação assistencial e paradigmática da saúde mental no Brasil, e as radicais rupturas sobre as quais se sustenta o modelo da Atenção Psicossocial, um dos referenciais teóricos adotados neste estudo. Esta discussão será realizada na subseção que se segue.

1.1.3 Mudança paradigmática

Esta seção parte da identificação e do reconhecimento de um processo de transição paradigmática no modo de compreensão e cuidado do sofrimento psíquico, que não implicou apenas em um rearranjo técnico-assistencial, mas numa transformação profunda e radical nos fundamentos, nas práticas e no lugar social da loucura (YASUI, 2016).

A transição paradigmática supracitada será apresentada a partir dos estudos de Costa-Rosa (2000) e Amarante (2007).

Costa-Rosa (2000) propõe pensar na existência de dois modos básicos de práticas em saúde mental: o modo asilar e o modo psicossocial. Segundo o autor, o modo psicossocial surge a partir de diferenciações e rupturas radicais com as práticas do modo asilar, a partir da reforma psiquiátrica.

Costa-Rosa (2000) cita quatro parâmetros fundamentais nos quais se concentram os aspectos jurídico-ideológicos e teórico-técnicos das práticas em saúde mental, sendo eles: concepção do objeto e dos meios de trabalho (concepções ideológicas sobre saúde, doença e cura e os instrumentos e técnicas de intervenção); formas da organização institucional (modo como se dão as relações dentro das instituições); formas do relacionamento com a clientela (modo de relacionamento com os usuários e a população); e concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos (implicações terapêuticas e éticas de suas práticas).

As características do modo asilar e do modo psicossocial, bem como algumas das importantes diferenciações entre ambos, de acordo com os quatro parâmetros acima descritos, são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Características do Modo Asilar e do Modo Psicossocial segundo Costa-Rosa (2000).

Características do Modo Asilar e do Modo Psicossocial segundo Costa-Rosa (2000)		
	Modo asilar	Modo psicossocial
Concepção do objeto e dos meios de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Paradigma doença-cura - O organismo é o destinatário principal das ações (ênfase nas determinações orgânicas) - O indivíduo é o doente e as intervenções são centradas nele (centro do problema) - Medicamentoso (a eficácia do tratamento vem da química) - O que vai além da psiquiatria é “paramédico” ou “não-médico” - Quando inclui múltiplos profissionais, é no modelo da divisão do trabalho - Tarefas fragmentadas e encadeadas, como se o sujeito fosse uma mercadoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Paradigma existência-sofrimento - A loucura não é um fenômeno individual, mas social - Deslocamento das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto - A loucura e o sofrimento psíquico não são removidos, mas reintegrados como parte do sujeito - Equipe interprofissional - CAPS, hospital dia, ambulatório de saúde mental, equipes de saúde mental inseridas nos hospitais gerais - Consideração de fatores políticos, culturais e biopsicossociais (problemática particularizada) - Psicoterapia, laborterapia, socioterapia, em conjunto com dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação

	<ul style="list-style-type: none"> - O prontuário é a conexão entre os profissionais - A instituição típica é o hospital psiquiátrico fechado - Isolamento familiar e social - Pouca consideração da existência do sujeito (subjetividade) 	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperação da cidadania pela via das cooperativas de trabalho - O sujeito é o participante principal do tratamento - A família e o grupo social são considerados e implicados
Formas da organização institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Vertical: poucos mandam e a maioria obedece - O mando é atributo de competência técnica, setorial ou pessoal - Estratificações de poder e saber - Predominam espaços interditados ao usuário - Usuários e população são excluídos da participação 	<ul style="list-style-type: none"> - Horizontalização das relações de poder (dentre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários) - Descentralização - Geralmente é instrumentada por meio de assembleias - Distinção entre fluxos decisórios e de execução (saber é diferente de poder) - Ênfase na participação popular, não apenas democrática, mas com autogestão - Destituição do imaginário institucional autoritário e repressor
Formas do relacionamento com a clientela	<ul style="list-style-type: none"> - Entre doentes e são (suprimento e carência, sabedoria e ignorância, razão e insensatez) - Instituição como lócus depositário - Interdição do diálogo (mutismo e imobilidade do usuário) - Relações verticais típicas do capitalismo - Assistencialismo (clientela considerada carente) 	<ul style="list-style-type: none"> - As instituições são espaços de interlocução e instância de um “suposto saber” - Intersubjetividade horizontal - Há diálogo - A instituição é ponto de fala e de escuta da população - Integralidade (quanto ao território e quanto à ação) - Interlocução, livre trânsito de usuários e população e territorialização
Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertrofia dos “defeitos do tratamento” (cronificação asilar, medicalização) - Tem como desdobramento a adaptação do sujeito (no mais otimista dos casos) 	<ul style="list-style-type: none"> - A supressão sintomática não é a meta - Singularização, horizontalização e interlocução - Implicação subjetiva e sociocultural

Fonte: adaptado de COSTA-ROSA, 2000, p. 152-164.

A superação do modo asilar e chegada ao modo psicossocial não implica, simplesmente, na destruição dos muros dos hospitais psiquiátricos, mas sim em uma mudança estrutural mais

profunda, com a constituição de “uma ‘nova entrada social’ para pessoas que até então se encontravam barradas física e socialmente de participação na vida familiar e coletiva”, como defende Moreira (2008, p. 87).

Amarante (2007), por sua vez, discute a transição paradigmática debatida nesta seção sob quatro dimensões. São elas: dimensão teórico-conceitual; dimensão técnico-assistencial; dimensão jurídico-político e dimensão sociocultural. O autor esclarece que mudanças reduzidas à reformulação de serviços e introdução de novas técnicas não são capazes de atingir a transformação pretendida, não sendo, portanto, um objetivo em si a ser atingido, mas a consequência de transformações maiores e anteriores. Fala, então, sobre a importância de “começar a pensar o campo da saúde e saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo” (AMARANTE, 2007, p. 63). O autor reforça que as diversas dimensões se entrelaçam neste processo social complexo e que todas as mudanças passam, necessariamente, por elas.

A primeira dimensão citada é a dimensão teórico-conceitual (ou epistêmica). Amarante (2007) critica o fato de que a psiquiatria tradicional se ocupa, fundamentalmente, de doenças e sintomas e propõe uma ruptura epistemológica com este conceito, sugerindo, assim, que passe a se ocupar de sujeitos. Amarante (2007) cita a proposta de Basaglia, de colocar a “doença entre parênteses”, ao contrário do que fazia a psiquiatria, que era colocar o “sujeito entre parênteses”, para, então, serem visibilizados os indivíduos escondidos por trás dos diagnósticos e sintomas.

A ideia da doença entre parênteses pode ser entendida como uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento, que significa a suspensão de um determinado conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que, no caso, é a experiência vivida pelos sujeitos. Desta forma, a doença entre parênteses não significa a negação da existência da ‘doença’, em outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana (AMARANTE, 2007, p. 67).

Ao passo que se propõe a mudança epistemológica acima descrita e passam a surgir os sujeitos, suas subjetividades, seus cotidianos, sua rede de apoio, surge também a necessidade de serem transformadas as técnicas de assistência e cuidado à população em sofrimento psíquico. Assim, é possível considerar a segunda dimensão citada por Amarante (2007): a

dimensão técnico-assistencial. Os serviços e as condutas direcionados à pessoa em sofrimento psíquico não devem ser baseados na repressão, na exclusão e na disciplina, ao contrário, “devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (AMARANTE, 2007, p. 69).

A terceira dimensão citada pelo autor é a dimensão jurídico-política. Amarante (2007) pontua a importância da revisão da legislação, de modo a reconsiderar o direito à cidadania, subtraído do indivíduo em sofrimento psíquico, e garantir-lhes direitos humanos básicos: moradia, trabalho, estudo, lazer, cultura, dentre outros.

Yasui (2010) propõe uma alteração e renomeia esta dimensão como dimensão política. Segundo o autor, a colocação do termo “jurídico” à frente enfatiza, ainda que não propositalmente, mudanças nas leis. Yasui (2010) propõe considerar que esta dimensão abarca uma ruptura maior, de transformação social a partir de uma luta política, que objetiva a democratização do poder e da fala àqueles que não eram considerados cidadãos.

Intimamente ligada a esta percepção está a quarta dimensão trazida por Amarante (2007): a dimensão sociocultural. Reconhece-se, aqui, a importância da inclusão da sociedade no movimento da reforma psiquiátrica, pois, sem ela, não seria possível alterar o imaginário social e o lugar social da loucura. Para tanto, iniciativas culturais, políticas, acadêmicas, esportivas, dentre outras, foram criadas de modo a democratizar e difundir reflexões acerca do sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007). Yasui (2010) reforça a importância de provocar a sociedade a refletir sobre o modo como desqualifica, teme, infantiliza e exclui o indivíduo em sofrimento psíquico, a partir de intervenções culturais.

Amarante (2007) resume a interlocução entre as quatro dimensões acima apresentadas, de modo a garantir a radical transformação pretendida, da seguinte forma:

[...] se recusarmos aqueles conceitos arcaicos e procurarmos sentir e nos relacionar com os sujeitos em sofrimento, se nos dirigir às pessoas e não às suas doenças, podemos vislumbrar espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher suas angústias e experiências vividas; espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades. Contribuímos desta forma para o questionamento prático das legislações e normas excludentes, construindo estratégias efetivas de cidadania e participação social, que são, ao mesmo tempo, fundamentos e comprovações materiais dos novos pressupostos. Em última instância, todo o conjunto de transformações e inovações anteriores contribuem para a construção de um novo imaginário social em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento, que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade [...] (AMARANTE, 2007, p. 73).

Como evidencia o processo de transição paradigmática acima discutido, uma série de transformações passou a acontecer no âmbito do cuidado em saúde mental no Brasil e no mundo. Yasui (2016) pontua que as reflexões teórico-conceituais sustentaram e acompanharam mudanças políticas e assistenciais, articulando saberes e fazeres, o que será aprofundado na próxima subseção.

1.1.4 Da teoria à prática

Considerando o contexto brasileiro, é possível compreender que a transição paradigmática acima apresentada acabou por culminar em um modelo próprio, institucionalizado enquanto política pública, chamada de Atenção Psicossocial. Para Morato (2019, p. 46), “a Atenção Psicossocial parece intitular a própria experiência brasileira de transformação e de conformação de um campo assistencial consequente à somatória de lutas, militâncias, experiências pioneiras emblemáticas e referenciais teórico-práticos”.

Até a década de 70, o termo “psicossocial” remetia apenas à inclusão de aspectos psíquicos e sociais aos aspectos biológicos, que já eram tradicionalmente considerados. A partir dos anos 80, a palavra “psicossocial” passou de um simples termo para um conceito, passando a sugerir transformações no “objeto” da Psiquiatria, bem como no modo de conceber e estruturar a instituição e as relações terapêuticas (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Este conceito – psicossocial – que, por vezes, esteve atrelado às palavras “reabilitação” e “apoio”, encontrou na palavra “atenção” a forma mais adequada para designar os pressupostos pretendidos pela reforma psiquiátrica. Assim, o conceito de Atenção Psicossocial, enquanto política pública de saúde mental, aspira aos anseios de dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente os usuários dos serviços de saúde mental (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Para Yasui (2016), a Atenção Psicossocial se configura como novo paradigma que não apenas articula e nomeia as práticas substitutivas ao paradigma psiquiátrico, como, também, carrega consigo a potência da inclusão crítica de práticas inovadoras em saúde mental, sempre que necessário.

Para a implementação desta nova política de saúde mental, surgem os serviços CAPS – Centros de Atenção Psicossociais. Yasui (2010) define estes dispositivos como a principal ferramenta para a transformação da assistência em saúde mental no Brasil. Os CAPS passam a assumir um lugar estratégico de tessitura de uma rede de cuidados na qual se articulam diferentes serviços, atores e cuidadores.

Esta rede acontece, hoje, dentro do que a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), instituiu como RAPS - Rede de Atenção Psicossocial. Esta política prevê que

a atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico aconteça, de forma articulada, entre a atenção básica, os serviços estratégicos especializados e o território (BRASIL, 2014a).

Pensando nesta rede enquanto um plano concreto de ações, fluxos e dispositivos, sustentado pela ética, estética e política da Atenção Psicossocial, Yasui (2016) propõe pensar em conceitos-ferramenta capazes de lincar o campo abstrato-conceitual com o campo das práticas. Isto é, unir os princípios da atenção psicossocial em condutas e técnicas operacionalizáveis na prática. Os conceitos-ferramenta citados pelo autor e apresentados a seguir são: cuidar, território, responsabilização, acolhimento, equipe, projeto terapêutico singular, rede intersetorial, cotidiano e tempo.

Yasui (2016) questiona o cuidado associado tão somente à doença e propõe pensá-lo enquanto uma característica inerente e de preservação à vida humana. Segundo o autor, o cuidado é relacional e construído no cotidiano. O cuidado em saúde, por sua vez, se faz a partir do reconhecimento do outro em sua versão humana particular e complexa, para além do que indicam seus sintomas e diagnósticos, e da construção de projetos de vida com potencial de expansão em parceria com esse sujeito (YASUI, 2016, p. 104).

A produção de cuidado pretendida pela Atenção Psicossocial é potencializada quando acontece em um lugar físico e simbólico, concreto e relacional, chamado território. Se historicamente o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico era baseado no isolamento, na exclusão e na restrição do espaço, na atenção psicossocial ele deve acontecer no espaço físico do sujeito, de modo que os serviços que compõem tal política devem ter uma base e um caráter territorial e comunitário (YASUI, 2016). Já o território relacional e existencial diz respeito à história social e o sentido que o indivíduo produz com o espaço que habita. Yasui (2016) cita, ainda, os territórios existenciais que, muito além da delimitação geográfica, incluem elementos materiais e afetivos que constituem lugares para se viver.

Yasui (2016) associa o conceito de território com o de responsabilização. O autor reflete que, ao passo que os serviços substitutivos ao manicômio têm um caráter territorial, estes serviços devem se responsabilizar por alcançar todas as demandas sociais dos usuários, acompanhando-os em seus percursos individuais, estimulando sua participação ativa, seu poder contratual e sua cidadania. Para Yasui (2016, p. 106), a responsabilização é um princípio que se concretiza quando se articula com as práticas: “porta aberta para garantir o acesso; acolhimento para garantir uma escuta das necessidades; rede para articular projetos terapêuticos; coletivos para tecer e sustentar os atos”.

O quarto conceito-ferramenta citado pelo autor é o acolhimento. Segundo Yasui (2016), o acolhimento surgiu na prática concreta da recepção do usuário no serviço de saúde mental, e

acabou por alçar um lugar de diretriz ética-estética-política da Política Nacional de Humanização – PHN – a partir de 2003, no Brasil. O autor destaca a importância de receber, ouvir, estar junto do sujeito e olhar para a complexidade de sua existência. Reforça, ainda, que o acolhimento consiste no ponto de partida para a criação de vínculo e o estabelecimento de todo projeto de cuidado posterior.

Sendo o acolhimento uma ferramenta cotidiana de cuidado nos serviços de saúde produzidos pela equipe, Yasui (2016) a coloca – a equipe – como “o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos atos de cuidado” (p. 109). O autor ressalta a importância da superação do modelo de trabalho compartimentalizado, assistencialista e curativo e, para isso, direciona luz a outros dois importantes conceitos.

O primeiro é o da transdisciplinaridade. Baseado nos estudos de Passos e Barros (2000)², Yasui (2016) coloca que, ao contrário de um cenário de multidisciplinaridade, onde diversos profissionais simplesmente compartilham o mesmo espaço de trabalho, a perspectiva da Atenção Psicossocial exige “um intenso diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano. O que produz um borramento entre os limites e fronteiras, constituindo possibilidades diversas para pensar e fazer” (p. 110). Morato (2019) reflete que este borramento é consequência da ruptura com a visão biológica característica da psiquiatria e dos esforços para construção de “um campo teórico-conceitual que se faz a partir do constante diálogo e trocas entre os distintos saberes e disciplinas que dizem respeito ao humano” (p. 148).

O outro conceito trazido por Yasui (2016) em relação ao conceito-ferramenta equipe é o de coletivo. Para o autor, o conceito de coletivo propõe uma superação da dicotomia entre o sujeito e o grupo social, ressaltando que a Atenção Psicossocial se efetiva mediante um agenciamento coletivo de todos os atores que fazem parte da situação.

Seguindo a explanação trazida por Yasui (2016), o próximo conceito-ferramenta discutido é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), ao qual ele associa o conceito de Clínica Ampliada, que, assim como o acolhimento, acabou por alçar o lugar de diretriz pela Política Nacional de Humanização. O autor pontua:

A Atenção Psicossocial apresenta como proposição epistêmica a construção de um objeto para além da doença. O objeto é a vida e sua complexidade, que se configura, se encarna nos sujeitos que comparecem aos serviços e pontos da atenção psicossocial. Nessa perspectiva, a sua clínica deve deslocar o seu sentido das práticas que incidem sobre o indivíduo, reduzindo a tragédia da vida a um conjunto de sintomas e sinais que, articulados, configuram um diagnóstico, a partir do qual se prescrevem as condutas terapêuticas. Trata-se, na Atenção Psicossocial, de olhar para a multiplicidade de aspectos biográficos, familiares, sociais, políticos, econômicos,

² Este referencial será apresentado com maior profundidade na seção 1.2 - Campo e Núcleo.

históricos, culturais, ou seja, para as diferentes dimensões que incidem em sujeitos concretos que, no plano do cotidiano, se agenciam, produzindo subjetividades. Eis aqui os elementos que constituem a Clínica Ampliada como uma diretriz. A complexidade da vida encarnada em singularidades sempre diferentes. As estratégias e atos de cuidado se fazem no/pelo encontro, produto e produtores de modos de fazer andar a vida com autonomia e singularização. Isso implica a articulação e o diálogo de distintos saberes e fazeres que transbordem para além dos enquadres terapêuticos tradicionais em alianças e encontros com outros recursos do território, constituindo e pactuando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (YASUI, 2016, p. 111 e 112).

O autor ainda pontua que, para operacionalizar, no cotidiano dos serviços, estes conceitos-ferramenta, são imprescindíveis a existência de uma gestão participativa e inclusiva e o estímulo à participação política dos diversos atores que compõem o cuidado (YASUI, 2016).

Yasui (2016) encerra essa sequência com os dois últimos conceito-ferramentas, a saber, cotidiano e tempo. O autor define o cotidiano como o “plano da repetição e reprodução dos modos resignados, conformados e servis de viver e morrer e, também, dos acontecimentos, da criação, da experimentação de modos insurgentes de produzir a vida” (p. 116). Ele associa o cotidiano com o tempo à medida que coloca a produção de projetos de cuidado no cotidiano dos serviços como indissociável ao tempo a eles despedido. Não o tempo de consulta ou de realização de procedimentos, mas o tempo significativo e subjetivo, capaz de expandir a criação de possibilidades de vida junto ao sujeito.

Nesta subseção, buscou-se colocar em diálogo os conceitos presentes no campo mais abstrato da Atenção Psicossocial e o campo das práticas do exercício desta política, a partir dos conceitos-ferramenta trazidos por Yasui (2016). Entretanto, conforme trazido pelo próprio autor ao longo de sua explanação, uma série de desafios ainda se impõem na efetiva implementação desta lógica substitutiva e transformadora do cuidado em saúde mental no Brasil.

O autor chama a atenção para o que nomeou como “prescrições para a Atenção Psicossocial” (YASUI, 2016, p. 100). Segundo ele, os serviços psicossociais têm adotado práticas enrijecidas que muito se aproximam das práticas manicomialis, utilizando-se de ações sem sentido, baseadas no moralismo, com uma oferta única de cuidado, geralmente centrada na figura do médico, no uso da medicação e na proposta de internação. O autor cita, ainda, a ausência de disponibilidade dos profissionais para escuta e acolhimento à crise e as dificuldades de articulação territorial e intersetorial. Yasui (2016) reflete que, deste modo, a Atenção Psicossocial perde seu sentido e sua potência e se torna uma abstração distante da prática cotidiana dos dispositivos de saúde.

Considerando as problemáticas já elencadas, bem como o atual cenário sociopolítico brasileiro, cabe destinar uma subseção deste capítulo para aprofundar na discussão sobre os

desafios e entraves cotidianamente enfrentados em vistas da efetivação e permanência da política de Atenção Psicossocial no Brasil.

1.1.5 Desafios atuais

As subseções anteriores já sinalizam e direcionam alguns desafios importantes e atuais levantados pela literatura no que diz respeito à saúde mental e atenção psicossocial de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Esta seção debruçar-se-á sobre alguns destes desafios, dentre os quais estão presentes imposições políticas que representam importantes retrocessos para o campo.

Inicialmente, e em linhas gerais, cabe reforçar que o processo de desinstitucionalização precisa estar acompanhado de uma dedicação constante na produção de novas lógicas de cuidado condizentes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, sob o risco de reprodução de sistemas assistenciais violentos, excludentes e omissos em saúde mental (TAÑO; MATSUKURA; MINATEL, 2021). Importa clarificar e retomar o assunto, considerando que o simples fato de o cuidado em saúde mental operar, hoje, numa lógica territorial, comunitária e psicossocial não é suficiente para a garantia de um cuidado efetivamente enquadrado nestes princípios. Para Yasui (2010, p. 68):

[...] implantar um serviço com a ‘marca’ Caps não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores quanto dos gestores, aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios. Um crucial equívoco é o fato de o Caps ser considerado e implantado como mais um serviço de saúde mental. Isto é, uma unidade isolada em que se executam ações de profissionais, ambulatorialmente. O Caps, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial, a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta. E, mais do que reorganização, essa estratégia relaciona-se intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde (YASUI, 2010, p. 68, grifo nosso).

Neste sentido, Taño, Matsukura e Minatel (2021) propõem que a saúde não deve ser tomada como absoluta nas compreensões que envolvem o território, mas, sim, que, a partir da saúde, e em diálogo horizontal com diferentes atores e dispositivos, possam ser produzidos encontros de saberes e práticas que questionem concepções simplistas e patologizantes dos problemas sociais. Deste modo, para as autoras, é possível escapar da lógica biomédica, vertical e normatizadora e produzir um cuidado respeitoso com as singulares e complexas experiências de vida dos sujeitos.

Ao também defenderem o trabalho e o cuidado em rede, Fernandes *et al.* (2020) ponderam que a viabilidade deste modo de trabalho está condicionada, ademais, ao amparo político, financeiro, legal, técnico, de recursos humanos, tanto nos dispositivos da saúde, quanto em outros setores. As autoras reconhecem que, sem tal amparo, pouco se é possível alcançar em relação ao trabalho efetivo e potente em rede, o que, em partes, justifica a fragilidade deste modelo de assistência à saúde mental da população infantojuvenil.

À medida que se enfraquecem a articulação em rede e a intersetorialidade, torna-se enfraquecido o protagonismo popular, uma vez que estas consistem em estratégias que estimulam as comunidades a compreenderem suas próprias problemáticas e buscarem estratégias criativas e condizentes com suas reais necessidades (TAÑO; MATSUKURA; MINATEL, 2021). Nesse sentido, coloca-se imposto ao campo o desafio de estimular a experimentação da cidadania e da autonomia, especialmente ao público infantojuvenil, que historicamente as tem negadas, por meio do exercício da contratualidade, do fortalecimento de sua valoração e de suas possibilidades (TAÑO; MATSUKURA; MINATEL, 2021).

Falar sobre os limites à autonomia e à participação do público infantojuvenil requer um adendo para destacar, dentre esta população, as especificidades do público adolescente. Isto porque, historicamente, a adolescência foi sendo concebida sob um olhar estigmatizante e estereotipado, frequentemente considerada uma fase problemática, associada a crises, conflitos e transgressões (MOREIRA; ROSÁRIO; SANTOS, 2011; GASPARINI, 2022). Considerando que a população dos CAPSij é predominantemente constituída por adolescentes do sexo masculino, uma das tarefas mais importantes dos CAPSij é identificar e discutir as necessidades dos adolescentes com sofrimento psíquico (MÂNGIA *et al.*, 2003; REIS *et al.*, 2016b).

Mângia *et al.* (2003) sinalizam que o olhar voltado para a queixa, ou demanda imediata que traz o adolescente ao serviço, deve ser deslocado para a compreensão da complexidade do problema, isto é, para a “identificação do contexto e dos atores envolvidos na produção do sofrimento psíquico, para a avaliação da gravidade e repercussões trazidas pelo problema e para a identificação dos recursos para enfrentá-lo” (MÂNGIA *et al.*, 2003, p. 124). Fernandes e Matsukura (2015) ressaltam, ainda, a importância de investigar o sofrimento psíquico dos adolescentes sob sua própria percepção, a partir da escuta ativa e da oferta do protagonismo.

Estudo de Taño e Matsukura, publicado em 2015, sinalizou, como um dos desafios contemporâneos para o campo da saúde mental infantojuvenil, a assistência e a inclusão das pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Lourenço *et al.* (2021) reforçam a urgência de que os CAPSij assumam as responsabilidades de coordenar e efetivar articulações com dispositivos da rede intersetorial que realizam terapias e outras intervenções especializadas,

considerando tais abordagens como complementares ao cuidado psicossocial oferecido pelo CAPS e garantindo, assim, o cuidado integral do qual estes sujeitos necessitam.

O estudo de Taño e Matsukura (2015) ainda apontou os desafios relacionados ao cuidado nos casos de uso de substâncias psicoativas e os números alarmantes de internações psiquiátricas. Um ano mais tarde, Silvio Yasui destinou páginas de sua tese de livre docência à discussão da temática “Atenção Psicossocial e os desafios do contemporâneo” (2016, p. 146), nas quais retomou textos e publicações próprias e de outros pesquisadores que também deflagraram o risco de retrocessos relacionados ao retorno das internações compulsórias, especialmente no que tange o cuidado ao sujeito que faz uso abusivo de drogas.

O direcionar de luzes para o processo político dos últimos anos indica que os autores não apenas estavam corretos em identificar os desafios e os riscos supracitados, como outras problemáticas tornaram-se entraves para o avanço e até a permanência da política de Atenção Psicossocial no Brasil. Manuscrito publicado por Onocko-Campos, em 2019, indicou que praticamente não houve expansão de serviços comunitários, como os CAPS, em suas diferentes modalidades, após o ano de 2011. A autora destacou o pouco crescimento em números dos CAPS III e a importância deste dispositivo para a completa e efetiva substituição do modelo asilar. Ressaltou, também, a perda da transparência do Ministério da Saúde, a partir de 2015, o que impacta na ausência de dados fidedignos que transpareçam a dimensão do atraso.

A autora ainda pontuou a Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017) como mais um capítulo de retrocesso nas políticas públicas de saúde mental. Esta portaria reintroduz na RAPS o modelo de Hospital-Dia, além de instituir a modalidade de CAPS AD IV, o que é visto pela autora como uma estratégia para financiar comunidades terapêuticas e as práticas de isolamento e restrição de liberdade, características do modelo manicomial. A Portaria também prevê um aumento no valor dos procedimentos que os hospitais psiquiátricos realizam e a criação de equipes especializadas em saúde mental em caráter ambulatorial, ambas as medidas criticadas pela autora pelo retrocesso que representam em termos de desmonte da reforma psiquiátrica iniciada no país.

Em 2019, a Nota Técnica nº 11, publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a), também trouxe mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, dentre as quais se destacam: o investimento em aparelhos de eletroconvulsoterapia; a autorização para internação hospitalar de crianças e adolescentes; e o retorno das políticas de abstinência para o uso de drogas, em detrimento da política de redução de danos.

No mesmo ano, o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (BRASIL, 2019b), também trouxe mudanças à Política Nacional de Drogas, facilitando a internação involuntária e aumentando o investimento financeiro do poder público nas comunidades terapêuticas, locais conhecidos por violência e segregação com problemas de saúde mental relacionados ao uso de drogas.

Mais recentemente, em dezembro de 2020, mais uma proposta de desmonte foi levantada pelo governo federal, desta vez com o que ficou conhecido como “revogação”. Representantes do Ministério da Saúde levantaram diversas portarias que estavam na lista do governo para serem revogadas. Segundo Boletim do Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil, intitulado “Saúde mental: ‘revogação’ e novas investidas em andamento” (2020):

[...] o “revogação” coloca em risco serviços voltados para a reabilitação de pacientes que passara por longas internações psiquiátricas e para a população em situação de rua: o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS, as equipes de Consultório na Rua, o Serviço Residencial Terapêutico e a comissão de acompanhamento do Programa de Volta para Casa. As mudanças atingem ainda os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com a extinção do atendimento psiquiátrico e das unidades voltadas aos usuários de álcool e drogas. Os Caps permaneceriam apenas com os serviços de reabilitação.

Estudo recente, realizado por Brasil e Lacchini (2021), evidenciou a trajetória de resistência e luta que sustentou o movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Por meio de pesquisa histórica, as autoras ressaltaram os avanços obtidos em termos de implantação de novos serviços e novo olhar para o indivíduo em sofrimento psíquico, e, também, deflagraram os retrocessos atuais de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Drogas, especialmente marcados pelo incentivo às internações psiquiátricas, o financiamento às comunidades terapêuticas e a adoção de políticas proibicionistas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. As autoras reforçaram a importância da vigilância, resistência e participação social como estratégias de luta para o basta aos retrocessos.

Ainda mais atualmente, após a publicação do estudo acima citado, duas medidas do então governo federal evidenciaram o risco iminente em que se encontra a Reforma Psiquiátrica brasileira. São elas: a Portaria nº 596, de 22 de março de 2022 (BRASIL, 2022b), que revoga dispositivos de outras duas portarias anteriores e acarreta suspensão de recursos para a Rede de Atenção Psicossocial, mais especificamente o Programa de Desinstitucionalização; e o Edital de Chamamento Público nº 03/2022 (BRASIL, 2022a), do Ministério da Cidadania, que seleciona organizações da sociedade civil interessadas na prestação de atendimentos em hospitais psiquiátricos. As duas medidas deixam claros não apenas o descaso para com a

reforma do modelo assistencial em saúde mental, como também, e principalmente, o interesse em minar este modelo e reimplantar a lógica manicomial.

É no contexto político acima apresentado que o presente estudo se inscreve. Isto reafirma a importância da produção e divulgação de conhecimento de modo comprometido com a ciência, seus métodos e sua ética, bem como a geração de evidências que fortaleçam a atenção psicossocial brasileira e subsidiem a criação de políticas públicas necessárias ao campo da saúde mental.

1.2 Campo e Núcleo

O aprofundamento no estudo sobre o campo da saúde mental e da atenção psicossocial, realizado no subcapítulo anterior, permitiu identificar que muitos são os caminhos teóricos possíveis para compreender e discutir um determinado campo científico e sua composição a partir de profissões e/ou núcleos profissionais específicos. Considerando que a presente tese se propôs a explorar o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental de crianças e adolescentes, pretende-se, nesta seção, apresentar alguns dos possíveis caminhos para a discussão de campo e núcleo, desembocando no referencial adotado para fundamentar e guiar o trabalho aqui proposto.

Um primeiro caminho é apresentado a partir do referencial teórico da interprofissionalidade, discutido por Ceccim (2018). O autor reconhece o núcleo como “uma área de conhecimentos e de práticas profissionais”, e o campo como “um espaço de limites imprecisos nos quais cada disciplina e profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CECCIM, 2018, p. 1745).

Para Ceccim (2018), o campo da saúde é composto por pontos de cruzamento e encontros que extrapolam a disciplinarização em profissões, sendo que, para atingir o sucesso em uma prática terapêutica ou de cuidado, se faz necessário adotar saberes e fazeres de diversas profissões. O autor não apenas reconhece a natureza interprofissional do campo, como pontua que a interprofissionalidade não é uma escolha, mas uma exigência e uma emergência das próprias intervenções do campo, em resposta às necessidades dos usuários. O autor defende, ainda, que o trabalho interprofissional deve se sustentar em uma educação e formação de base interprofissional [“aprender a ser aprendente na(s) profissão(ões)” (CECCIM, 2018, p. 1747)], sendo reconhecida a importância da educação interprofissional no aprendizado de técnicas e abordagens no campo da saúde mental.

Outro caminho possível para a discussão de campo e núcleo é a partir do estudo sobre a transdisciplinaridade, discutida por Passos e Barros (2000) e citada por Yasui (2016). No

primeiro estudo, os autores partem da concepção de que toda clínica é transdisciplinar e defendem tal ideia a partir de contribuições teóricas da filosofia, de Gilles Deleuze, e da biologia da autopoiese, de Humberto Maturana e Francisco Varela.

Passos e Barros (2000) retomam a criação das pesquisas-ação e intervenção e as relações estabelecidas entre sujeito e objeto de estudo, pontuando que, na pesquisa-ação, se preservam os caracteres unitários e individuais de sujeito e objeto, estando cada um em um polo, enquanto na pesquisa-intervenção, prioriza-se o processo de interação entre o sujeito e o objeto. Para os autores, a pesquisa-intervenção questiona não apenas a dicotomia entre sujeito e objeto, como também entre teoria e prática. A partir de então, Passos e Barros (2000) discutem o conceito de transdisciplinaridade. Ao serem reequacionadas as relações entre sujeito e objeto, teoria e prática, desmantelam-se as ideias de unidade e identidade. “A noção de campo começa a experimentar um deslocamento de seu sentido habitual quando é apontado o engendramento dos termos que lhe balizariam os limites” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 74).

Da mesma forma, para os autores, ao pensar nas disciplinas que compõem um determinado campo, considerando a natureza multifacetada do objeto, o campo necessita contemplar diferentes disciplinas que interagem entre si de modo interseccional, o que conhecemos como multi e interdisciplinaridade. Nestes casos, entretanto, observa-se que, permanecendo as fronteiras disciplinares, permanecem também as fronteiras entre os objetos a serem tratados e os sujeitos que os tratam. Os autores questionam criticamente tais fronteiras e, destacando que o eixo de sustentação de um campo epistemológico é a relação que se estabelece entre sujeito e objeto do conhecimento, propõem: “a noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 76).

Os autores ainda se utilizam da diferenciação entre os termos interseção e intercessão para clarificar o modo como compreendem as diferenças entre a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Interseção seria a “conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual pode-se definir um objeto próprio”, que é o caso da interdisciplinaridade. Intercessão, por sua vez, seria uma interferência de um “atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político, etc.) sobre outro”, no que consistiria a transdisciplinaridade. “Na interdisciplinaridade, portanto, temos a gênese de uma nova identidade, enquanto na transdisciplinaridade temos um processo de diferenciação que não tende à estabilidade” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 77). Sendo assim:

Aqui a noção de transdisciplinaridade vai ganhando novos contornos. Não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir. Frente às ficções preestabelecidas, opor o discurso que se faz com os intercessores. Não uma verdade a ser preservada e/ou descoberta, mas que deverá ser criada a cada novo domínio. Os intercessores se fazem, então, em torno dos movimentos, esta é a aliança possível de ser construída quando falamos de transdisciplinaridade, quando falamos de clínica. Problematizar os limites de cada disciplina é argüi-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar. [...]

Como nos conceitos, não se trata de modo algum de reunir, unificar, mas de construir redes por ressonâncias, deixar nascer mil caminhos que nos levariam a muitos lugares ((PASSOS; BARROS, 2000, p. 77 e 78).

Nesta direção, Galheigo (1999), em manuscrito no qual se propõe a pensar na transdisciplinaridade enquanto princípio para as ações de saúde, argumenta que predomina a compreensão errônea e limitante de que a transdisciplinaridade excluiria as esferas de competência, e que, portanto, haveria a fusão de disciplinas e papéis profissionais no campo da saúde. Para a autora, “a existência de um projeto transdisciplinar na saúde exige a aprendizagem e o exercício de múltiplos olhares frente a determinada problemática” (p. 52), o que é feito a partir de uma abordagem multirreferencial. Citando a Terapia Ocupacional, a autora completa:

Se pensarmos na forma como o terapeuta ocupacional exerce seus diversos olhares e faz uso de variadas línguas, podemos afirmar que tem sido comum na sua ação a incorporação da multirreferencialidade. O mesmo se aplica à facilidade com que os terapeutas ocupacionais se inscrevem em ações interdisciplinares, assim como, possivelmente, em projetos transdisciplinares. A Terapia Ocupacional, sem dúvida, surgiu como mais um produto da fragmentação dos saberes e dos fazeres. Todavia, seguindo a mesma racionalidade que possibilitou o seu surgimento, tem a constituição de seu corpo de conhecimentos se alimentado de diferentes disciplinas para a fundamentação de sua prática. [...]. Resumindo, somos inclinados à inter e à transdisciplinaridade porque transitamos bem por diversos domínios, fazendo uso de uma abordagem multirreferencial na qual nos baseamos para fundamentar nossa prática (GALHEIGO, 1999, p. 52).

No contexto da saúde mental, Lima e Ghirardi (2008) discutem a transdisciplinaridade enquanto tecnologia de cuidado alinhada à Reforma Psiquiátrica. Para as autoras, a rede substitutiva de atenção em saúde mental precisa complexificar suas práticas, de modo a se alinharem à complexidade da vida das pessoas em sofrimento psíquico e vulnerabilidades. A lógica disciplinar, fragmentada, verticalizada e centrada na doença não só é incompatível com este novo modo de compreensão do sofrimento psíquico, quanto é de dimensão ínfima frente à magnitude da vida humana. A transdisciplinaridade é, então, proposta como uma estratégia

inovadora que permite a complexificação do cuidado, a partir da ultrapassagem das fronteiras dos saberes, da ampliação dos horizontes e de redes, para maior captação das contradições humanas e potencialização das diferentes formas de existência (LIMA; GHIRARDI, 2008).

Um terceiro caminho teórico possível para compreender a composição de um determinado campo científico parte dos estudos do filósofo Pierre Bourdieu. Teixeira (2019), inclusive, em sua tese de doutorado, utilizou-se dos conceitos bourdieusianos para defender a Atenção Psicossocial não como um campo, mas como:

[...] o encontro fronteiro entre alguns campos e a conseqüente tentativa de equilíbrio entre as tensões desses diferentes campos de saberes e práticas voltados para o cuidado (incluindo o campo da saúde e, substancialmente, o subcampo da saúde mental; o campo social; mas também outros, como da educação, da cultura, da política...) (TEIXEIRA, 2019, p. 20).

Dentre os estudos de Bourdieu sobre as estruturas sociais – sem a pretensão de reduzi-los ao que será trazido a seguir –, foi identificado que, com o intuito de discutir o modo como interpreta e compreende o funcionamento do mundo social e dos agentes que o compõem, bem como a inter-relação entre ambas estas estruturas, o autor adotou os conceitos fundamentais de campo e *habitus* (BOURDIEU, 2003; 2007; 2008).

Para Bourdieu, o campo é uma determinada parte de um espaço social, com uma estrutura própria e uma autonomia em relação a este espaço maior. No que diz respeito a esta autonomia, Bourdieu pontua que ela se traduz na capacidade de um campo se “refratar” às pressões políticas, econômicas, religiosas ou de qualquer ordem que seja, do mundo social externo, ou seja, “quanto mais autônomo for um campo, maior será o seu poder de refração” às imposições externas (BOURDIEU, 2003, p. 22).

O campo é composto por estruturas objetivas, agentes sociais que não são passivamente conduzidos pelas forças do campo. Ao contrário, eles têm disposições adquiridas, chamadas de *habitus*, que definem as práticas daquele determinado campo, inclusive podendo fazer oposição às forças do campo (BOURDIEU, 2003). Na dinâmica do campo, suas forças condicionam o *habitus*, que, por sua vez, tensiona o campo de modo a estruturá-lo (BOURDIEU, 2008).

Para Bourdieu (2008), a maior parte das ações humanas é orientada por algo diferente de uma intenção consciente. Trata-se, na verdade, de um *modus operandi*, que tem um caráter social, interdependente da noção de campo, ao qual o autor chama *habitus* (BOURDIEU, 2008). O *habitus*, para Bourdieu, são incorporações do espaço social sobre os indivíduos. São formatos unificados de ações, percepções, preferências e princípios que funcionam como uma matriz ou uma estrutura que sustenta um campo. “O princípio unificador e gerador de todas as práticas e,

em particular, destas orientações comumente descritas como ‘escolhas’ da ‘vocação’, e muitas vezes consideradas efeitos da ‘tomada de consciência’, não é outra coisa senão o *habitus*” (BOURDIEU, 2007, p. 201).

O produto da relação entre o campo e o *habitus* é o que se conhece como prática. Desse modo, as práticas acontecem a partir do *habitus*, porém dentro dos limites estabelecidos pelo campo (BOURDIEU, 2003; 2007). Segundo o autor, “quando as representações oficiais daquilo que um homem é oficialmente em um espaço social dado tornam-se *habitus*, elas se tornam o fundamento real das práticas” (BOURDIEU, 2008, p. 152).

Thiry-Cherques (2006), em estudo que teve como objetivo realizar uma análise sobre os conceitos fundamentais adotados por Bourdieu, resumiu:

[...] a dinâmica social se dá no interior de um /campo/, um segmento do social, cujos /agentes/, indivíduos e grupos têm /disposições/ específicas, a que ele denomina /*habitus*/. O campo é delimitado pelos valores ou formas de /capital/ que lhe dão sustentação. A dinâmica social no interior de cada campo é regida pelas lutas em que os agentes procuram manter ou alterar as relações de força e a distribuição das formas de capital específico. Nessas lutas são levadas a efeito /estratégias/ não conscientes, que se fundam no /*habitus*/ individual e dos grupos em conflito. Os determinantes das condutas individual e coletiva são as /posições/ particulares de todo /agente/ na estrutura de relações. De forma que, em cada campo, o /*habitus*/, socialmente constituído por embates entre indivíduos e grupos, determina as posições e o conjunto de posições determina o /*habitus*/ (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 31).

Além dos conceitos de campo e *habitus*, no contexto do campo intelectual, Bourdieu (1983) apresentou o conceito de *corpus*. O médico sanitário brasileiro Gastão Campos discutiu este conceito e, a partir dele, fez proposições próprias.

Para Bourdieu campo intelectual se conformaria como espaço aberto, ainda quando submetido a conflitos de origem externa e interna. Entretanto, nos *corpus* verificarse-ia o seu subsequente fechamento em disciplinas, quando ocorreria a monopolização do saber e da gestão das práticas por agrupamentos de especialistas. A formação de disciplinas (*corpus*) no campo religioso, político ou científico, ocorreria com o fechamento ou institucionalização de parte do campo, com a consequente criação de aparelhos de controle sobre as práticas sociais a ele referentes (CAMPOS, 2000, p. 220).

Campos (2000, p. 221) ainda acrescenta que “o conceito de *corpus* (disciplina) enfatiza a concentração de poder e a tendência de fechamento das instituições”. Fazendo um contraponto a esta compreensão, Campos (2000) propôs, então, o conceito de núcleo. Inicialmente no campo da saúde pública, mas depois sendo difundido para os outros campos, o autor questionou a institucionalização em disciplinas e o fechamento de partes do campo. Assim, para Campos (2000), o conceito de núcleo indicaria uma aglutinação de conhecimentos, a identidade de uma

área de saber e de prática profissional, que se institucionaliza de modo mais flexível e aberto em relação à compreensão de *corpus*, ou seja, não se caracterizando pelo rompimento radical com a dinâmica do campo.

O campo, por sua vez, consistiria em um espaço onde cada disciplina e profissão interage uma com a outra para se apoiarem no cumprimento de suas atividades teóricas e práticas. Deste modo, o núcleo indicaria uma concentração de saberes e práticas, que não se dissocia da dinâmica do campo (CAMPOS, 2000). O autor se utiliza da metáfora “os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (CAMPOS, 2000, p. 221) para apresentar o modo como percebe a interinfluência entre campo e núcleo. Para o autor, o núcleo carrega uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma identidade profissional, mas não é possível identificar com precisão seus limites em relação ao campo.

Para Campos (2000), esta proposição dos conceitos de campo e núcleo vem atender à necessidade de fugir do paradoxo entre o “isolamento paranoico” e a “fusão esquizofrênica” (p. 220) de disciplinas, profissões e especialidades. Partindo de uma crítica que os autores pós-modernos fazem em relação ao sentido absoluto atribuído a conceitos opostos, Campos (2000) acrescenta que “este borramento de limites indicaria mais uma impossibilidade de fechar-se em copas do que a extinção, com a conseqüente fusão, de todas as disciplinas, profissões e especialidades” (CAMPOS, 2000, p. 220).

Os conceitos de campo e núcleo foram, originalmente, criados no contexto das especialidades médicas (ONOCKO-CAMPOS, 2001). Em artigo publicado em 1997, Campos, Chakour e Santos propuseram os conceitos de campo de competência e núcleo de competência. O campo de competência incluiria os principais saberes de uma determinada especialidade médica, saberes estes que estão sobrepostos e em interação com outras especialidades. O núcleo de competência, por sua vez, seria mais específico e incluiria as atribuições exclusivas de uma dada especialidade. Assim, as definições do núcleo seriam o mais delineadas possível, enquanto o campo não teria limites e contornos tão precisos (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997).

Para Onocko-Campos (2001), esta definição dos autores acima citados reordena a relação entre saberes e práticas e “desaliena” – termo utilizado pela autora (p. 202) – os especialistas em relação aos seus saberes e práticas, ampliando para a compreensão do trabalho enquanto práxis social.

Campos (2000, p. 220) é assertivo ao afirmar que “quase todo campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional”. Trazendo a discussão para o campo da saúde, o autor aponta para a necessidade de evocar diferentes saberes referentes às diferentes práticas

sanitárias para se pensar uma teoria relacionada à produção de saúde, uma vez que conhecimentos específicos de uma ou outra disciplina não seriam capazes de abranger a magnitude do campo.

Considerando a interdisciplinaridade no trabalho em saúde, Gozzi (2013, p. 60) afirma: “em situações de interdisciplinaridade, há uma experimentação de possibilidades de convergência entre campos de saberes diferenciados, com objetivo de produção de cuidado. Porém, nessa experiência, o núcleo profissional não fica perdido: é ele que sustenta a prática no campo de atuação”. Partindo deste pressuposto, e considerando que a Terapia Ocupacional compõe com outros núcleos profissionais o campo da saúde mental infantojuvenil, sustentando coletivamente as práticas deste campo, optou-se por adotar o referencial de campo e núcleo, de Campos (2000), enquanto referencial teórico deste estudo. Pretende-se, por meio deste referencial, direcionar luz para o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, não apenas para pensar sobre a atuação nuclear, mas, especialmente, para identificar e elucidar quais as contribuições deste núcleo profissional para a convergência do trabalho realizado no campo.

1.3 Terapia Ocupacional

1.3.1 História e constituição da profissão no mundo e no Brasil

A história de fundação da Terapia Ocupacional e institucionalização da profissão pelo mundo é retratada por diversos autores, em diferentes obras. A maior parte dos estudos, entretanto, cita o Tratamento Moral como movimento precursor da Terapia Ocupacional e o médico Phillipe Pinel como responsável por inaugurar esta nova forma de tratamento médico para os sintomas dos pacientes da época. Inicialmente na Europa, no final do século XVIII, e posteriormente difundindo-se para a América, no início do século XIX, Pinel foi o responsável por questionar as práticas assistenciais vigentes e propor o uso da ocupação como forma de tratamento de sintomas, desenvolvimento de habilidades e estruturação da rotina (CARLO; BARTALOTTI, 2001; FRANCISCO, 2001).

Antes disso, as instituições asilares já contavam com a realização de atividades e com o trabalho, mas com o intento de educação, coerção e disciplinarização. O objetivo de uso terapêutico da atividade veio com o Tratamento Moral, partindo da seguinte compreensão:

Para a Escola de Tratamento Moral, o problema central é o ambiente físico e social e a situação de vida do paciente (aspectos que devem ser modificados), a desorganização do comportamento, os hábitos errados e as reações ao estresse

(considerava-se que o doente apenas sucumbira às pressões externas, cabendo à sociedade a obrigação moral de ajudá-lo a voltar à vida normal). Seus objetivos eram a modificação e correção de hábitos errados e a criação e manutenção de hábitos saudáveis de vida, visando à normalização do comportamento desorganizado do doente. A metodologia: programa com ênfase nas atividades de vida diária (AVDs) consideradas normais, em ambiente alegre e de apoio, que proporcionassem uma vida saudável ao doente; preconizava o uso de ‘remédios’ morais de educação e atividades cotidianas, como jogos e o trabalho, para normalizar o comportamento desordenado do doente mental (CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 22 e 23).

Influenciados pelo ideal europeu do Tratamento Moral, os hospitais brasileiros, colombianos, argentinos e chilenos do século XIX passaram a também adotar o uso de atividades/ocupação/trabalho como estratégia de cuidado e de controle para a loucura. As pessoas que estavam institucionalizadas envolviam-se em um fazer pessoal e, muitas vezes, obrigatório, que atendia ao ideal econômico de produtividade e aos preceitos da moral cristã, ao mesmo tempo em que promovia a ordem local (MONZELI; MORRISON; LOPES, 2019).

Ainda no século XIX, a pouca efetividade das ações, a superlotação das instituições hospitalares e as denúncias de negligência e abusos levaram a um declínio do Tratamento Moral em todo o mundo (CARLO; BARTALOTTI, 2001; FRANCISCO, 2001). Com a chegada do século XX, por sua vez, a doença mental passou a ser compreendida sob um olhar organicista, bem como passaram a ser tecidas relações entre esta e os padrões de hábitos dos sujeitos, a partir das teorias de Adolf Meyer. Ao tomar o homem como um ser biológico, psicológico e em interação com o mundo social, as intervenções terapêuticas passaram a se direcionar à organização do comportamento e equilíbrio das atividades cotidianas (CARLO; BARTALOTTI, 2001).

No período que compreende a Primeira Guerra Mundial, o movimento de reabilitação passou a ser difundido em diversos países, frente à necessidade de reconstrução social e enfrentamento das incapacidades físicas e mentais resultantes da guerra. O tratamento por meio da ocupação e o treinamento de hábitos de autocuidado passaram a ocupar lugar central, visando à reinserção social e ao resgate do papel produtivo dos sujeitos com adoecimentos físicos e mentais (CARLO; BARTALOTTI, 2001). O Programa de Treinamento de Hábitos consistiu em um programa que incentivava as pessoas consideradas incapacitadas a se engajarem na realização das atividades de rotina, como higiene pessoal e alimentação, bem como se envolverem em atividades artesanais (MELO, 2015). Propunha o uso de atividades enquanto instrumento terapêutico que fosse capaz de resgatar e/ou produzir hábitos que, conseqüentemente, promoveriam bem-estar às pessoas gravemente comprometidas. Para Melo (2015), aí que se funda o paradigma da Terapia Ocupacional.

Assim, resume Moreira (2008):

Nos hospitais de longa permanência, os programas terapêuticos adotavam atividades recreativas ocupacionais e laborerápicas inseridas no contexto da dinâmica institucional. Nos programas de reabilitação aos incapacitados físicos, as atividades de autocuidado, lazer ou produtivas visavam à restauração da capacidade funcional e ao desempenho ocupacional na vida cotidiana. Sob essa perspectiva, a história da Terapia Ocupacional é estreitamente vinculada às diferentes concepções de *ação humana*, incorporadas às estratégias de reabilitação, na atenção asilar aos doentes mentais ou psiquiátricos e nas instituições de reabilitação aos incapacitados físicos (MOREIRA, 2008, p. 80, grifo da autora).

A primeira escola de Terapia Ocupacional do mundo foi fundada no ano de 1915, em Chicago, nos EUA, sendo este o marco inicial de institucionalização da profissão (MOREIRA, 2008). Com a Segunda Guerra Mundial e a necessidade de terapeutas ocupacionais atuantes no tratamento das incapacidades físicas decorrentes, observou-se uma expansão do número de escolas de Terapia Ocupacional e da inserção dos profissionais nos serviços de reabilitação, sendo o período entre as décadas de 40 e 60 fortemente marcado pela influência do Movimento Internacional de Reabilitação sobre as práticas da Terapia Ocupacional (CARLO; BARTALOTTI, 2001).

A história brasileira de institucionalização da profissão acompanhou, em grande parte, os processos e movimentos ocorridos no mundo. No século XIX, predominavam, no Brasil, as instituições psiquiátricas asilares que utilizavam o trabalho como forma de tratamento, impulsionadas pela família real portuguesa. No início do século XX, surgiram novas propostas de intervenção junto aos pacientes psiquiátricos, em espaços rurais e em oficinas que propunham a reorganização do comportamento dos internos a partir da organização do ambiente e das ocupações (CARLO; BARTALOTTI, 2001).

As décadas de 20 e 30, no Brasil, foram marcadas pelo início da produção e difusão de conhecimento sobre a chamada terapêutica ocupacional. Os anos 40, por sua vez, influenciados pelo Movimento Internacional de Reabilitação, foram marcados pela preocupação com pacientes com doenças crônicas, deficiências e doenças ocupacionais, além dos casos de vítimas de acidentes domésticos, de trânsito e de trabalho. Foram criados serviços destinados à reabilitação dos pacientes, bem como cursos de formação técnica em Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Na década de 50, a importância da Terapia Ocupacional passou a ser evidenciada com o reconhecimento de que, financeiramente, era melhor investir na reabilitação do sujeito do que deixá-lo dependente dos recursos do Estado (CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Em 1956, foi implantado, pela ONU, o Instituto Nacional de Reabilitação, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no município de São Paulo. Em 1959, os cursos técnicos de formação em Terapia Ocupacional e Fisioterapia tiveram sua duração ampliada para

dois anos e, no início dos anos 60, para três anos. Em 1963, na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, no Rio de Janeiro, e no ano seguinte, em 1964, na Universidade de São Paulo, foram aprovados os cursos de Terapia Ocupacional em nível universitário (CARLO; BARTALOTTI, 2001).

A Terapia Ocupacional foi regulamentada como profissão no Brasil por meio do Decreto-lei nº 938 de 13 de outubro de 1969 (BRASIL, 1969). Tal regulamentação aconteceu em plena ditadura militar, em um contexto de repressão à liberdade, ausência de políticas públicas, desigualdade social, pobreza e vulnerabilidades. O cenário, apesar de absolutamente desfavorável a manifestações e questionamentos por parte da sociedade civil, acabou por propulsionar o fortalecimento e a organização dos movimentos sociais, profissionais e estudantes, dentre os quais estavam presentes muitos terapeutas ocupacionais, em novos arranjos políticos, que buscavam dar visibilidade às demandas dos grupos minoritários e politicamente excluídos, como os trabalhadores, as mulheres, os negros e indígenas, as crianças e adolescentes (GOHN, 2013; OLIVER; SOUTO; NICOLAU, 2018). Segundo Moreira (2008, p. 84):

[...] questionava-se como é possível reabilitar em uma sociedade que mantém a exclusão da diferença e o mascaramento institucional das problemáticas sociais. E ainda, somado a essas críticas no interior do campo profissional, os movimentos por direitos e igualdade de oportunidades de pessoas com deficiência e as propostas de desinstitucionalização psiquiátrica fortaleceram a necessidade de produção de novos sentidos para as atividades e práticas em Terapia Ocupacional.

Os terapeutas ocupacionais se engajaram em lutas de trabalhadores, usuários e familiares dos serviços em saúde mental, acompanharam a trajetória política dos movimentos de pessoas com deficiência e a luta por representatividade e força políticas (MOREIRA, 2008, p. 84).

O final da década de 70 e início da década de 80 foi marcado por uma importante expansão de terapeutas ocupacionais no país e pela reformulação dos currículos das instituições de formação da profissão. A Terapia Ocupacional se profissionalizava e buscava compreender a magnitude e complexidade dos problemas cotidianos dos sujeitos (LOPES, 2004). A autora destaca, a partir de seu próprio processo de formação e profissionalização, sob a influência de uma perspectiva materialista histórica, a importância de compreender as demandas cotidianas, as quais interessavam à Terapia Ocupacional, também a partir de referenciais sociológicos, políticos, econômicos e culturais. Reflete, ainda, sobre “o papel econômico, político e ideológico que os terapeutas ocupacionais são chamados a desempenhar na sociedade brasileira através de sua atuação profissional” (LOPES, 2004, p. 81), a partir das décadas de 80 e 90.

Na contemporaneidade, considerando que permanecem as situações de desigualdades e desvantagens, e reconhecendo-se seus impactos na qualidade de vida das pessoas, sua saúde e participação social, apesar da regulação dos direitos sociais na maior parte do mundo, a literatura destaca a importância de ressaltar o compromisso do terapeuta ocupacional com as necessidades objetivas e subjetivas da população, com seus direitos fundamentais e com a justiça social (MOREIRA, 2008; SCHWARTZ, 2009; MELO, 2015; OLIVER; SOUTO; NICOLAU, 2018).

Considerando os processos históricos acima detalhados e sua relação com o desenvolvimento epistemológico e técnico da Terapia Ocupacional no Brasil, Galheigo (2008) propôs-se a discutir a constituição dos campos específicos da profissão. Para a autora, entre as décadas de 1950 e 1980, a definição nuclear da Terapia Ocupacional era “aplicada” às especialidades médicas, doenças e condições de pessoas, por exemplo, Terapia Ocupacional aplicada à neurologia. A partir dos anos 80, e se fortalecendo depois dos anos 90, a reorganização das políticas públicas e assistenciais no Brasil culminou na reconfiguração dos saberes e das práticas da Terapia Ocupacional, gerando campos de legitimidade constituídos a partir das demandas das populações, da organização e contextualização sócio-política, das políticas públicas setoriais, da legitimação da demanda pelas categorias profissionais, dentre outros (GALHEIGO, 2008). A ideia destes campos de legitimidade contrapõe-se aos pressupostos de existência de uma única Terapia Ocupacional que se aplica às diferentes disfunções e clientela, ou que seja suficiente para explicar a condição humana em geral (GALHEIGO, 1999).

Na primeira década do novo milênio, e a cinquenta anos da criação da profissão no país, a terapia ocupacional tem alguns campos com territórios suficientemente demarcados, com produções científicas constantes e com práticas suficientemente legitimadas (mesmo que ainda prioritariamente pelos próprios profissionais). Os campos usualmente denominados como Saúde Mental, Saúde e Trabalho, Gerontologia, Reabilitação da pessoa com deficiência, e Terapia Ocupacional Social, seguem este padrão e, mesmo com variações de denominação e de abrangência nacional, apresentam coerência interna no que diz respeito à população atendida, às políticas sociais a que se filiam e aos grupos profissionais com quem dialogam. De fato, mesmo que haja princípios norteadores e metodologias de ação divergentes dentro de um mesmo campo, o reconhecimento de uma determinada identidade, população-destino e necessidades sociais e de saúde garante sua configuração (GALHEIGO, 2008, p. 21).

Frente ao exposto, para este estudo, importa se debruçar sobre o campo da saúde mental e, mais especificamente, da saúde mental infantojuvenil, o que será feito nos subcapítulos a

seguir, a fim de compreender os aspectos identitários destes campos e, especialmente, o modo como o núcleo da Terapia Ocupacional neles se constitui e se apresenta.

1.3.2 Terapia Ocupacional em Saúde Mental

O retrospecto histórico anteriormente apresentado evidencia que a processo de fundação e institucionalização da Terapia Ocupacional no Brasil e no mundo se dá a partir, também, das práticas de cuidado em psiquiatria e saúde mental. Para Mângia e Nicácio (2001), as proposições da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental responderam às transformações ocorridas no campo, em torno da concepção da doença mental e do tratamento às pessoas com intenso sofrimento psíquico.

Já é sabido que o paradigma psiquiátrico, que sustentou por muitos anos o modo de compreender e tratar a loucura, com base no preceito de periculosidade do louco, da necessidade do isolamento, da repressão e disciplinarização, bem como do uso da ocupação como estratégia de ordem e controle, entrou em crise por não ter sua resolutividade reconhecida, acabando por cair em declínio, juntamente com a instituição psiquiátrica. A partir de então, foi deslocado o foco de atenção da doença para as medidas de prevenção e promoção de saúde, emergindo, daí, o conceito de saúde mental (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001; RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Retomando Saraceno (1999), a ideia de saúde mental veio para agregar uma abordagem mais complexa, integral e pluridisciplinar à psiquiatria. Para Mângia e Nicácio (2001), a saúde mental remete ao equilíbrio entre as tensões presentes na comunidade, a partir de mecanismos de interação considerados adequados, sendo a crise entendida como o rompimento deste equilíbrio. Assim sendo, poder-se-ia intervir antes da crise, isto é, antes da ocorrência do adoecimento (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

A atuação dos profissionais ora chamados, então, de profissionais da saúde mental, se transformou de modo a não buscar mais uma solução-cura para um problema isolado e iminente, mas a produção de saúde e de vida, a partir de estratégias complexas e cotidianas, que promovessem a superação da clínica psiquiátrica e a construção de uma clínica ampliada, centrada no sujeito e na subjetividade que o envolve (CONSTANTINIDIS; CUNHA; 2020).

A ideia de saúde mental tornou-se um referencial direcionador para as práticas assistenciais de uma forma geral e, também, para a Terapia Ocupacional, desde então. Foi neste cenário que Mângia e Nicácio (2001) identificaram dois referenciais historicamente importantes para a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental no Brasil. Foram eles: a socioterapia e a psicodinâmica.

A perspectiva socioterápica surgiu a partir da contextualização do sofrimento psíquico com o plano das relações interpessoais e sociais, sendo, portanto, este campo privilegiado para as intervenções terapêuticas. Surgiram, neste contexto, as práticas grupais e de socialização, o trabalho com as famílias e as intervenções no espaço institucional. Nos anos 60 e 70, estes referenciais adentraram o campo da Terapia Ocupacional a partir das proposições de Luís Cerqueira, que foi um importante ator no movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira. “Cerqueira considerava que as ações desenvolvidas pela Terapia Ocupacional poderiam constituir o principal eixo estruturador de mudanças no ambiente e nas práticas institucionais” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 71) e propôs a realização de grupos, oficinas, ateliês e atividades gerais de personalização dos espaços e resgate da identidade dos sujeitos em internação.

A perspectiva psicodinâmica, por sua vez, surgiu com a chegada da cultura psicanalítica ao país, na década de 60. A forma de compreensão dos fenômenos psíquicos a partir da psicanálise trouxe inovações não apenas no modo relacional e dinâmico pelo qual passou a ser compreendido o sofrimento psíquico, como também no modo como as práticas e o funcionamento institucional passaram a ser direcionados. Destaca-se, aqui, o papel da terapeuta ocupacional Jô Benetton na configuração da Terapia Ocupacional sob uma abordagem psicodinâmica no Brasil. Sua metodologia de “trilhas associativas” é conhecida por permitir a (re)construção da história pessoal do sujeito a partir da relação terapeuta-paciente-atividade e dos aspectos por ela despertados (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Com estes dois referenciais, cabe refletir sobre o uso das atividades na clínica em saúde mental e na Terapia Ocupacional. Para Constantinidis e Cunha (2020), no contexto da reabilitação psicossocial, as atividades fazem parte de um projeto de emancipação dos sujeitos, projeto este que não tem como principal objetivo a remissão dos sintomas ou das crises, mas a possibilidade de conferir, aos indivíduos, protagonismo e respeito às suas singularidades. As atividades, portanto, passaram a ser um valioso recurso para a participação e inclusão social, caracterizando-se não apenas enquanto ferramenta clínica, mas também política. Assim, pode-se pensar na realização de atividades como “invenções de novas formas de vida, de novas maneiras de lidar com as situações que as pessoas se deparam, com seus sintomas, com suas doenças, com suas relações, com a vida enfim” (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2020, p. 42).

Considerando o movimento de Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização brasileira, a partir da década de 70, e o desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil, Mângia e Nicácio (2001) destacam dois acontecimentos importantes para o campo: a participação dos

terapeutas ocupacionais no processo de transformação das instituições psiquiátricas e a inserção destes profissionais nos ambulatórios de saúde mental.

Buscava-se, com a participação ativa dos terapeutas ocupacionais nas ações nos hospitais psiquiátricos, “construir espaços múltiplos de agregação, expressão e reflexão que viabilizassem a transformação do cotidiano institucional, a superação da condição de objeto das pessoas internadas e da violência como forma de relação” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 73). A utilização da ocupação nestes espaços foi revista e redimensionada, passando do lugar de ociosidade e possibilidade única para o interno, para o lugar de produção de e com sentido, tarefa que as autoras colocaram como desafio que permanecia para a época.

As diversas ações de ruptura com o cotidiano asilar agem profundamente nas relações com a pessoa internada se, e quando, possibilitam uma gradual transformação de seu estar no mundo, de reapropriação de si, de sua relação com o processo de adoecimento, de seus vínculos com o mundo, de sua projetualidade, anteriormente anulada e/ou restrita pela internação.

Esse processo implica, dentre outras ações: eliminar os meios de contenção e as formas típicas de controle asilar; romper, de diferentes formas, o isolamento das pessoas internadas; restituir o direito à expressão, à palavra, aos objetos pessoais; criar acolhimento, possibilidade de escuta; produzir possibilidades de grupalização, de invenção de contextos de trocas; possibilitar a produção de novos vínculos, ressignificar a história; compreender e validar afetos, mensagens e produções; transformar os espaços e as relações cristalizadas; aproximar-se dos familiares, possibilitar relações com o mundo, reativar recursos, restituir direitos, construir aberturas reais e virtuais nos muros, transformar a estática da separação entre o dentro e o fora (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 74 e 75).

Em relação às práticas nos ambulatórios de saúde mental, as autoras pontuam que estas passaram a ser privilegiadas como alternativa à internação hospitalar. Apesar disso, não bastassem as problemáticas políticas, institucionais e técnicas presentes no contexto, também havia dificuldades quanto à composição de equipes e programas multiprofissionais para o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico intenso. Neste cenário, observou-se a constituição e a demarcação de uma nova identidade profissional e, também, de um novo lugar para a assistência em Terapia Ocupacional, a partir da mudança nas relações entre terapeutas e pacientes, no uso das atividades e das abordagens grupais e no trabalho em equipe (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

No processo de criação e expansão de políticas públicas e serviços assistenciais territoriais direcionados à população em questão, a partir da década de 80, também se observou importante participação dos terapeutas ocupacionais. Pautados no objetivo da desinstitucionalização e na necessidade de mudança no modo de compreensão do sofrimento psíquico, observou-se, na Terapia Ocupacional, uma mudança também na compreensão da

doença e da deficiência, objetos com os quais o campo profissional se inter-relaciona. Passa-se a privilegiar, aqui, os sujeitos e suas histórias de vida, seus contextos, suas redes e seu território, e a tecer projetos de vida individuais e significativos, visando à autonomia e emancipação, como alternativas às formas de tutela e exclusão até então vivenciadas (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

À época, as autoras sinalizaram como projetualidade para as intervenções em Terapia Ocupacional: “a produção de redes de negociação articuladas e flexíveis, tecidas na criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas que possibilitem aumentar o poder contratual das pessoas em situação de desvantagem” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 78).

Para Ribeiro e Machado (2008), o compartilhamento do poder contratual entre o terapeuta ocupacional e a população atendida efetiva e enriquece as trocas sociais, e não deve ser utilizado apenas no interior das instituições, mas, principalmente, nos espaços do território no qual o sujeito se encontra. “O lugar da Terapia Ocupacional, no novo modelo de atenção em saúde mental, comprometido com a ética, com o direito, com a cidadania, é onde as populações com carência desses conceitos e, por conseguinte, dessas práticas, estão” (RIBEIRO; MACHADO, 2008, p. 74).

Mais atualmente, reafirma-se que a contratualidade é o eixo direcionador do trabalho em saúde mental, e não apenas do terapeuta ocupacional. Constantinidis e Cunha (2020) destacam que a lógica da contratualidade, ao contrário da lógica da tutela, opera na perspectiva do controle social, permitindo ao sujeito com transtorno mental, sua família e comunidade o resgate e/ou a conquista da autogestão, autonomia e cidadania.

Os autores colocam que “o terapeuta ocupacional tem na realização de atividades uma situação privilegiada de facilitação de encontro com a pessoa em sofrimento psíquico” (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2020, p. 51). Este privilégio está na abertura para o desconhecido, para a experimentação, para a invenção de novas formas de existência. Está na construção horizontal, colaborativa e contratual das tomadas de decisão. Está no encontro genuíno com a loucura e na aproximação com o cotidiano, a subjetividade e suas possibilidades. Está na ruptura do pensamento moral, presente tanto na história da loucura, quanto na história da Terapia Ocupacional. Não se trata, todavia, de que o terapeuta ocupacional tenha obrigação de solucionar todos os conflitos ou garantir a estabilidade emocional dos sujeitos atendidos, mas, sim, de reafirmar e potencializar seu modo livre de existir (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2020).

É preciso compreender que as práticas reabilitadoras devem se encontrar no exercício dos direitos sociais e, para isso, devem poder sair do discurso técnico para fazerem sentido, para se aproximarem da realidade social, com seus conflitos, contradições, sentidos e contra-sensos, ou seja, a terapia ocupacional, para que possa constituir-se efetivamente como promotora da reabilitação psicossocial, deve também estar nas ruas, nos mercados, nas praças, na vida... inaugurando um cuidado que prioriza a liberdade de criação de todos os sujeitos envolvidos (RIBEIRO; MACHADO, 2008, p. 75).

1.3.3 Terapia Ocupacional e saúde mental infantojuvenil

A literatura indica que as crianças, por não serem consideradas em suas especificidades, mas como miniaturas dos adultos, foram historicamente negligenciadas de todos os tipos de cuidado, sendo apenas com o advento dos campos da pediatria, pedagogia e psicologia infantil que se passou a dedicar mais atenção ao desenvolvimento infantil e às medidas de proteção e assistência a essa população. Nesse sentido, a Terapia Ocupacional veio contribuir com o trabalho voltado a crianças e adolescentes, no estímulo ao seu desenvolvimento, autonomia e participação social (GOMES; OLIVER, 2010).

No Brasil, este trabalho foi impulsionado pelo aumento de políticas públicas destinadas a esta população, dentre as quais cabe destacar o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990b). O ECA inaugurou uma nova forma de olhar e compreender as questões relacionadas à infância e adolescência, a partir, dentre outros aspectos, da regulamentação das medidas socioeducativas e de proteção a esta população (GALHEIGO, 2003).

No campo da saúde mental, o histórico de pouca dedicação às especificidades da população infantojuvenil não foi diferente. Um retrospecto sobre a temática da saúde mental de crianças e adolescentes indica que, até o século XX, não eram encontrados critérios diagnósticos para crianças que apresentassem problemas relacionados à saúde mental, sendo as mesmas tratadas tal qual “adultos esquizofrênicos” ou com deficiências mentais (BRUNELLO, 2007). A partir dos anos 80, adotou-se as siglas DGD ou TGD para nomear, respectivamente, os Distúrbios ou Transtornos Globais do Desenvolvimento. Nestes, estariam inclusas as crianças com “comprometimento do desenvolvimento em múltiplas áreas vitais, como inabilidades de interação social e da comunicação e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados” (BRUNELLO, 2007, p. 309).

Com este enquadramento diagnóstico e tudo o que ele involuntariamente pode acarretar, em termos de desinvestimento frente a um determinismo, passou a ser importante e necessário, para a Terapia Ocupacional, compreender o modo como as crianças que vivenciavam tais condições se colocavam no mundo, os sofrimentos que apresentavam, o que as impedia de

satisfazer suas necessidades e desempenhar as atividades cotidianas típicas da infância, para que estas informações direcionassem as práticas profissionais (BRUNELLO, 2007).

Frente a este cenário, cabe “considerar que a intervenção da terapia ocupacional com crianças que apresentam problemáticas relacionadas à saúde mental seguiu juntamente com o desenvolvimento da psiquiatria infantil” (MATSUKURA, 1997, p. 29).

Internacionalmente, antes da década de 90, a literatura já indicava que os terapeutas ocupacionais estavam sendo cada vez mais solicitados no que diz respeito ao trabalho junto a crianças ditas com transtornos mentais (COPLEY; FORRYAN; O’NEILL, 1987) e que, portanto, tornava-se importante o investimento em pesquisas que pudessem se debruçar sobre e sistematizar as contribuições da Terapia Ocupacional neste campo e os possíveis referenciais teóricos a serem adotados (SHOLLE-MARTIN; ALESSI, 1990).

Baseando-se nestes e em outros estudos internacionais, Matsukura publicou, em 1997, artigo considerado precursor para a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil brasileira. Neste manuscrito, a autora se utiliza de um estudo de caso para levantar o debate acerca das possíveis contribuições da Terapia Ocupacional no tratamento do autismo. Embasando-se na abordagem psicodinâmica, a autora chamou a atenção, especialmente, para a importância do uso da atividade, inerente aos processos de Terapia Ocupacional, e da qualidade da relação terapêutica como potenciais estratégias terapêuticas ocupacionais na atenção a este público. Segundo a autora, as atividades são instrumentos que permitem tanto o acesso à realidade interna dos indivíduos, quanto o contato dos mesmos com a realidade externa, que os cerca (MATSUKURA, 1997).

Foi realizado, ainda, um destaque da autora para os aspectos não apenas cognitivos, mas, também, afetivos envolvidos na realização das atividades e na relação terapêutica, sendo que:

[...] geralmente a criança não apresenta habilidades básicas e que o seu “realizar atividades” é tão pobre quanto o seu contato com o mundo externo, o que de fato torna o estabelecimento da relação um investimento especial neste contexto. O reconhecimento do “outro”/terapeuta por parte da criança da maneira que lhe é possível, já é na verdade parte dos objetivos estabelecidos para o tratamento (MATSUKURA, 1997, p. 32).

Nesse sentido, Matsukura (1997) destacou, a partir dos resultados do estudo em questão, que a realização de atividades durante o processo terapêutico implementado ampliou as possibilidades de experimentação, desenvolvimento e interação da criança, bem como que a relação triádica, entre terapeuta, paciente e atividade, característica dos processos de Terapia Ocupacional Psicodinâmica, sustentou o desenvolvimento de um contato sólido e potente com a criança (MATSUKURA, 1997).

Considerando o campo da saúde mental de crianças e adolescentes, de forma mais geral e ampla, Matsukura, em 2007, fez pontuações em relação ao que a literatura da época já indicava como caminhos para a referida atuação. Segundo a autora, o terapeuta ocupacional é o profissional que intervém diretamente junto à criança e que, também, alcança seus diferentes contextos e sua rede, implementando e desenvolvendo, no cotidiano específico de cada indivíduo, estratégias e recursos que promovam organização frente às situações conflituosas. Também é destacada a atuação da Terapia Ocupacional na diminuição dos fatores de risco e ampliação dos fatores protetivos, ambos tanto emocionais quanto sociais e ambientais, em vista da promoção do desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (MATSUKURA, 2007).

Para Brunello (2007), as maiores preocupações dos familiares de crianças com demandas em saúde mental estão na dificuldade de socialização com outras crianças, no isolamento, na falta de autonomia e nas dificuldades de participação social nos diferentes contextos (casa, escola, parques, dentre outros). Sendo assim, a autora destaca que a atuação da Terapia Ocupacional junto a esta população “deve, necessariamente, passar por essas duas instâncias: oferecer recursos para que a vida ganhe sentido e auxiliar na busca de ações que tornem a vida dessas pessoas mais digna de ser vivida” (BRUNELLO, 2007, p. 311). A autora também reforça o papel do terapeuta ocupacional frente a todo processo institucionalizador, em favor da efetiva inclusão social, da autonomia e da liberdade das diversas formas de existência.

Cabe destacar, aqui, que no contexto brasileiro, diferentemente dos outros países ao redor do mundo, a Terapia Ocupacional na saúde pública busca acompanhar os avanços das políticas locais de saúde mental de crianças e adolescentes, tendo como linha de sustentação a Atenção Psicossocial. Isto estará evidenciado nos estudos que se seguem.

Pesquisa realizada por Tszesnioski *et al.* (2015) ressalta a importância da atuação do terapeuta ocupacional não apenas junto aos indivíduos, mas também junto à rede no campo da saúde mental infantojuvenil. Este estudo teve como objetivos descrever a rede de cuidados de crianças em sofrimento psíquico e desenvolver intervenções no território, apontando mudanças ocorridas a partir dessas ações. A pesquisa foi realizada entre os anos de 2011 e 2012, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco, e contou com a participação de crianças com histórico de sofrimento psíquico e seus respectivos familiares, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município. As autoras pontuaram a importância da presença do profissional terapeuta ocupacional na composição da equipe NASF do território, especialmente na facilitação da relação entre a criança e os dispositivos de apoio. Foram destacadas as intervenções direcionadas ao fortalecimento de vínculos com os familiares e à articulação com

serviços de saúde e educação, bem como o impacto destas intervenções na inclusão social das crianças do estudo.

Estudo realizado por Fernandes e Matsukura (2020) abordou o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico inseridos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. A partir da inserção da pesquisadora no cotidiano dos sujeitos e da realização de entrevistas com os participantes, foi possível identificar a restrição e a fragilidade das redes e do suporte social dos adolescentes. Observou-se que a própria instituição (CAPSij) é um dos poucos lugares de inclusão social dos sujeitos e que as famílias podem representar tanto proteção, suporte e acolhimento, quanto conflitos, violências e rompimentos. Observou-se, também, a dificuldade da efetivação da inclusão escolar dos adolescentes e entraves nas articulações com os dispositivos da educação. Ainda que não fosse o foco do estudo, as autoras refletiram sobre a importância da Terapia Ocupacional nestes contextos de cuidado, na aproximação com o cotidiano e com o processo de reabilitação psicossocial, que acontece diariamente e em todos os espaços de circulação dos sujeitos. Reiteraram o compromisso da Terapia Ocupacional com a garantia da inclusão social e das relações que possibilitem cidadania e condução da vida cotidiana (FERNANDES; MATSUKURA, 2020).

Pesquisa recente feita por Bueno *et al.* (2021) no município do Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, teve como objetivos caracterizar as práticas dos terapeutas ocupacionais na rede de atenção à saúde mental infantojuvenil da referida cidade, identificando as ações e abordagens. As pesquisadoras realizaram entrevistas com as 18 terapeutas ocupacionais atuantes na rede. Como resultados, identificaram que as terapeutas ocupacionais estavam presentes em três dispositivos da assistência em saúde mental infantojuvenil do município, sendo eles: 1) Equipes Complementares; 2) CAPS infantojuvenis; e 3) Programa Arte da Saúde.

As Equipes Complementares são equipes compostas por um psiquiatra infantil, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo, atuam em uma lógica ambulatorial, com o objetivo de dar suporte ao trabalho das equipes básicas de saúde mental e às equipes do PSF/NASF. Neste dispositivo, os resultados do estudo indicaram a presença de três perspectivas orientadoras para as práticas das profissionais: a) a desenvolvimentista/habilitadora, com foco na aquisição e desenvolvimento de habilidades e nos prejuízos acarretados pelo adoecimento; b) os princípios da reabilitação psicossocial, com foco na inserção social, exercício de papéis e cidadania; e c) a abordagem psicoterápica, com foco na expressão, análise de conteúdos internos expressos por meio das atividades e elaboração destes conteúdos (BUENO *et al.*, 2021).

Na continuação da apresentação dos resultados, as autoras indicaram que, nos CAPS infantojuvenis, as terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa evidenciaram tensões relacionadas à perda do enquadramento profissional, uma vez que se trata de um modelo coletivo de assistência, com compartilhamento de funções não diferenciadas por especialidades profissionais. Já no Programa Arte da Saúde, que tem como objetivo ofertar espaços de socialização e convivência, por meio de oficinas artísticas e culturais, a atuação dos terapeutas ocupacionais foi caracterizada pelo trabalho de gestão, sendo destacada a proximidade entre a proposta do programa e a formação profissional em Terapia Ocupacional (BUENO *et al.*, 2021).

Recente revisão bibliométrica de literatura, realizada por Mazaro e colaboradoras (2021), buscou descrever o panorama do conhecimento científico sobre Terapia Ocupacional e saúde mental, levando em consideração as variáveis ano, idioma, país, abordagem metodológica e objeto dos estudos. As autoras analisaram 249 estudos nacionais e internacionais. Dentre este total, a maior parte das publicações ocorreu entre os anos de 2010 e 2018, sendo evidenciado o crescimento expressivo dos estudos ao longo dos anos. Os manuscritos eram, em sua maioria, de língua inglesa e o Brasil foi o país onde a maior parte das pesquisas foi realizada. Quanto à abordagem metodológica dos estudos analisados, as autoras identificaram a predominância de estudos qualitativos (MAZARO *et al.*, 2021).

As autoras identificaram nove categorias no que diz respeito aos objetos de estudo das pesquisas analisadas, sendo uma delas a categoria Terapia Ocupacional e saúde mental infantojuvenil. Esta categoria abarcou 44 estudos, dentre os quais 11 tratavam de questões relacionadas ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes e a atuação da Terapia Ocupacional, e 33 abordavam exclusivamente o Transtorno do Espectro Autista (TEA) na infância e/ou adolescência (especialmente infância) (MAZARO *et al.*, 2021).

Dentre os 11 estudos mais gerais, sobre Terapia Ocupacional e saúde mental infantojuvenil, cinco estudos eram brasileiros e tratavam sobre: identificação da rede de cuidados de crianças em sofrimento psíquico e desenvolvimento de intervenções no território (TSZESNIOSKI *et al.*, 2015); percepção de familiares de crianças em sofrimento psíquico sobre as práticas educativas cotidianas, as atividades realizadas junto às crianças e sua relação com o comportamento infantil (CID; SANTOS; SQUASSONI, 2017); desempenho ocupacional de adolescentes em acompanhamento em um CAPS infantojuvenil (PEREIRA *et al.*, 2014a); investigação sobre a rede de cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e identificação de ações que visam à promoção da saúde mental, a partir de uma intervenção no território (BARATA *et al.*, 2015); relato de experiência de atuação da Terapia

Ocupacional em uma enfermaria pediátrica por aprimorandas de um programa de Terapia Ocupacional em saúde mental (RIBEIRO; BERNAL; ZAPONI, 2008).

Já os outros seis estudos eram internacionais e diziam respeito à/a: intervenção precoce em Terapia Ocupacional na saúde mental infantil e prática centrada na família (SCHULTZ-KROHN; CARA, 2000); intervenção em grupo de Terapia Ocupacional direcionado à diminuição de sintomas de ansiedade e depressão e melhora da autoestima, participação e bem-estar de crianças e adolescentes entre 11 e 13 anos (TOKOLAHÍ *et al.*, 2014); preditores funcionais de adolescentes e jovens adultos com transtornos psicóticos após primeira crise (BARROWS, 1996); atuação da Terapia Ocupacional no processo de hospitalização de curta e longa duração de crianças com transtornos psiquiátricos (SHOLLE-MARTIN; ALESSI, 1990); estimulação vestibular em 20 crianças com idades entre dez e 12 anos, com o objetivo de melhora dos sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (HAGHSHENAS; HOSSEINI; AMINJAN, 2014); intervenção da Terapia Ocupacional no desenvolvimento emocional e saúde mental de bebês em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (OLSON; BALTMAN, 1994).

Já dentre os 33 manuscritos relacionados especificamente ao Transtorno do Espectro Autista, as autoras pontuaram que consistiam em estudos que:

[...] abordam os referenciais teóricos e as intervenções que contribuem para a atuação do terapeuta ocupacional junto ao TEA; padrões e práticas destes profissionais na área; que abrangem os professores e familiares de crianças e adolescentes com TEA; que tratam da relação entre autismo e processamento sensorial; que propõem estratégias para melhora do comportamento alimentar seletivo, comunicação, rotina, engajamento e participação social de crianças com TEA; que expõem a importância da estimulação auditiva, integração sensorial, uso da ioga, programa de coaching baseado na ocupação para famílias, manejo de crianças com TEA no transporte familiar e a identificação precoce do TEA pelo terapeuta ocupacional (MAZARO *et al.*, 2021, p. 16).

Frente ao estudo anteriormente apresentado, cabe direcionar luz para a literatura focalizada na atuação junto aos indivíduos com TEA, já que é uma das populações-alvo da atenção psicossocial brasileira, especialmente no que diz respeito a crianças e adolescentes.

Revisão de literatura publicada em 2013, por Matsukura e Soragni, buscou estudos nacionais e internacionais, em língua portuguesa e inglesa, relacionados às práticas da Terapia Ocupacional junto a indivíduos com autismo infantil. As autoras utilizaram o Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para busca da literatura internacional e, para literatura nacional, *Scielo*, Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, Revistas de Terapia Ocupacional da USP e Anais dos Congressos Brasileiros De

Terapia Ocupacional. A delimitação de tempo foi de dez anos (2000 a 2010, sendo que nos anais dos Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional foi de 2001 a 2011). Como resultados, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, as autoras obtiveram um total de sete estudos internacionais e 27 estudos nacionais, sendo que, destes últimos, apenas um artigo estava publicado na íntegra nos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, enquanto os demais 26 consistiam em resumos apresentados nos Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional.

Ao analisarem o conteúdo dos manuscritos, as pesquisadoras encontraram, dentre outros dados, que os estudos internacionais se dedicavam, em sua maioria, à temática da Integração Sensorial e a aspectos relacionados ao processamento e comportamento sensorial de crianças com TEA. Na literatura nacional, diferentemente disto, os estudos abarcavam temáticas mais amplas e diversificadas, que não apresentavam uma relação direta com a prática da Terapia Ocupacional, mas que se debruçavam sobre aspectos do cotidiano, familiares e do desenvolvimento infantil. Dentre estes temas, as autoras citaram o brincar simbólico, a psicomotricidade, os instrumentos diagnósticos e funções sensório-motoras, além das relações familiares. Dentre outros pontos levantados para discussão, as autoras manifestaram a preocupação de que as ações do terapeuta ocupacional junto a crianças com TEA estivessem resumidas a intervenções no âmbito da Integração Sensorial (MATSUKURA; SORAGNI, 2013).

Dissertação de mestrado de Lourenço (2020) corrobora o estudo acima apresentado. Partindo de estudos internacionais que ilustram diferentes possibilidades de cuidado a pessoas com TEA, não necessariamente focalizados na Terapia Ocupacional, a autora sinaliza que, naquele contexto, há uma tendência a se debruçar sobre as comorbidades que eventualmente atingem os indivíduos com TEA, como os quadros de ansiedade e depressão, chamados de “desordens psiquiátricas”, e as possibilidades de serviços e intervenções a eles direcionadas. Lourenço (2020) acrescenta, ainda, que, na ausência desta sintomatologia “psiquiátrica”, os estudos, especialmente da América do Norte, tendem a se debruçar mais sobre as terapias comportamentais vinculadas aos setores da educação e da reabilitação.

Um dos estudos citados pela autora é o de Mire *et al.* (2015), que objetivou explorar os tipos de tratamento e a frequência de seu uso direcionados a crianças e adolescentes com diferentes idades, desde a pré escola até a adolescência, com TEA. A Terapia Ocupacional foi citada junto com a fonoaudiologia e terapias da fala como intervenções predominantes junto às crianças com TEA, numa perspectiva comportamental. Foi identificada uma tendência de

diminuição destas intervenções com o aumento da idade, sendo que, com os adolescentes, predominava a intervenção medicamentosa (MIRE *et al.*, 2015).

A Terapia Ocupacional também foi citada em documento intitulado “Perspectivas em primeira mão sobre intervenções comportamentais para pessoas autistas e pessoas com outras deficiências de desenvolvimento” (GARDNER, 2017, tradução nossa). O material tem como objetivo fornecer orientações para prestadores de serviços para pessoas com TEA e outras deficiências, e foi elaborado pela *Autistic Self Advocacy Network of Greater Boston*, isto é, as próprias pessoas com TEA e outras deficiências puderam dissertar sobre suas necessidades e sugerir estratégias de intervenção. Neste documento, o TEA é tratado na mesma perspectiva das deficiências e as intervenções comportamentais são citadas como prioritárias, no sentido de permitir maior autogerenciamento em relação à própria condição, ao invés de promover normatização para se tornarem “menos autistas” (p. 1). A Terapia Ocupacional é mencionada como uma das intervenções prioritárias para o manejo das alterações sensoriais e ansiedade, estímulo às habilidades sociais e de autocuidado e treinamento profissional.

Artigo recente de Taylor (2022) discute a questão de adequação comportamental e normatização da população autista, pontuando o quanto as normas historicamente marginalizam e excluem as minorias. Ao longo do manuscrito, é realizada uma crítica sobre a perpetuação de práticas capacitistas no âmbito da ciência ocupacional, no sentido de criminalização de comportamentos autísticos, e, também, é apresentada uma argumentação que defende o modo de existir da pessoa com TEA, a fim de validação de seus comportamentos e valorização de suas potências. A autora defende a participação ativa do indivíduo com TEA nos processos que lhe dizem respeito, com o objetivo de lhe conferir protagonismo, autonomia e inclusão, e também convoca a ciência ocupacional para a responsabilidade ética de se posicionar como aliada na promoção de um contexto de proteção à comunidade autista (TAYLOR, 2022).

Com os estudos acima apresentados, torna-se claro que, no contexto internacional, o cuidado a crianças e adolescentes com TEA se direciona a aspectos comportamentais e à utilização de métodos e técnicas específicos, e que a Terapia Ocupacional acompanha esta tendência, ainda que mais recentemente já seja possível observar um tensionamento neste debate, conforme indica o estudo de Taylor (2022). No cenário nacional, por sua vez, as práticas da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil na saúde pública ancoram-se na política da atenção psicossocial. A literatura inicia a discussão sobre a atuação e as contribuições deste núcleo neste campo, conforme explicitado nos estudos abaixo, porém não há um aprofundamento.

Uma revisão de literatura realizada por Guadanhim e Matsukura (2013) sobre a temática da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil buscou publicações nacionais e internacionais, bem como anais de Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional, entre os anos de 2000 e 2010. Como resultados, as autoras encontraram que a maior parte das publicações eram relacionadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, aos diferentes tipos de violência, ao envolvimento com ato infracional, ao abandono, à hospitalização, dentre outros. As autoras pontuaram o crescente número de publicações envolvendo a temática da saúde mental infantojuvenil nos anos próximos ao período da revisão, mas destacaram a importância da realização e divulgação de estudos que aprofundassem na atuação da Terapia Ocupacional neste campo.

Pesquisa realizada por Bueno (2013) teve como objetivo geral caracterizar a inserção do terapeuta ocupacional nos CAPS infantojuvenis e identificar as ações desenvolvidas pelos referidos profissionais junto à clientela atendida. Foi realizado um estudo descritivo com 24 terapeutas ocupacionais de 18 CAPSij do Estado de São Paulo, sendo a coleta de dados realizada por meio de questionários. Como resultados, a autora identificou que as ações que caracterizam a especificidade da Terapia Ocupacional estão relacionadas à análise de atividade, à inserção social e às atividades no cotidiano, com enfoque nas atividades de vida diária. A autora também identificou, junto aos participantes, lacunas em seu processo de formação teórico e prático no que diz respeito à atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Ela sinaliza, frente aos resultados obtidos, a importância da ampliação e aprofundamento da produção de conhecimento sobre a formação e as práticas do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil (BUENO, 2013).

Pesquisa desenvolvida por Pereira *et al.* (2014a), que objetivou analisar o desempenho ocupacional de adolescentes que frequentam um CAPS infantojuvenil em um município do Estado de Minas Gerais, encontrou maior relação entre os fatores pessoais e ambientais de cada adolescente com seu desempenho ocupacional, do que entre o transtorno mental e o desempenho ocupacional. Este resultado excepcionou os casos de adolescentes com diagnóstico de distúrbios da atividade e da atenção (TDAH), os quais estiveram intimamente relacionados com prejuízos no desempenho ocupacional. As autoras apontaram lacunas na literatura sobre referenciais teóricos que relacionassem transtornos mentais em adolescentes com prejuízos em seu desempenho ocupacional. Também pontuaram a importância deste estudo para o trabalho de terapeutas ocupacionais junto a adolescentes que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico, no sentido de promoção de engajamento em ocupações e atividades significativas,

que gerem bem-estar, organização do cotidiano e construção de projetos de vida (PEREIRA *et al.*, 2014a).

Santarosa (2016) realizou um estudo que objetivou compreender a atuação de terapeutas ocupacionais na rede de atenção e cuidado a crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas na cidade de São Paulo. A autora realizou estudo transversal, exploratório e descritivo com gestores e profissionais terapeutas ocupacionais atuantes nos serviços da rede do centro da cidade de São Paulo. Os resultados obtidos apontaram que, embora os terapeutas ocupacionais se envolvessem em tarefas comuns aos demais membros da equipe, sua atuação tendia para a realização de intervenções que visavam a ampliação do repertório de atividades dos usuários, como ação no território, acompanhamento terapêutico, geração de renda, além de atividades plásticas e corporais. Segundo a autora, “pesquisar a especificidade da Terapia Ocupacional em um momento em que se constroem práticas transdisciplinares caracterizou-se um desafio” (SANTAROSA, 2016, p. 163).

Trabalho realizado por Richter (2019) teve como objetivo compreender o processo de alta de crianças e adolescentes em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) sob a perspectiva de terapeutas ocupacionais. A autora procedeu com estudo descritivo e exploratório, no qual participaram 15 terapeutas ocupacionais atuantes em CAPSij do município de São Paulo. Foi identificado que a contribuição da Terapia Ocupacional no processo de alta estava relacionada à avaliação ampliada e contextualizada da criança/adolescente junto à equipe interdisciplinar, ao fortalecimento de suas famílias e ao empoderamento dos sujeitos para apropriação dos espaços sociais externos ao CAPSij. A autora aponta para a importância de mais estudos que se debruçam sobre a contribuição da Terapia Ocupacional neste contexto, bem como sobre a ampliação para a visão dos diferentes atores envolvidos, além dos próprios terapeutas ocupacionais, e nas diferentes realidades regionais brasileiras.

Frente ao exposto, considera-se que os estudos ora apresentados identificaram, em seus resultados, aspectos sobre o núcleo da Terapia Ocupacional, no campo da saúde mental infantojuvenil, evidenciando, entretanto, a necessidade e importância de aprofundamento na discussão sobre sua localização, caracterização e demarcação de seus elementos, como forma de aprimoramento da formação em Terapia Ocupacional, bem como da atuação prática e técnica no referido campo (BUENO, 2013; PEREIRA *et al.*, 2014a; SANTAROSA, 2016; RICHTER, 2019).

Desta forma, a presente pesquisa converge ao intento de aprofundar o estudo e a discussão a respeito do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental

infantojuvenil brasileira, colocando-o como foco. Acredita-se que este estudo tem relevância no que diz respeito à consolidação do núcleo da Terapia Ocupacional junto às demais áreas do conhecimento que compõem o referido campo profissional, contribuindo com o processo de formação de terapeutas ocupacionais e com a atuação prática daqueles que estão inseridos no campo. O estudo também tem relevância por promover um aprofundamento na realidade brasileira, em um contexto de sobrecarga do Sistema Único de Saúde, considerando a pandemia de COVID-19 e seus desdobramentos, e de desmonte de políticas públicas voltadas às minorias, dentre elas, a população infantojuvenil e as pessoas com sofrimento psíquico.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a perspectiva de terapeutas ocupacionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes sobre o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar aspectos que fundamentam e/ou influenciam as práticas de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental de crianças e adolescentes;
- Analisar como os profissionais não terapeutas ocupacionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes descrevem e avaliam a prática de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental infantojuvenil.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório, com abordagem quali-quantitativa. Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas têm o principal objetivo de descrever características ou fenômenos ou, ainda, estabelecer relações entre variáveis, enquanto os estudos exploratórios têm como objetivo promover familiaridade com um referido tema, explicitá-lo, construir hipóteses, aprimorar ideias. Segundo o mesmo autor, pesquisas podem ser definidas como descritivas por seus objetivos, porém proporcionarem uma nova visão sobre o problema estudado, aproximando-se das pesquisas exploratórias. Estes dois tipos de pesquisa são habitualmente utilizados por pesquisadores interessados na atuação prática (GIL, 2002).

A abordagem quali-quantitativa foi baseada na triangulação de métodos, proposta por Minayo, Assis e Souza (2005). Trata-se de uma estratégia de diálogo entre os requisitos dos métodos qualitativos, relacionados ao aprofundamento na representatividade dos grupos sociais que compõem a pesquisa, e os métodos quantitativos, que proporcionam maior magnitude e cobertura da temática em estudo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Para Sampieri, Collado e Lúcio (2013), os métodos mistos – como são chamados os processos que vinculam dados qualitativos e quantitativos num mesmo estudo – têm como benefícios, dentre outros: promover perspectiva mais ampla, profunda, diversificada e rica dos dados; promover maior solidez e rigor aos estudos; e favorecer a teorização e o dinamismo dos questionamentos.

Parte-se do princípio de que os métodos quantitativos e qualitativos não se opõem entre si, mas, ao contrário, se complementam, possibilitando, juntos, ampliação do dimensionamento e do aprofundamento da pesquisa. Neste estudo, esta estratégia metodológica foi adotada visando o diálogo e o entrelaçamento entre os dados coletados com os diferentes informantes, atendendo à complexidade da temática de estudo e permitindo compreendê-la com maior afinco e rigor.

3.1 Aspectos éticos

Esse trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento da pesquisa apenas ocorreu após obtenção de parecer favorável, cujo número é 4.537.878 (ANEXO A).

O estudo foi desenvolvido em duas fases, as quais terão seu desenho metodológico explicitado nos subtópicos a seguir.

3.2 Fase 1

A fase inicial deste estudo tinha como objetivo explorar, com um número mais amplo de profissionais terapeutas ocupacionais e não terapeutas ocupacionais com experiência na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, questões sobre o núcleo da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil. O levantamento de dados nesta etapa foi realizado por meio de questionário *online*.

3.2.1 Participantes

Foram participantes desta etapa do presente estudo 107 profissionais, sendo 59 terapeutas ocupacionais e 48 não terapeutas ocupacionais. Estes participantes serão caracterizados no Capítulo 4 – Resultados.

Foram adotados como critérios de inclusão:

- 1) terapeutas ocupacionais que atuassem ou tivessem atuado por, ao menos, seis meses na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, no território nacional;
- 2) profissionais não terapeutas ocupacionais, de nível superior ou médio, que atuassem ou tivessem atuado por, ao menos, seis meses na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, em cujas equipes havia, ao menos, um terapeuta ocupacional, no território nacional.

3.2.2 Local

A pesquisa foi desenvolvida totalmente *online*, via ferramenta do *Google Forms* – Formulário. Nesta fase, o recurso virtual foi adotado como forma de viabilizar a difusão do estudo entre os diferentes Estados brasileiros, proporcionando, assim, a participação de profissionais de diferentes regiões do país. Salienta-se que o estudo não esteve subordinado às instituições às quais os participantes estavam ou já haviam estado vinculados profissionalmente, sendo a participação consentida apenas mediante a autorização de cada participante.

3.2.3 Instrumento para a coleta dos dados

Foi utilizado um questionário *online*, elaborado pela pesquisadora exclusivamente para esta pesquisa, disponibilizado pela ferramenta do *Google Forms* – Formulário. O questionário foi confeccionado a partir dos objetivos da pesquisa e, também, dos apontamentos da literatura que tratam sobre a atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

O instrumento se iniciava com uma breve apresentação sobre o estudo e, na sequência, era disponibilizado o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE – APÊNDIXE A), com informações mais aprofundadas sobre a pesquisa e os aspectos éticos. O RCLE era assinado virtualmente, através de um ícone de preenchimento obrigatório, e, somente após o aceite de participação na pesquisa, os participantes acessavam o questionário.

O questionário continha, no início, questões de caracterização sociodemográfica, que visavam caracterizar a população participante da pesquisa. Foram coletados dados de idade, gênero, local de residência, nível de escolaridade, tempo de formação e experiências profissionais, por meio de questões de múltipla escolha. Na sequência, os participantes foram questionados sobre quais aspectos e elementos percebiam no núcleo profissional e na atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Tais dados foram coletados em questões abertas. Na finalização do questionário, o participante tinha a possibilidade de sinalizar seu desejo e interesse de participar da Fase 2 do presente estudo, sendo solicitado, em caso afirmativo, a disponibilização do contato telefônico e/ ou endereço eletrônico, para que a pesquisadora entrasse em contato posteriormente.

3.2.4 Procedimentos

3.2.4.1 Construção e adequação do questionário

Para tornar o questionário mais pertinente aos objetivos deste estudo, bem como avaliar sua organização, coerência e aplicabilidade, foi solicitado que juízas especialistas avaliassem o referido instrumento. Participaram desta etapa cinco terapeutas ocupacionais pesquisadoras e atuantes no campo da saúde mental infantojuvenil. As contribuições das juízas foram analisadas pelas pesquisadoras, sendo aquelas julgadas como pertinentes incorporadas à versão aplicável do questionário.

Após esta adequação, o instrumento passou por uma fase de aplicação-teste, junto a duas profissionais do campo da saúde mental infantojuvenil, sendo uma pesquisadora terapeuta ocupacional e uma profissional não terapeuta ocupacional, atuante na rede. Esta etapa teve como objetivo avaliar a aplicabilidade do questionário e a compreensão das questões por parte das participantes, bem como levantar apontamentos ou sugestões em relação ao instrumento.

Tais contribuições foram novamente analisadas e incorporadas ao questionário sendo que, findada esta etapa, foi obtida a versão final do instrumento (APÊNDICE B), pronta para o início do processo de coleta de dados.

3.2.4.2 Identificação e localização dos participantes

Os potenciais participantes do estudo foram localizados e acessados virtualmente, através do compartilhamento massivo da pesquisa e do *link* para acesso ao instrumento e preenchimento do questionário.

Foi utilizado, também, o método “bola de neve” como meio de divulgação dos convites aos potenciais participantes. Segundo Vinuto (2014), o método “bola de neve” consiste em um método de amostragem não probabilística, que utiliza cadeias de referência, isto é, parte da identificação de informantes-chaves, nomeados como “sementes”, que ajudam o pesquisador a localizar e acionar, dentre suas próprias redes sociais, pessoas que se encaixem no perfil pesquisado e que possam ser informantes para a pesquisa, sendo o convite replicado por cada participante, sucessivamente. Trata-se de um método indicado quando não há precisão sobre a quantidade da amostra (VINUTO, 2014).

Foram utilizadas redes sociais e aplicativos de mensagens, os quais permitiram o acesso aos participantes individualmente e em grupos virtuais de trabalhadores e pesquisadores do campo. Também foi realizado contato com 16³ dos 18 Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITOs – das diferentes regiões brasileiras, dos quais foram obtidas seis respostas positivas. Estes conselhos realizaram o compartilhamento do estudo em suas redes sociais, sites institucionais e/ou via lista de contatos. Cabe ressaltar que a participação ativa dos CREFITOs em questão colaborou sobremaneira para a difusão do estudo nos diferentes Estados.

3.2.4.3 Coleta de dados

O questionário foi compartilhado e ficou disponível para preenchimento por cerca de 40 dias, entre os meses de fevereiro e março de 2021. Após este período, foi possível observar que 132 questionários foram enviados como resposta ao *Google Forms*, sendo que: um participante não aceitou participar da pesquisa, respondendo negativamente à pergunta obrigatória que compunha o RCLE; 18 participantes responderam que não atuaram em equipes compostas por terapeutas ocupacionais, tendo o formulário encerrado nesta resposta (não responderam as

³ Não foi obtido contato com os outros dois CREFITOs.

questões abertas); e 6 participantes enviaram questionários duplicados (sendo, portanto, considerado apenas um deles e o outro excluído). Isto totalizou 25 questionários excluídos do estudo, consequentemente resultando em 107 questionários considerados e incluídos na análise.

3.2.4.4 Análise de dados

Foram utilizadas as planilhas no Programa *Microsoft Office Excel*® para sistematização e organização dos dados coletados por meio do questionário. As questões iniciais e objetivas do questionário foram analisadas por estatística descritiva.

Para análise das questões abertas, foi utilizado o *software Iramuteq*® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Trata-se de um *software* aberto e gratuito, criado por Pierre Ratinaud originalmente na língua francesa, mas que atualmente conta com dicionários completos em diversas línguas, inclusive no português. É um programa que permite fazer análises estatísticas de um determinado material textual, denominado como “*corpus* textual” na linguagem do *software*. Seu sistema operacional ancora-se no *software* R para processar suas análises, sendo necessária sua instalação antes da efetiva instalação do *Iramuteq*®, conforme orientado no tutorial disponível no site oficial do *software* – a saber, www.iramuteq.org (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Este mesmo tutorial esclarece os elementos que compõem o *corpus* textual, na linguagem do *software*, isto é, o texto e o segmento de texto, bem como fornece orientações para a elaboração deste *corpus* textual. Também esclarece os tipos de análises que o programa é capaz de produzir e orienta como processá-las (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Os *corpora*⁴ deste estudo foram elaborados conforme as orientações do tutorial, sendo o primeiro *corpus* composto pelas respostas dos terapeutas ocupacionais às questões abertas do questionário, e o segundo *corpus*, pelas respostas dos profissionais não terapeutas ocupacionais às referidas questões.

Quanto à análise, foi adotada a Análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) – Método de Reinert, simples sobre segmentos de texto. Isto quer dizer que o *software* fragmentou o texto, que é mais longo, em segmentos de texto e processou a análise sobre estes. Foram utilizados todos os parâmetros padrões do *software* para proceder com a análise, sendo que a única mudança realizada foi a passagem dos advérbios de forma ativa para forma suplementar, orientação esta fornecida pelo próprio tutorial (CAMARGO; JUSTO, 2018).

⁴ Plural de “*corpus*”.

O tutorial ainda ressalta: “É importante lembrar que as análises do tipo CHD, para serem úteis à classificação de qualquer material textual, requerem uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto” (CAMARGO; JUSTO, 2018, p. 34). Isto quer dizer que se o índice de retenção de um determinado *corpus* textual for menor que 75%, então este tipo de análise não se adequa ao *corpus* em questão, pois não retém o mínimo de segmentos de texto necessários para a análise, ou seja, não aproveita o *corpus* suficientemente. Esta orientação foi devidamente seguida no processo de análise de dados deste estudo.

Cabe salientar que as análises dos dois *corpora* textuais, realizados nesta fase do estudo, foram realizadas separadamente, sendo os resultados também apresentados devidamente separados.

3.3 Fase 2

Na segunda fase do presente estudo, pretendeu-se aprofundar a discussão sobre o núcleo da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil. Objetivou-se, aqui, identificar, analisar e construir elementos que compõem os referidos núcleo e campo, coletivamente, com base na percepção dos próprios participantes, e partindo dos principais temas identificados na análise dos questionários da Fase 1. Foram realizados, nesta fase, dois grupos focais compostos exclusivamente por terapeutas ocupacionais, e outros dois grupos focais composto por profissionais de diferentes formações.

3.3.1 Participantes

Foram considerados como potenciais participantes desta fase do estudo os profissionais que sinalizaram, no questionário, o interesse em participar da Fase 2. Estes totalizaram 85 profissionais, sendo 44 terapeutas ocupacionais e 41 não terapeutas ocupacionais.

Todos estes profissionais foram convidados para a participação nesta fase do estudo, sendo que 32 profissionais aceitaram e participaram, sendo 20 terapeutas ocupacionais e 12 não terapeutas ocupacionais. Os quadros 1 e 2, dispostos a seguir, apresentam a caracterização dos participantes terapeutas ocupacionais e não terapeutas ocupacionais, respectivamente, nesta fase do estudo.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes terapeutas ocupacionais na Fase 2.

Número do participante	Estado de residência
P12	Distrito Federal

P13	Minas Gerais
P24	São Paulo
P25	Mato Grosso
P27	São Paulo
P32	Goiás
P38	Mato Grosso
P42	Rio Grande do Sul
P58	Rio de Janeiro
P62	São Paulo
P65	Pará
P66	São Paulo
P77	São Paulo
P83	São Paulo
P84	Ceará
P86	São Paulo
P89	Minas Gerais
P99	São Paulo
P100	Minas Gerais
S/N	Ceará

Fonte: elaboração própria.

Quadro 3 – Caracterização dos participantes não terapeutas ocupacionais na Fase 2.

Número do participante	Profissão atual	Estado de residência
P28	Psicólogo	São Paulo
P35	Psicólogo	São Paulo
P36	Oficineiro	São Paulo
P37	Fonoaudiólogo	São Paulo
P45	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	São Paulo
P49	Psicólogo	São Paulo
P59	Psicólogo	Minas Gerais
P75	Fonoaudiólogo	São Paulo
P79	Assistente Social	São Paulo
P81	Psiquiatra	São Paulo

P90	Psicólogo	São Paulo
P93	Enfermeiro	São Paulo

Fonte: elaboração própria.

3.3.2 Local

Como já supracitado, a pesquisa foi desenvolvida totalmente *online*, sendo que nesta fase, via plataforma *Google Meet*. Na Fase 2, o recurso virtual foi adotado tanto como forma de viabilizar a participação dos profissionais de diferentes localidades, quanto pelo contexto da pandemia de COVID-19, que impôs medidas de isolamento social, inviabilizando qualquer possibilidade de encontros presenciais.

3.3.3 Instrumentos

Foram elaborados, a partir dos temas identificados na análise dos questionários da Fase 1, o Roteiro para condução dos grupos focais com os profissionais terapeutas ocupacionais (APÊNDICE C) e o Roteiro para condução dos grupos focais com os profissionais não terapeutas ocupacionais (APÊNDICE D). Tais instrumentos foram utilizados para orientar a discussão dos grupos acerca da temática do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Os roteiros contemplavam um momento inicial de apresentações pessoais e combinados, um segundo momento de apresentação das temáticas identificados após análise dos questionários, que seriam disparadoras para a discussão, e um terceiro momento de encerramento.

Segundo Gatti (2005), o Grupo Focal é uma técnica amplamente utilizada, especialmente na área da saúde, segundo a qual um processo grupal organizado com propósito, para discussão de temas vivenciados pelos participantes em seu cotidiano, permite a emergência e a captação de diversos pontos de vista sobre uma temática, pontos de vista estes carregados por sentidos, contextos e representações individuais que se entrecruzam no coletivo da interação criada.

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite também a compreensão de ideias partilhadas por pessoas no dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros (GATTI, 2005, p. 11).

Gatti (2005) também aponta que, com base nos objetivos do estudo, são levantadas as variáveis a serem consideradas na composição dos grupos, como homogeneidade e heterogeneidade entre os participantes de um mesmo grupo, ou de grupos diferentes, se for o caso. “Deve ter uma composição que se baseie em algumas características homogêneas dos participantes, mas com suficiente variação entre elas para que apareçam opiniões diferentes ou divergentes” (p. 18).

Trata-se de uma técnica especialmente útil quando se deseja explorar o nível de consenso dos participantes sobre um determinado assunto, e quando se busca aperfeiçoamento e aprofundamento da compreensão deste assunto, a partir de dados advindos de outras técnicas de coleta (GATTI, 2005).

Desde a primeira década dos anos 2000, a literatura já cita a possibilidade de realização de grupos focais no formato *virtual/online* (ABREU; BALDANZA; GONDIM, 2009; BORDINI; SPERB, 2011). A princípio, as principais vantagens encontradas eram conseguir unir pessoas de diferentes localidades, eliminando-se os gastos de deslocamento, bem como aplicar os avanços das tecnologias da comunicação também no cenário da pesquisa. Com a pandemia de COVID-19 e a imposição do distanciamento social, o uso do grupo focal no formato *online* passou a ser uma alternativa possível para ampliar a participação de pessoas dispersas geograficamente, garantindo sua segurança e anonimato, bem como produzir dados de qualidade, com economia de tempo e custo (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Frente ao exposto, encontrou-se na técnica do grupo focal *online* uma possibilidade de atendimento aos objetivos, propósitos e exigências desta fase do presente estudo, o que justificou sua adoção.

3.3.4 Procedimento para coleta de dados

Todos os profissionais que sinalizaram na Fase 1 o interesse em participar da Fase 2 da pesquisa foram contatados e re-convidados para tal participação. Este processo aconteceu em duas etapas, sendo que, inicialmente, foram convidados todos os terapeutas ocupacionais, e realizados os grupos com tais profissionais, e, em um segundo momento, foram convidados os profissionais não terapeutas ocupacionais e procedeu-se aos grupos com eles. Este processo será mais bem descrito a seguir.

Procedeu-se com a listagem de todos os profissionais interessados, sendo separados os terapeutas ocupacionais e os não terapeutas ocupacionais, e, a partir de tal lista, iniciou-se o processo de convite aos TOs. A pesquisadora entrou em contato virtualmente, por *whatsapp* e/

ou *e-mail*, com os profissionais. Foi-lhes retomado o convite de participação na segunda fase do estudo, além de serem esclarecidas as propostas de composição dos grupos e as possibilidades de data e horário para sua ocorrência. Os participantes foram informados que cada grupo seria realizado em um encontro com tempo de duração previsto de uma hora e trinta minutos e que os encontros seriam realizados via plataforma digital de comunicação grupal, sendo necessário, portanto, computador ou *smartfone*, com acesso à *internet*.

Foi-lhes apresentado um *link* para acesso ao *Google Forms* – Formulário, o qual continha informações mais detalhadas sobre esta etapa da pesquisa, o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), elaborado especificamente para esta fase do estudo e com detalhamento sobre os aspectos éticos envolvidos (APÊNDICE E), e espaços para o preenchimento dos dados pessoais e a(s) preferência(s) de dia e horário para participação no grupo. Foi solicitado que os profissionais ratificassem seu interesse em participar mediante envio do formulário com o devido aceite ao RCLE e o preenchimento dos campos solicitados.

Dos 44 profissionais terapeutas ocupacionais contatados, 22 responderam afirmativamente e 22 não responderam ou manifestaram sua desistência. A pesquisadora agendou, então, de acordo com a disponibilidade e preferência dos interessados, os dois grupos nos dias e horários em que contemplavam a maior parte dos interessados. Cabe ressaltar, aqui, que foi adotada orientação da literatura específica, que sugere que cada grupo focal deve ter entre seis e 12 participantes (GATTI, 2005).

Ambos os grupos focais com os participantes terapeutas ocupacionais foram agendados e realizados no mês de maio de 2021. Do primeiro grupo focal, participaram nove TOs e, do segundo, 11 TOs. Cabe esclarecer, aqui, que dois terapeutas ocupacionais que haviam sinalizado interesse e disponibilidade em participar do grupo desistiram de última hora, sendo, portanto, o número final de participantes menor do que o apresentado inicialmente. Cabe esclarecer, ainda, que cada participante participou do grupo uma única vez.

Findada a etapa da realização dos grupos com os terapeutas ocupacionais, foi dado início ao processo de composição dos grupos com os profissionais não terapeutas ocupacionais. Estes foram contatados da mesma forma que os TOs, via *Whatsapp* e/ou *e-mail*, seguindo as mesmas etapas descritas no início desta subseção. A pesquisadora recebeu, então, os formulários com as devidas respostas dos profissionais não terapeutas ocupacionais interessados na participação dos grupos, isto é, o aceite ao RCLE e o preenchimento dos campos solicitados. Estes totalizaram 15 profissionais, que foram novamente organizados em dois grupos, agendados para os dias e horários adequados à maior parte dos interessados.

Ambos os grupos focais com os profissionais não terapeutas ocupacionais foram agendados e realizados no mês de junho de 2021. Do primeiro grupo focal, participaram cinco profissionais e, do segundo, sete profissionais. Cabe esclarecer que, da mesma forma que o ocorrido no grupo com os TOs, houve desistências de última hora. Isto, entretanto, não impactou apenas na diferença entre o número previsto e o número efetivo de participantes nos grupos, mas também, e especialmente, impactou no não atendimento às orientações de Gatti (2005), ficando abaixo do mínimo de seis participantes por grupo focal. Pontua-se que esta consiste em uma limitação do presente estudo.

Todos os grupos focais foram iniciados com um momento de apresentação entre os participantes e a pesquisadora. Neste momento inicial, também foram retomados os objetivos do grupo e realizados combinados sobre questões éticas e sobre os limites de tempo de cada etapa do encontro. Em seguida, a pesquisadora apresentou aos participantes os temas que seriam disparadores para a discussão do grupo focal e deixou aberta a discussão durante o tempo estabelecido. Por fim, foi realizado o encerramento do grupo, no qual os participantes puderam falar sobre a experiência de participação no grupo, as contribuições, dificuldades e demais apontamentos que se fizessem pertinentes.

Nas figuras abaixo, é possível visualizar a apresentação utilizada pela pesquisadora para conduzir os grupos focais com os participantes TOs (Figura 1) e NÃO TOs (Figura 2).

Figura 1 – Apresentação utilizada pela pesquisadora para conduzir os grupos focais com os participantes TOs.

1

O QUE SE FAZ, COMO SE FAZ, POR QUE SE FAZ? - FOCALIZANDO O NÚCLEO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Fabiana Arantes Tóquez
Pesquisadora de Doutorado
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
Universidade Federal de São Carlos

2

Organização do grupo

- Apresentação e combinados (10 minutos)
- Temas (1 hora)
- Encerramento (20 minutos)

3

Apresentação e combinados

- Breve apresentação pessoal de todos
- Retomada das etapas do estudo e objetivos do grupo
- Combinados sobre sigilo
- Combinados sobre tempo

4

Temas

O que a TO faz?

Atuação da TO nas rotinas domiciliares e escolares e nas dificuldades no desempenho das AVDs

Atuação da TO frente ao sofrimento psíquico e os transtornos mentais (manejo à crise, escuta, acolhimento)

5

Como a TO atua e porque atua dessa forma?

A Terapia Ocupacional

Clinica do sentido, das possibilidades, subjetividades e construção coletiva/em rede

Enfoque nas ocupações/papel ocupacional, autonomia, independência e qualidade de vida

A TO dentro da equipe

A forma como a TO atua depende da forma como as equipes se organizam

O campo da saúde mental infantojuvenil, clínica ampliada e interdisciplinaridade - diálogo com a TO

6

Encerramento

- Vocês acham que a nossa conversa de hoje trouxe alguma contribuição para vocês? Comentem sobre o assunto.
- Vocês gostariam de fazer mais algum comentário ou apontamento?

Fonte: elaboração própria.

Figura 2 – Apresentação utilizada pela pesquisadora para conduzir os grupos focais com os participantes NÃO TOs.



Fonte: elaboração própria.

Os Roteiros para condução dos grupos focais encontram-se apresentados na íntegra nos Apêndices C e D.

Os quatro grupos (dois com terapeutas ocupacionais e dois com não terapeutas ocupacionais) foram realizados por meio do *Google Meet*, uma plataforma de comunicação por vídeo desenvolvida pela *Google*. Esta plataforma permite gravação em vídeo na íntegra das reuniões realizadas, gravação esta que é automaticamente salva na nuvem da conta da pessoa responsável pela gravação – no caso, a pesquisadora. Após a realização dos grupos, procedeu-se à transcrição dos produtos das gravações, excetuando-se, nessa transcrição, as falas da pesquisadora.

3.3.5 Procedimento para análise de dados

A análise dos dados proveniente dos grupos focais, realizados nesta etapa do estudo, também foi processada mediante o uso do *software Iramuteq®*, assim como na etapa de análise dos dados provenientes da Fase 1 desta pesquisa. O material transcrito após os grupos foi

organizado conforme as orientações para elaboração dos *corpora* textuais, esclarecidas no subtópico 3.1.5 e no tutorial de Camargo e Justo (2018).

Ressalta-se que, aqui, os *corpora* textuais também foram separados em dois, sendo o primeiro *corpus* com dados coletados nos grupos focais com os participantes terapeutas ocupacionais, e o segundo *corpus* textual com os dados coletados nos grupos focais com os participantes não terapeutas ocupacionais. A análise dos dois *corpora* foi realizada separadamente, sendo, portanto, os resultados apresentados também em separado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de facilitar a leitura e compreensão dos resultados, optou-se por realizar sua apresentação não pela sequência das fases realizadas no presente estudo, mas pelos grupos de participantes. Assim, inicialmente serão apresentados os resultados e a discussão dos dados referentes à caracterização sociodemográfica de todos os participantes, obtida com as questões objetivas do questionário; em seguida, os resultados (sem as discussões) dos dados obtidos com os participantes terapeutas ocupacionais, nas questões abertas do questionário (Fase 1) e nos grupos focais (Fase 2); e, depois, os resultados (sem as discussões) dos dados obtidos com os participantes não terapeutas ocupacionais, nas questões abertas do questionário (Fase 1) e nos grupos focais (Fase 2). Por fim, serão apresentadas as discussões advindas dos dados qualitativos com base na literatura e em articulação com o título desta pesquisa.

Deste modo, os subtópicos que compõem esta seção estão organizados da seguinte maneira:

- 4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes – Resultados e discussão;
- 4.2 Resultados da Fase 1 (questões abertas dos questionários) com os participantes terapeutas ocupacionais;
- 4.3 Resultados da Fase 2 (grupos focais) com os participantes terapeutas ocupacionais;
- 4.4 Resultados da Fase 1 (questões abertas dos questionários) com os participantes não terapeutas ocupacionais;
- 4.5 Resultados da Fase 2 (grupos focais) com os participantes não terapeutas ocupacionais;
- 4.6 Discussão
 - 4.6.1 O que se faz e como se faz: a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil;
 - 4.6.2 Por que se faz: relações entre a Terapia Ocupacional e a atenção psicossocial de crianças e adolescente.

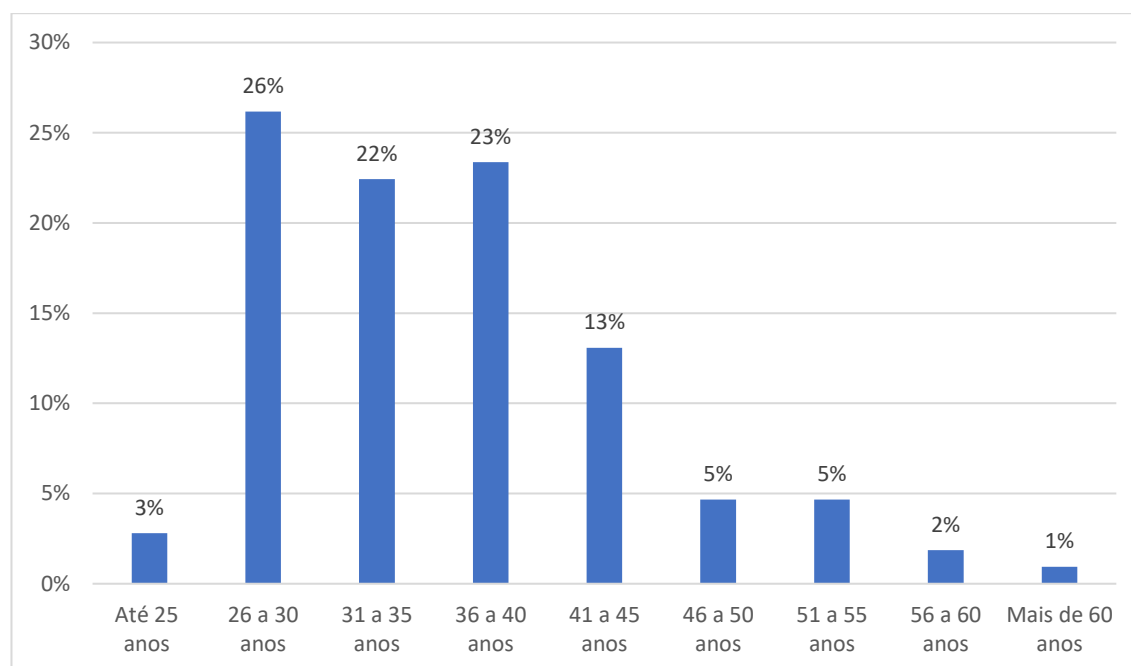
4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes - Resultados e discussão

Do total de 107 participantes do estudo, a grande maioria (92%) foi composta por mulheres cisgêneras, sendo o restante composto por 7% de homens cisgêneros e 1% de não binários. Sem aprofundar nesta discussão, pois não é o foco do presente estudo, é possível inferir que mais mulheres participaram desta pesquisa, porque, conforme apontam alguns estudos, o campo da saúde de forma geral, incluindo a saúde mental e atenção psicossocial, é composto por profissões marcadas pela atuação majoritária de mulheres, uma vez que o cuidado é uma prática historicamente feminina e doméstica (FINE, 2005; GUIMARÃES; HIRATA,

2016; ARAÚJO; MONTICELLI; ACCIARI, 2021).

Em relação à idade, foi possível observar que a maioria dos participantes se encontrava na faixa etária entre 26 e 40 anos, sendo uma menor porcentagem de pessoas com menos de 25 anos e com mais de 46 anos, conforme descreve a Figura 3.

Figura 3 – Idades dos participantes do estudo.



Fonte: elaboração própria.

Com relação à localidade dos participantes, os dados indicaram que a participação esteve concentrada na região sudeste, havendo maior representação do Estado de São Paulo (61%), seguido pelos Estados de Minas Gerais (16%) e Rio de Janeiro (8%). Participaram também, e em menor proporção, profissionais das regiões centro-oeste, sul, nordeste e norte do Brasil. As localidades dos participantes do estudo estão descritas na Figura 4.

A participação majoritária de profissionais da região sudeste pode ser justificada pelo fato de a pesquisadora estar localizada no Estado de São Paulo. Sendo a pesquisa disparada a partir deste local, ainda que tenha havido a colaboração dos CREFITOs de diferentes jurisdições na divulgação do estudo, pode ter havido um favorecimento da participação dos profissionais da referida região.

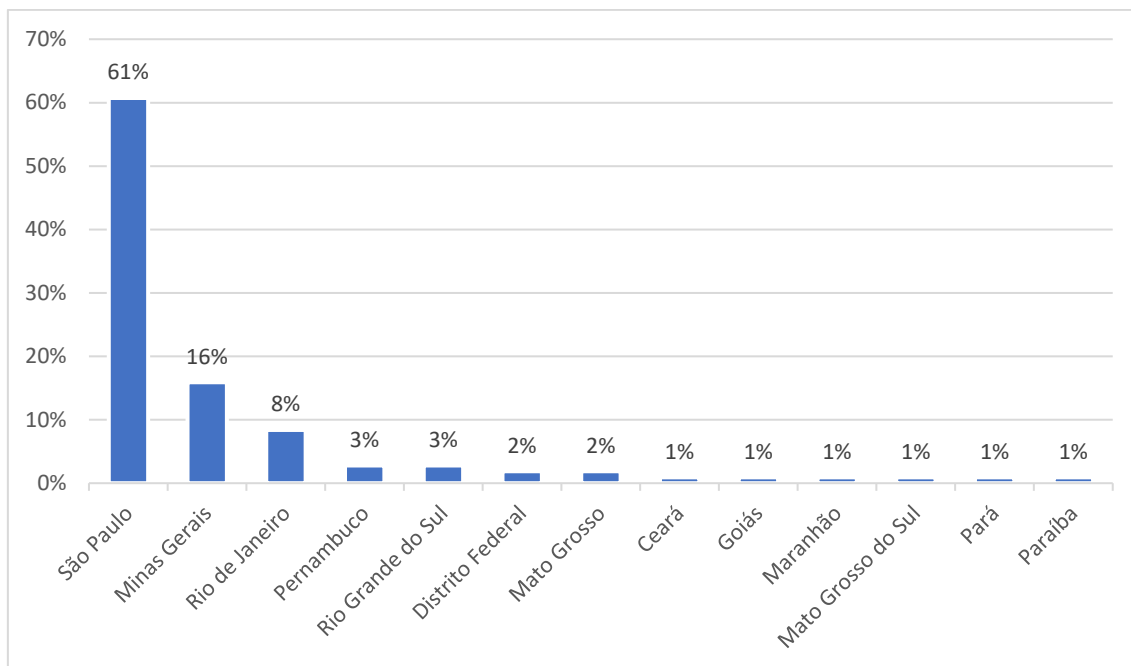
Pode-se inferir, ainda, que o maior índice populacional da região sudeste justifica a presença de mais dispositivos na composição da RAPSij e, conseqüentemente, de mais profissionais atuantes neste campo e participantes desta pesquisa. Entretanto, no que diz

respeito à proporção entre o número de habitantes e o número de serviços especializados na atenção psicossocial, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a) indicam que a maior cobertura não está na região sudeste. Segundo o documento, a cobertura de CAPS para cada 100 mil habitantes no ano de 2014 era maior nas regiões sul (1,07 CAPS para cada 100 mil habitantes) e nordeste (1 CAPS para cada 100 mil habitantes) do que nas demais regiões brasileiras, sendo a região norte com a menor cobertura (0,61 CAPS para cada 100 mil habitantes). Ainda segundo este mesmo documento, os Estados do Acre, Roraima e Tocantins (todos na região Norte) permaneciam sem nenhum CAPS infantojuvenil até o ano de 2014, o que evidencia a fragilidade da rede nesta região.

Importa destacar, aqui, que se compreende que tais dados não são recentes e podem não representar de forma fidedigna o cenário atual, mas que se trata do último material disponibilizado pelo Ministério da Saúde com tais informações. Segundo informações da Organização Não Governamental Desinstitute (2021), o documento Saúde Mental em Dados foi publicado por 10 anos consecutivos – de 2006 a 2015 –, permitindo o acompanhamento público dos avanços das políticas de saúde mental no país, e a suspensão de sua divulgação, justamente no momento em que se evidenciam medidas de desmonte das referidas políticas, sinaliza uma preocupação e um alerta com relação aos retrocessos silenciosos que marcaram os últimos anos do governo brasileiro.

De qualquer forma, os dados relacionados à localidade dos participantes contextualizam de onde majoritariamente partem os demais resultados relacionados ao núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. Mais estudos que possam se dedicar à exploração mais aprofundada de outras realidades regionais, não só no que se refere à investigação das características da Terapia Ocupacional, mas à compreensão dos diferentes contextos e cenários onde a atenção psicossocial de crianças e adolescentes se dá, são necessários.

Figura 4 – Localidade dos participantes do estudo.

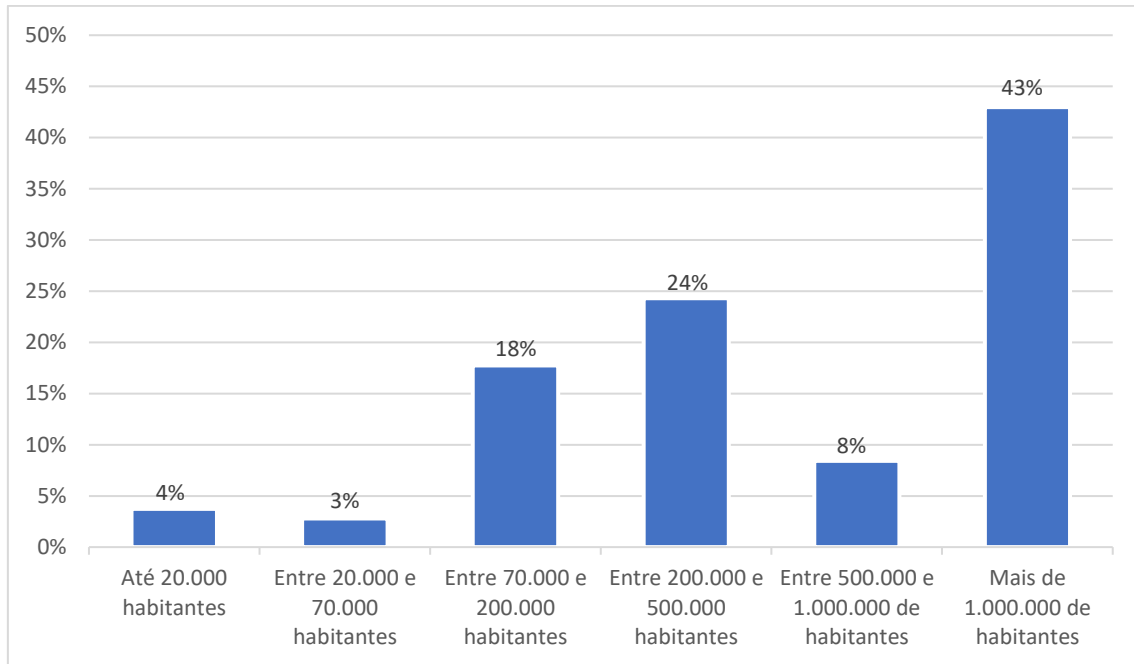


Fonte: elaboração própria.

Ao serem questionados sobre residirem ou não na capital do seu Estado, a maior parte dos participantes (54%) respondeu afirmativamente. A maioria (43%) também indicou residir em cidades com mais de um milhão de habitantes, conforme descreve a Figura 5.

Importa resgatar que o número de habitantes de uma determinada cidade ou região está diretamente ligado ao número e/ou ao tipo de dispositivo que deve compor a RAPS, conforme prevê a Portaria n° 3.088, de 2011, sendo, por exemplo, previsto que territórios com população acima de 70 mil habitantes já devam contar com a presença de um CAPS infantojuvenil (BRASIL, 2011). A presença de mais (e/ou mais complexos) dispositivos da RAPS nas cidades com mais de um milhão de habitantes pode estar relacionada com a participação de mais profissionais destes municípios no presente estudo.

Figura 5 – Número de habitantes da cidade onde residiam os participantes do estudo.

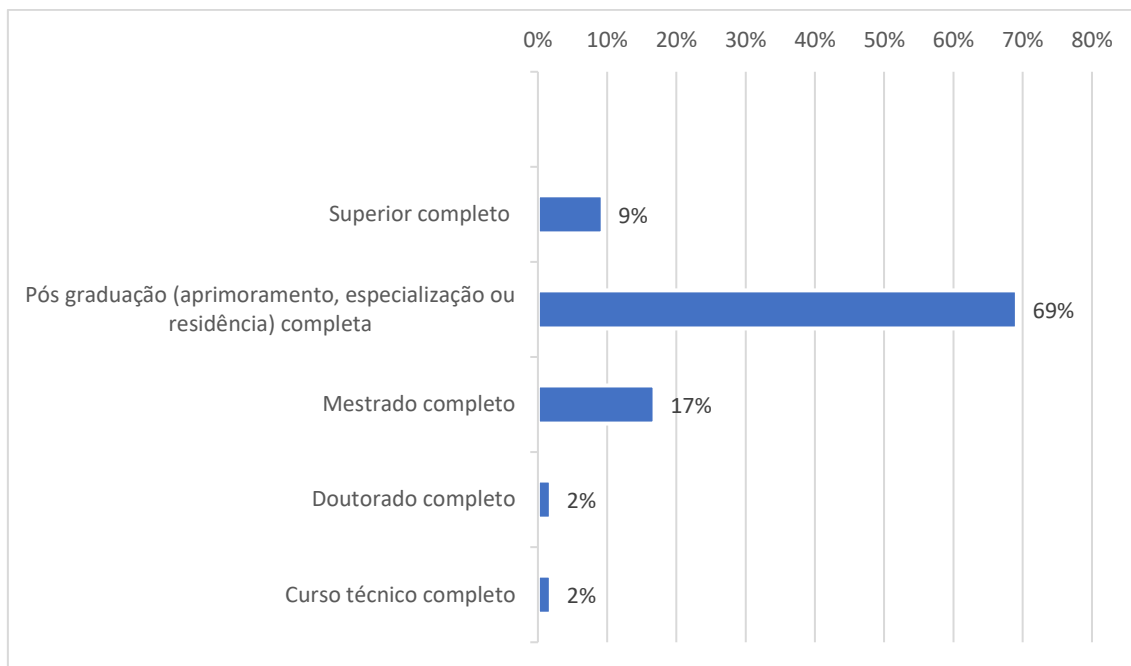


Fonte: elaboração própria.

No que diz respeito à escolaridade dos profissionais participantes, observou-se que a maioria possuía pós graduação completa (69%), seguida por profissionais com título de Mestrado (17%), conforme indica a Figura 6. Destaca-se que a amostra desta pesquisa é composta majoritariamente por profissionais que optaram por seguir uma formação continuada no campo, sendo que apenas 9% não apresentavam curso de pós-graduação concluído.

A literatura aponta para a tendência de continuidade no processo formativo de terapeutas ocupacionais e profissionais de outras categorias atuantes no campo da saúde mental (BUENO, 2013; MORATO, 2019; RICHTER, 2019). Mais estudos podem ser interessantes para compreender as demandas e os motivadores que levam esses profissionais à pós-graduação de diferentes naturezas (*strictu e latu sensu*).

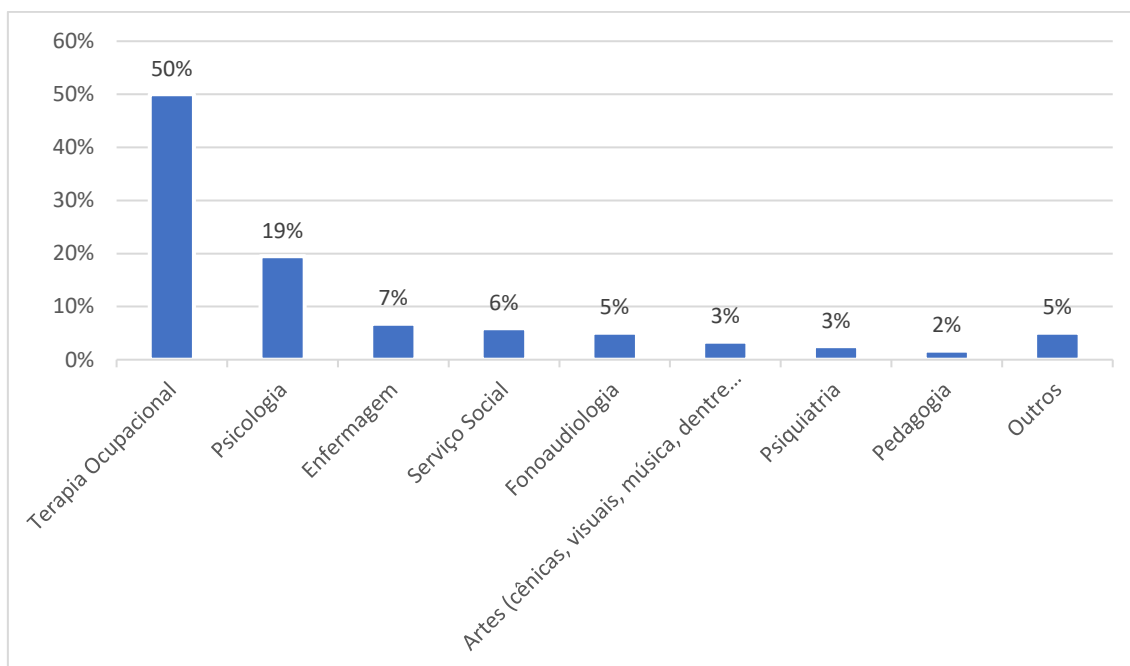
Figura 6 – Escolaridade dos participantes do estudo.



Fonte: elaboração própria.

A maior parte dos profissionais participantes tinha como área de formação a Terapia Ocupacional (50%), seguidos, nesta ordem, por profissionais das áreas da Psicologia (19%), Enfermagem (7%), Serviço Social (6%) e Fonoaudiologia (5%), como é possível observar na Figura 7. Destaca-se que a Portaria nº 336, de 2002 (BRASIL, 2002a), prevê as referidas categorias, dentre outras, como profissionais de nível superior possíveis para a composição da equipe mínima dos CAPS.

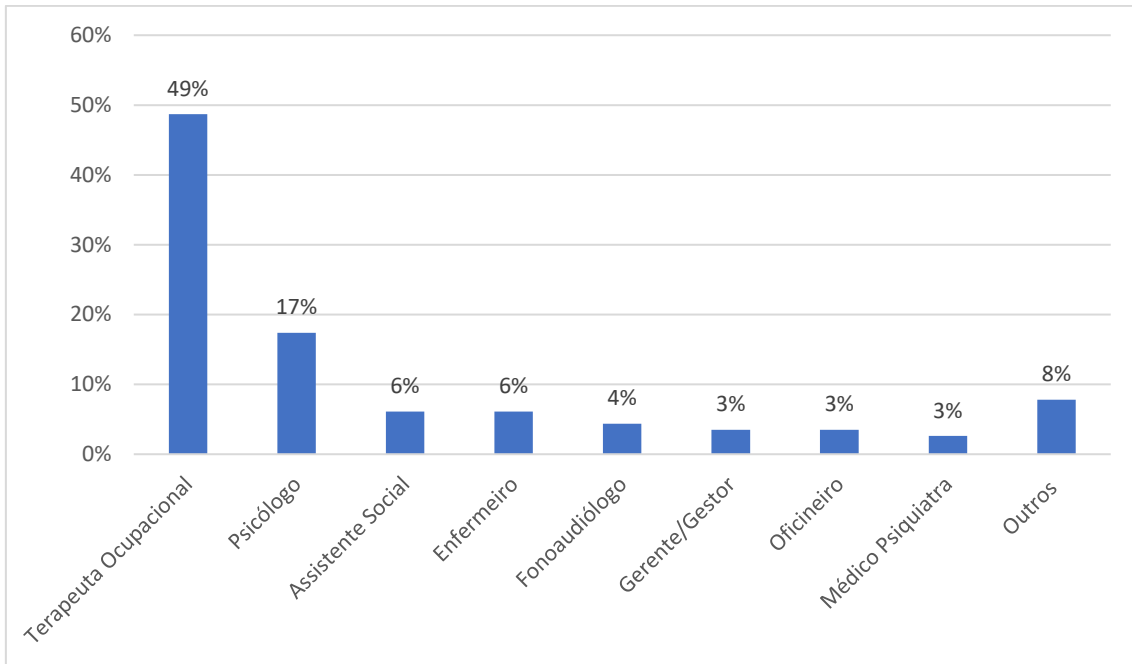
Figura 7 – Área de formação dos participantes do estudo.



Fonte: elaboração própria.

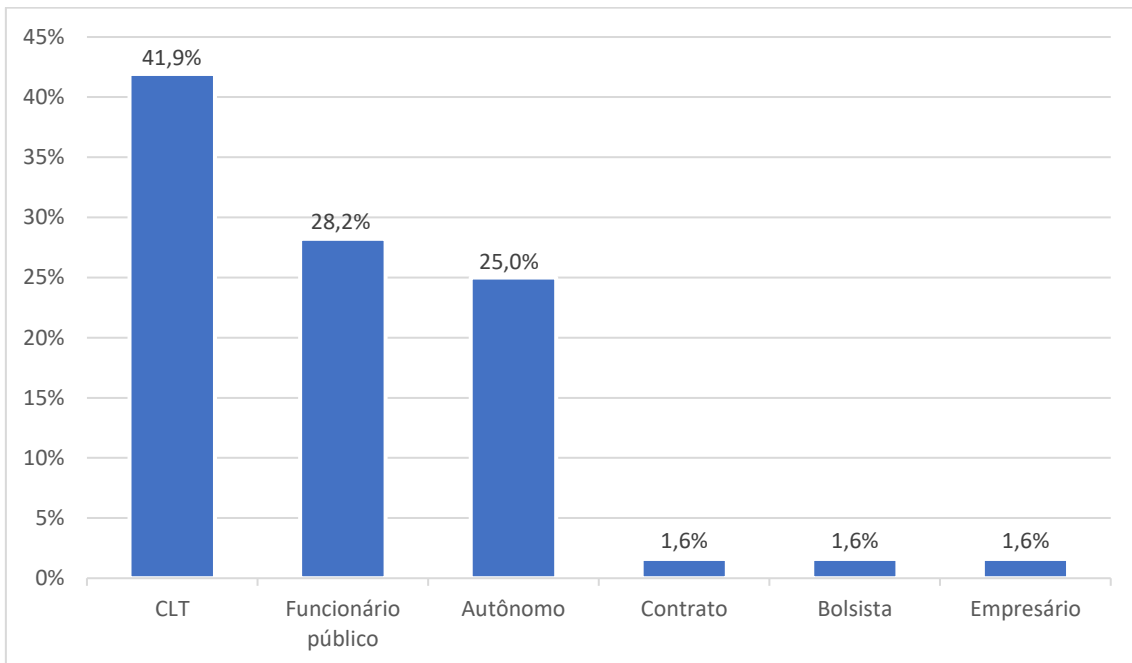
A maior parte dos profissionais participantes atuava, no momento de participação no estudo, como terapeuta ocupacional (49%), conforme ilustra a Figura 8, e com vínculo empregatício celetista (41,9%), isto é, regido conforme a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como apresenta a Figura 9. A presença majoritária deste tipo de vínculo empregatício dentre os participantes pode estar relacionada à expansão da gestão dos serviços públicos de saúde pelas Organizações Sociais de Saúde (OSSs) nos últimos anos. Segundo Barbosa e Elias (2010), as OSSs são entidades públicas não-estatais, sem fins lucrativos, submetidas a contratos de gestão pelas secretarias de saúde e por elas acompanhadas e avaliadas. Sua criação e expansão têm raízes na crise econômica das últimas décadas do século passado, que culminou na reestruturação do Estado e de suas relações com a sociedade e na consequente diminuição do financiamento de políticas públicas, dentre elas, as voltadas para a saúde.

Figura 8 – Profissão dos participantes quando da participação no estudo.



Fonte: elaboração própria.

Figura 9 – Tipo de vínculo empregatício dos participantes quando da participação no estudo.



Fonte: elaboração própria.

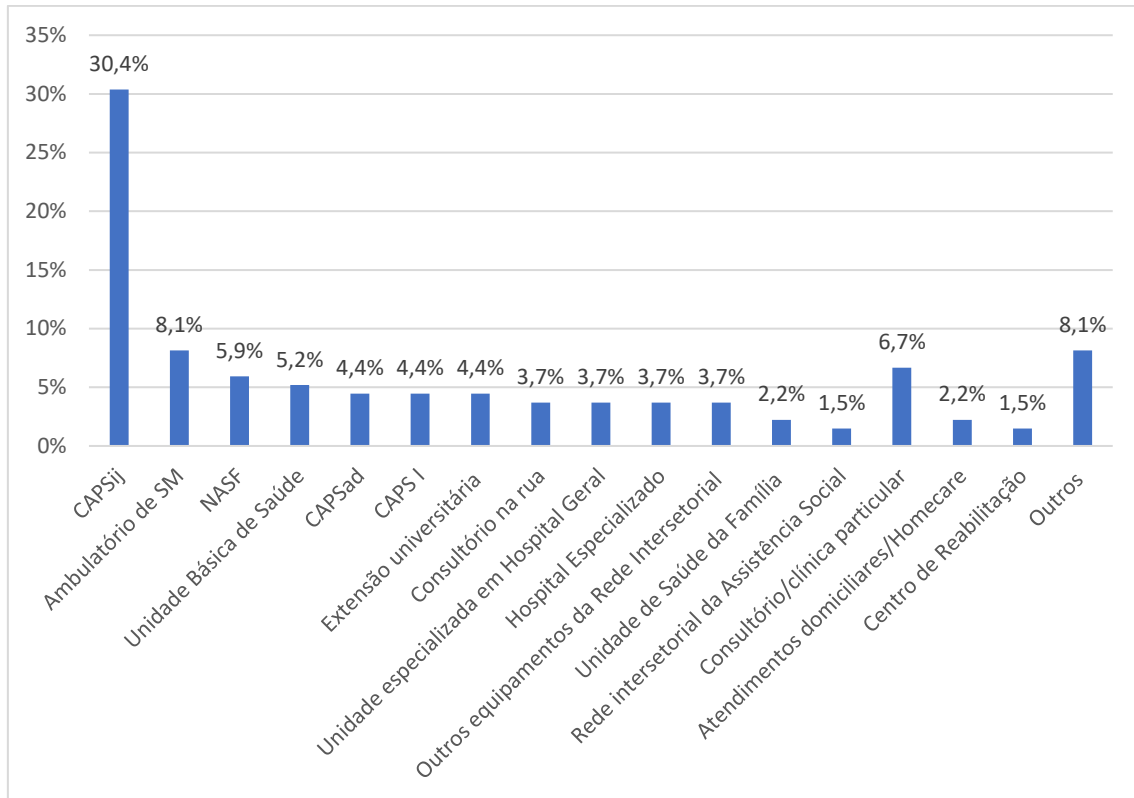
No momento de participação no estudo, a maior parte dos profissionais (30,4%) declarou que atuava profissionalmente em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), seguido por Ambulatório de Saúde Mental (8,1%) e por serviços da Atenção Básica (Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF, com 5,9% e Unidade Básica de Saúde – UBS,

com 5,2%). Outros pontos dentro e fora da Rede de atenção Psicossocial Infantojuvenil (RAPSij) também foram citados pelos participantes como locais em que trabalhavam, conforme descreve a Figura 10.

Cabe, aqui, refletir sobre a baixa participação, nesta pesquisa, de profissionais da atenção primária em saúde, resgatando que, ao longo do processo de divulgação do estudo e convite para participação, muitos profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família inicialmente recusaram sua participação, relatando não preencherem os critérios de inclusão do estudo, uma vez que não atuavam em dispositivos que compunham a Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Esta postura indica não apenas um desconhecimento por parte das equipes da atenção básica sobre sua inclusão, importância e potência no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes na perspectiva da atenção psicossocial, como também, e especialmente, um não pertencimento a esta rede.

Estudo realizado por Fernandes *et al.* (2022) teve como objetivo identificar as concepções de gestores e/ou membros da equipe da Atenção Básica à Saúde sobre saúde mental infantojuvenil, assim como as suas afinidades, experiências e formação nesse campo. Participaram do estudo 53 gestores e/ou membros da equipe de Unidades de Saúde de sete municípios do Estado de São Paulo. As pesquisadoras identificaram que 46% dos participantes relataram pouca ou nenhuma afinidade com o campo da saúde mental, ou, ainda, não gostarem de atuar no campo. Além disso, 67,9% dos participantes afirmaram nunca terem tido experiências no campo da saúde mental infantojuvenil. Com estes dados, as autoras levantam o importante questionamento sobre onde se encontram as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e/ou com demandas não complexas de saúde mental, uma vez que são elegíveis para o acompanhamento pela atenção básica. Também refletiram sobre o impacto da pouca afinidade destes profissionais com o campo na compreensão e no cuidado ofertado a esta população, apontando para a importância das políticas de formação continuada e capacitação profissional (FERNANDES *et al.*, 2022).

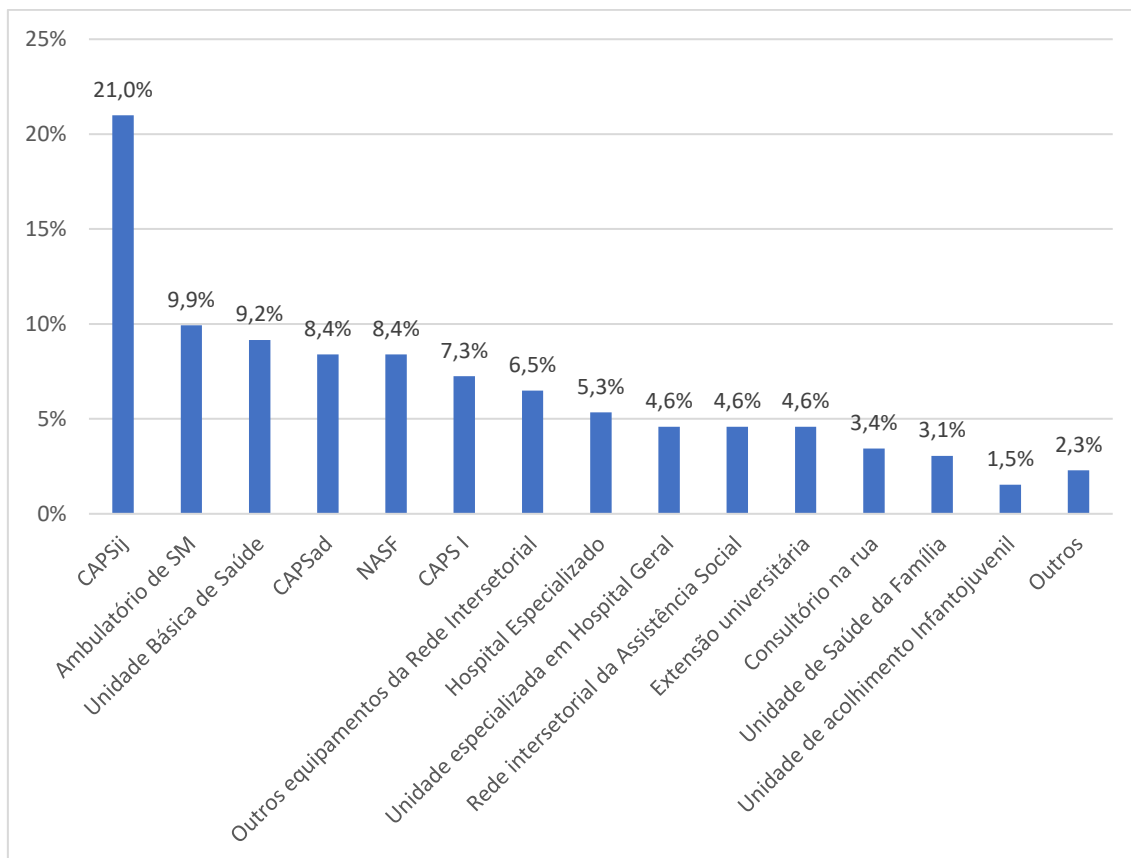
Figura 10 – Locais onde os profissionais trabalhavam quando da participação no estudo.



Fonte: elaboração própria.

No que diz respeito às experiências profissionais prévias dos participantes na Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, os serviços mais citados foram: CAPSij (21%), Ambulatório de Saúde Mental (9,9%), Unidade Básica de Saúde (9,2%), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad (8,4%), NASF (8,4%) e Centro de Atenção Psicossocial I (7,3%). A Figura 11 apresenta estes dados, juntamente com os outros pontos da RAPSij citados pelos participantes de acordo com suas experiências profissionais.

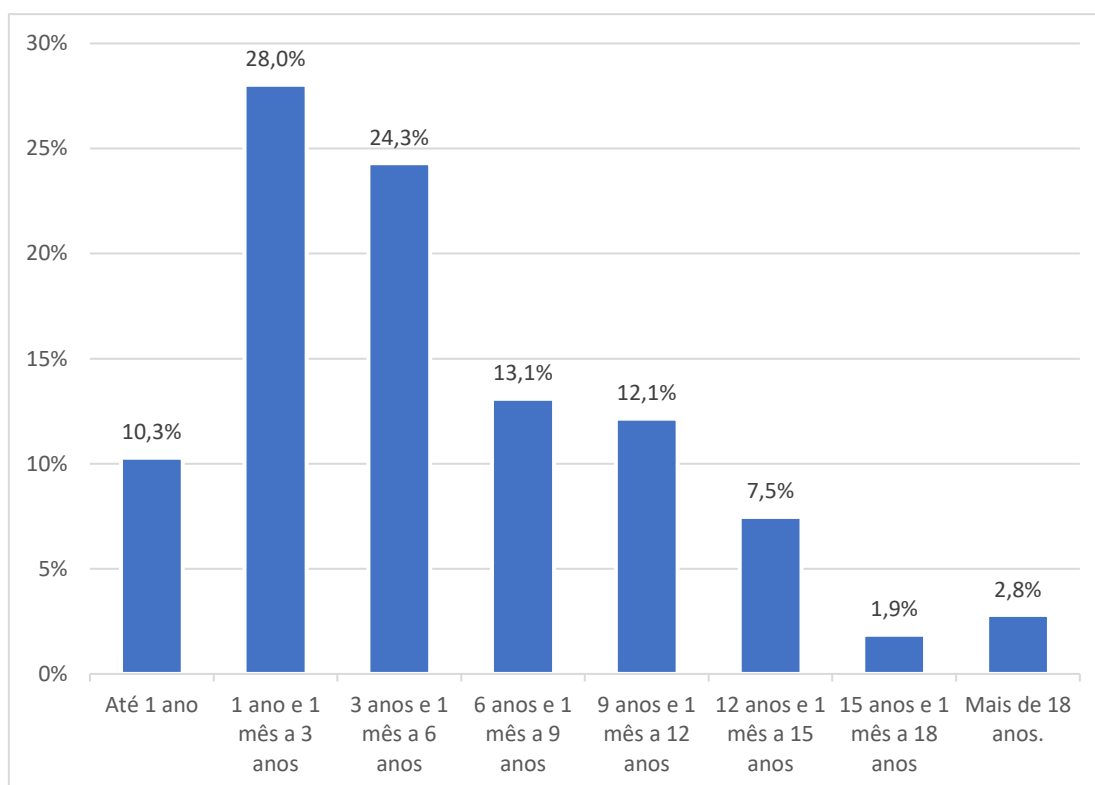
Figura 11 – Experiências profissionais na Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil dos participantes do estudo.



Fonte: elaboração própria.

A maior parte dos participantes do estudo declarou ter entre um e seis anos de experiência de atuação na RAPSij, sendo que 28% atuava, no momento de participação no estudo, de um ano e um mês a três anos na RAPSij, enquanto 24,3% atuava de três anos e um mês a seis anos. O tempo de atuação dos participantes do estudo na RAPSij está descrito na Figura 12.

Figura 12 – Tempo de atuação dos profissionais na RAPSij quando da participação no estudo.



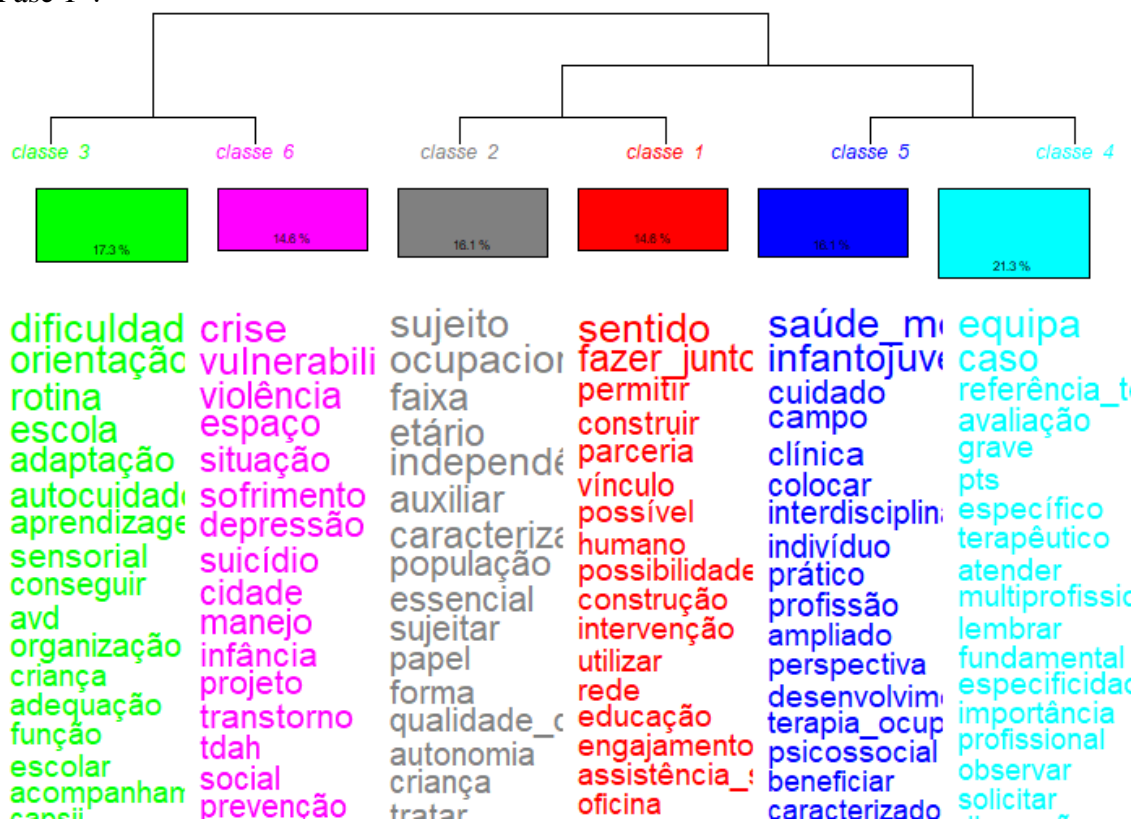
Fonte: elaboração própria.

Os resultados acima apresentados caracterizam os participantes da presente pesquisa e contextualizam os cenários onde os dados provenientes dos questionários e grupos focais foram produzidos. A seguir, apresenta-se a seção 4.2, com os resultados das questões abertas do questionário aplicado com os terapeutas ocupacionais.

4.2 Resultados da Fase 1 (questões abertas dos questionários) com os participantes terapeutas ocupacionais

A Figura 13 apresenta o dendrograma resultante da análise de Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* “TOs – Fase 1”. Nesta análise, a retenção de segmentos de texto do *corpus* “TOs – Fase 1” foi de 82,74%. O dendrograma contém as formas ativas (palavras) contidas nos segmentos de textos associados a cada classe, conforme as cores, e a leitura é realizada verticalmente, de cima para baixo. As classes são originadas a partir de partições. Observa-se que, em um primeiro momento, o *corpus* “TOs – Fase 1” foi dividido (1ª partição) em dois *sub-corpora*. Um dos *sub-corpora* foi novamente dividido, originando as classes 3 e 6. O outro *sub-corpus* também foi redividido, sendo que cada partição passou por um terceiro processo de divisão. Assim, originaram-se as classes 1 e 2 em uma subpartição, e as classes 4 e 5 em outra subpartição.

Figura 13 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* “TOs – Fase 1”.



Fonte: Iramuteq®.

A partir de análise aprofundada do material que compõe o referido *corpus*, considerando os segmentos de textos onde as formas ativas estavam inseridas em cada classe, foi possível apreender que a 1ª partição separou aspectos teóricos e práticos trazidos pelos participantes a respeito da temática da pesquisa. Realizando um paralelo com o título do presente estudo, pode-se dizer que, após análise das respostas sobre o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, esta partição separou à esquerda “O que se faz?” e, à direita, “Como se faz e por que se faz?”.

À esquerda, a partição que originou as classes 3 e 6 diz respeito aos aspectos da atuação prática do profissional terapeuta ocupacional no campo, isto é, quais casos, ações e práticas precisam mais da atuação de um TO, em quais situações este profissional costuma ser acionado e onde ele intervém diretamente no campo da saúde mental infantojuvenil. As classes 3 e 6 foram nomeadas, respectivamente, como “Classe 3: Estratégias da Terapia Ocupacional na rotina domiciliar e escolar e frente às dificuldades no desempenho nas atividades de vida diária” e “Classe 6: A Terapia Ocupacional e o sofrimento psíquico”.

À direita, por sua vez, observa-se maior concentração de aspectos teóricos relacionados à formação em Terapia Ocupacional e à profissão em si, bem como o modo que se dá esse trabalho no campo e os porquês disto. Conforme já dito, esta partição passou por outras duas redivisões, separando, dentro desta mesma seção, aspectos relacionados à Terapia Ocupacional por si só (o que originou as classes 1 e 2) e à Terapia Ocupacional inserida num campo multiprofissional e interdisciplinar, com toda a complexidade que isto envolve (o que originou as classes 4 e 5).

Assim, pode-se dizer que a partição que originou as classes 1 e 2 diz respeito aos aspectos intrínsecos ao núcleo da Terapia Ocupacional, segundo os participantes do estudo, isto é, a base que constitui, especifica e direciona a profissão e sua atuação no campo. As classes 1 e 2 foram nomeadas, respectivamente, como “Classe 1: A Terapia Ocupacional enquanto clínica do sentido, da possibilidade e da construção coletiva” e “Classe 2: A Terapia Ocupacional e o enfoque nas ocupações e no papel ocupacional do sujeito”.

A partição que originou as classes 4 e 5, por sua vez, traz considerações sobre o fato de o campo da saúde mental infantojuvenil ser, essencialmente, multiprofissional e interdisciplinar, chamando a atenção para o modo como isso impacta e se relaciona com o lugar da Terapia Ocupacional no campo. As classes 4 e 5 foram nomeadas, respectivamente, como “Classe 4: Terapia Ocupacional e o trabalho em equipe – especificidades e compartilhamentos na clínica multiprofissional” e “Classe 5: Aproximações entre a Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil”.

A seguir, serão apresentadas as análises específicas de cada classe supracitada, seguindo a ordem conforme as classes foram obtidas no dendrograma e acima discutidas.

Classe 3 (17,3%): Estratégias da Terapia Ocupacional nas rotinas domiciliar e escolar e frente às dificuldades no desempenho nas Atividades de Vida Diária

A análise dos segmentos de texto que compõem a classe 3 – a saber, 17,3% deste *corpus* – permitiu compreender que se trata de uma classe na qual os participantes trouxeram estratégias da Terapia Ocupacional na relação direta com o público infantojuvenil e suas famílias, nos ambientes domiciliar e escolar.

Considerando que o terapeuta ocupacional tem um olhar voltado para a cotidianidade dos indivíduos, foi observado que os participantes foram elencando as atividades que compõem o cotidiano de crianças e adolescentes e identificando nessas atividades possíveis entraves que poderiam ser alvo da atuação do terapeuta ocupacional. O segmento de texto a seguir

exemplifica isto, ao citar a rotina, as atividades de vida diária, a escola, a ludicidade, a participação social e o trabalho conjunto com os pais como passíveis de intervenção do terapeuta ocupacional.

Com usuários que tenham mais prejuízo na rotina, que não consigam realizar as AVDs e atividades ocupacionais, escola, com baixo repertório lúdico ou pouca participação social. Orientações com pais, questões relacionadas à dificuldade de estruturação da rotina e de realização das AVDs.

A forma ativa “dificuldade”, que aparece em evidência nesta classe, indica o olhar amplo do terapeuta ocupacional para o que está difícil na vida cotidiana (de atividades e relações) das crianças e adolescentes, em casa e na escola, e para as interações entre tais fatores.

Quando a criança apresenta dificuldades em situações de desfralde, seletividade alimentar, dificuldade de relacionamento e interação com outras crianças, vivência de bullying em contexto escolar, dificuldade de organização e aproveitamento escolar, comportamento agressivo, dificuldade para desenvolver alguma AVD.

A segunda forma ativa em destaque nesta classe foi “orientação”. A análise dos segmentos de texto permitiu inferir que o trabalho de orientação familiar e escolar é notório no que tange a atuação da Terapia Ocupacional.

Orientação para descanso e sono e outras que sejam relativas às ocupações da criança, adolescente e família são muito bem desenvolvidas quando há o TO da equipe envolvido.

Apoio e orientações às famílias e escola. Avaliação, adequação e estruturação da rotina e das AVDs. Nas ocupações e atividades que estiver com prejuízo, avaliações do desempenho ocupacional e orientação e suporte as famílias.

Deve fazer diversas atividades relacionadas ao cotidiano em geral do indivíduo de acordo com as dificuldades apresentadas, como dificuldade escolar, tanto nas atividades propostas como nas orientações aos profissionais da área escolar.

Organização de rotina. Em orientação escolar, para sugestão de adaptações, estratégias de inserção. Orientação familiar para organização de rotina. Quando o sujeito tem dificuldades de independência ou de aprendizagem.

A forma ativa “rotina” apareceu em terceiro lugar nesta classe. Os segmentos de texto a seguir indicam a aptidão do terapeuta ocupacional em compreender a rotina dos indivíduos e intervir diretamente sobre ela.

Somos mais aptos em entender e ajudar na rotina da criança e na sua organização, pois observamos e analisamos todos os aspectos importantes e conseguimos criar e habilitar resoluções importantes para seu melhor desempenho.

Atuação no acolhimento, na motivação para se manter no tratamento, adaptação com rotina individual e familiar e no estímulo para o empoderamento no autocuidado. O TO tem uma linha de atuação muito diferenciada na parte de reorganização da vida da pessoa.

A temática relacionada à escola esteve associada às formas ativas citadas anteriormente, mas também esteve ela mesma – a forma ativa “escola” – em evidência nesta classe, ocupando o quarto lugar de destaque. Foi ressaltada a atuação do terapeuta ocupacional tanto nas dificuldades escolares e na orientação à equipe escolar, quanto na inclusão escolar e na ampliação de repertórios que vêm com o acesso à escola.

Considerando as vivências do trabalho em equipe que tenho no NASF, as maiores demandas giram em torno de dificuldades associadas ao contexto escolar, questões de aprendizagem, de comportamento e de socialização.

A visão do TO no fazer o capacita exclusivamente na reintrodução do adolescente ou jovem na sociedade, família, escola, grupo afetivo.

Auxiliar a escola a pensar estratégias de inclusão, acompanhar o usuário em algum equipamento do território, como matrícula de curso, realizar documentos, inscrição em vaga de emprego.

Grupo com adolescentes em uso de SPA e envolvimento com tráfico de drogas em acompanhamento no CAPSij, no qual a TO trabalhou com retorno à escola, auxiliou aqueles com dificuldades de aprendizagem e favoreceu na interlocução com a escola.

Porque diz da nossa formação, a busca da inclusão usando o que essa criança ou adolescente tem. Na organização da rotina, estruturação para cursos ou mercado de trabalho, no brincar.

Também foi possível observar, nesta classe, um destaque para a importância do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil no que diz respeito ao impacto dos transtornos mentais nas atividades de vida diária, no cotidiano e na rotina dos usuários e seus familiares.

As solicitações mais comuns [aos terapeutas ocupacionais] são aquelas em que a criança ou adolescente não consegue ou tem dificuldade para realizar AVDs. Mas na minha experiência em um CAPSij, as TO tinham uma grande contribuição no cuidado de jovens com cotidianos muito empobrecidos, sobretudo pelo uso de SPA.

Dentro do CAPSij, tenho observado a importância do TO no acompanhamento de crianças com TEA, uso de SPA e transtornos mentais que apresentem dificuldades no autocuidado, dificuldades na organização de rotina tanto de pais como seus filhos.

Classe 6 (14,6%): A Terapia Ocupacional e o sofrimento psíquico

A classe 6, onde se encontram 14,6% dos segmentos de texto desse *corpus*, apresenta a temática que relaciona a Terapia Ocupacional com o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes.

As três formas ativas que apareceram em evidência nesta classe foram “crise”, “vulnerabilidade” e “violência”, nesta ordem. Isto chama a atenção para a importância da Terapia Ocupacional no manejo às situações de crise, bem como para a atuação no caso dos diferentes tipos de vulnerabilidades, incluindo as violências. Os segmentos de texto a seguir ratificam esta compreensão.

Olhar para o indivíduo e sua cultura valorizando as habilidades para além da doença. Transmitir para a equipe a sensibilidade do que foi avaliado na subjetividade. Avaliações qualitativas específicas de Terapia Ocupacional. Ambiência em situações de crise. O manejo e o acolhimento do TO são inigualáveis.

Situações de vulnerabilidades. Em situações de uso de SPA, situações de violação de direitos, situações de violência sexual. Intervenções com adolescentes que realizam automutilação.

Situações de vulnerabilidade social e emocional pois nestas o TO poderá auxiliar com recursos da vida cotidiana, oferecendo atividades que auxiliem na regulação do sofrimento advindo com estas situações.

Nesta classe, são citados os transtornos mentais e situações recorrentes no campo da saúde mental infantojuvenil que são alvo de intervenção do terapeuta ocupacional.

Prevenção e intervenção de casos de bullying, depressão, suicídio, anorexia, bulimia, ansiedade, DPAC e hiperatividade. TEA, crises de ansiedade, depressão, suicídio, hiperatividade, DPAC e agressividade associados a baixo desempenho escolar e isolamento social.

Cabe, aqui, chamar a atenção para as formas ativas “sofrimento”, “depressão” e “suicídio”, que aparecem, respectivamente, em quinto, sexto e sétimo lugar nesta classe. Estas formas ativas permitem refletir sobre a expressividade das demandas relacionadas ao sofrimento emocional, eventualmente associadas a transtornos depressivos e ao suicídio. Destaca-se, portanto, a importância da atuação da Terapia Ocupacional nestes casos, na percepção dos terapeutas ocupacionais participantes.

Reflete-se, aqui, sobre a ampla gama de situações que podem estar relacionadas com o sofrimento psíquico considerando as especificidades da infância e adolescência.

Ainda há de se ressaltar que a infância e juventude em sofrimento mental possuem ampla discussão, sendo um público misto, com diferentes transtornos, desde transtornos neurobiológicos como TEA, TDAH, deficiência intelectual, a transtornos de sofrimento mental e comportamentais, como transtorno bipolar, depressão infantil, psicose na adolescência, uso de SPA.

Principalmente para questões comportamentais e de socialização. O público infantojuvenil que apresenta dificuldades em modular suas emoções e que possuem prejuízos no desempenho de seus papéis sociais também. Além de situações de vulnerabilidade e vínculos afetivos e familiares conflituosos que acabavam culminando em crises ansiosas ou depressivas com automutilação.

É possível observar, nesta classe, que são ressaltadas a escuta e o acolhimento do terapeuta ocupacional frente ao sofrimento psíquico.

Acolhimento do sofrimento psíquico e o desenvolvimento de habilidades para o cotidiano.

O que eu acredito é que existam particularidades dentro no nosso processo terapêutico, como um olhar sobre o processo de fazer uma atividade, nosso manejo de grupo, nossa escuta.

Também se pode identificar um destaque para a proximidade do terapeuta ocupacional com o sujeito, no sentido de acompanhar de perto seu desenvolvimento e sua vida, construir um vínculo que permita identificar os conflitos e cuidar do sofrimento.

Tendo em vista essa área ampla de intervenções, a Terapia Ocupacional auxilia a olhar desde os processos para o desenvolvimento típico saudável, a pensar na adolescência e os conflitos emocionais, familiares e sociais.

Observando os processos terapêuticos grupais dos adolescentes com transtorno mental, com crescimento da coesão grupal, respeito, sigilo, troca de experiências e compartilhar as dores e sofrimentos individuais, vemos o nascimento de suas identidades, individualidade.

Classe 1 (14,6%): A Terapia Ocupacional enquanto clínica do sentido, da possibilidade e da construção coletiva

Na classe 1, onde foram encontrados 14,6% dos segmentos de texto deste *corpus*, observa-se que os participantes identificam a Terapia Ocupacional como a profissão que se dá na base do que faz sentido para cada sujeito, da forma mais íntima e pessoal possível. Foi ressaltado que o terapeuta ocupacional atua sobre as ações sabidamente significativas, identitárias e potentes de cada sujeito.

Que este encontro só tem sentido se o que ele deseja ou é capaz de decidir lhe fizer sentido.

Não é simples mensurar quais casos há maior necessidade ou não do TO. Trabalhamos com os fazeres cotidianos, com as ações que constroem sentidos, dão identidade e significados à vida de cada pessoa.

Realizar escuta qualificada com as crianças, buscando observar suas potencialidades e usar elas como ponto chave do seu acompanhamento.

Além de ter muitas opções de materiais afins e ações com recurso terapêutico para explorar seus objetivos dentro de cada realidade, possibilidade e necessidade. Proporcionar e estimular as ações humanas do paciente.

Entretanto, foi evidenciado que este profissional também atua de modo a descobrir ações possíveis, ampliando repertórios, de acordo com os interesses, as potencialidades e capacidades individuais.

É no fazer junto, com e para com que muitas possibilidades são descobertas e muitas vezes o fazer é emprestado do TO para que o outro possa enxergar suas potencialidades e capacidades. Muitas vezes algo que sozinho não seria capaz a princípio.

Através de dinâmicas práticas que permitam a vivência e a reflexão de temas apropriados para cada situação, é possível transformar o repertório de cada indivíduo, permitindo a reconstrução do sentido à vida.

Incentivo a elaborar planos de vida condizentes com seu desempenho escolar e profissionalizante, motivação para voltar a acreditar em seu potencial criador e capacidades adormecidas. Parcerias com rede intersetorial.

Os participantes identificaram que, a partir do olhar para as potencialidades e necessidades subjetivas, o terapeuta ocupacional se volta para a construção de projetos de vida e para a ampliação das possibilidades de participação social, engajamento e autonomia.

Mas entre as estratégias de cuidado que utilizei para esta adolescente, foi pensar em projetos de vida que fizessem sentido para esta adolescente.

Produção conjunta de projetos de vida, promoção de contratualidade, acolhimento com olhar para a saúde mental. A formação do TO permite um olhar mais focado no fazer das crianças e adolescentes, não apenas como uma ferramenta, mas como produção de sentido.

A meu ver, o trabalho da Terapia Ocupacional neste campo é caracterizado pela ampliação das possibilidades de engajamento e participação de crianças e

adolescentes em diferentes esferas da vida, construção de estratégias de lida para a autonomia possível frente a eventuais problemas de saúde e saúde mental.

Apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos e estratégias de lida, bem como para incentivar a autonomia e protagonismo infantojuvenil. Construir estratégias sejam elas institucionais, atitudinais, tecnológicas, comunicativas, para permitir a realização de atividades cotidianas às crianças e adolescentes.

O TO é o profissional com maior competência para organização do ambiente de forma a favorecer a participação de indivíduos ou grupos. Para mim, a organização do ambiente institucional, no sentido de questionar e desenvolver o plano de atendimento do serviço, o projeto assistencial do serviço.

Promoção de autonomia, cidadania, qualificar e organizar cotidiano, ampliação de repertório lúdico, trabalho de autoestima, promover e incentivar a interação e participação social. Minimizar danos e fatores de risco e ampliar fatores de proteção.

Também foi destacado, nessa classe, que o terapeuta ocupacional é o profissional que valoriza o vínculo e as relações interpessoais no processo de cuidado e que seu trabalho se dá a partir do contato próximo e horizontal com os sujeitos atendidos, do estímulo à participação ativa e da parceria, o que é evidenciado nos segmentos de texto que apresentam a forma ativa “fazer junto”.

Desde que um vínculo seja estabelecido e que, dele, surjam as oportunidades do fazer com, fazer junto, construir e reconstruir, significar e ressignificar, habilitar e reabilitar.

Creio que o trabalho do TO está sempre permeado pelo fazer junto, o que, no campo da saúde mental infantojuvenil, se caracteriza como uma grande potência pela capacidade que este tipo de relação/intervenção apresenta no sentido de aproximar terapeuta e criança ou adolescente, facilitando o vínculo, permitindo a construção da confiança, da horizontalidade e, assim, do cuidado.

Friso, aqui, que este fazer junto se caracteriza por inúmeras possibilidades, desde sentar no chão para brincar, a percorrer no sentido literal e ou não literal espaços diversos que componham o cotidiano desta pessoa, estimulando o engajamento em ocupações que lhes sejam significativas, em constante busca por autonomia e alívio do sofrimento psíquico a partir das tessituras emergentes desta parceria.

Ainda sobre o vínculo, o segmento de texto abaixo trata sobre a especificidade do vínculo criado entre o terapeuta ocupacional e as crianças e adolescentes.

Acredito que o TO é o profissional que atinge o vínculo mais estreito com o público infantojuvenil, pois as intervenções buscam se aproximar do cotidiano deles de forma concreta.

O “fazer junto”, aqui apresentado, não diz respeito apenas às construções coletivas com os usuários dos serviços, mas também com as pessoas e dispositivos que compõem seu

contexto, como os familiares, os outros profissionais e a rede de cuidados. Ressalta-se o papel do terapeuta ocupacional na fomentação da composição dessas redes.

O olhar para a potência das atividades humanas e para o cotidiano favorece o trabalho nos cenários reais da vida, premissa da atenção psicossocial. O fazer junto possibilita a construção de práticas colaborativas entre os membros da equipe, com os usuários, familiares e a rede.

Que valoriza o fazer junto buscando avaliar através do brincar e fazer humano em diversos engajamentos de atividades o que há de saúde e possibilidades. Valoriza o trabalho em equipe e o olhar intersetorial como ação e cuidado.

Percebo que sempre vamos além, expandindo para o cotidiano e as ocupações, as relações familiares, o território, a rede de suporte.

Foi observado que a palavra “fazer” apareceu tanto no “fazer junto”, conforme supracitado, quanto no “fazer humano”, indicando ser este um dos objetos de intervenção do terapeuta ocupacional.

Além disso, tem como objeto de intervenção o fazer humano, com significações, participação social, relações familiares. Nesse sentido, compreendo que esse seja o núcleo de intervenção do TO, de competência exclusiva.

O fazer também foi citado no que diz respeito às estratégias do terapeuta ocupacional com indivíduos que não apresentam a comunicação verbal como forma de interação e vinculação.

Como muitas dessas crianças são não verbais, utilizamos a expressão corporal, o seu fazer para a criação de vínculos e construção de comunicação afetiva e possibilitar outras intervenções possíveis conforme a criança fosse permitindo.

Classe 2 (16,1%): A Terapia Ocupacional e o enfoque nas ocupações e no papel ocupacional do sujeito

A classe 2, na qual foram encontrados 16,1% dos segmentos de texto, associa a Terapia Ocupacional com o enfoque sobre as ocupações, sendo considerada esta a base da profissão, conforme evidencia o segmento de texto abaixo.

O estudo da ocupação humana que é a base da Terapia Ocupacional e o caracteriza em todas as áreas de atuação, promovendo independência, autonomia e participação

do indivíduo em seus diversos contextos e ocupações sejam elas necessárias e de interesse do sujeito.

Nesta classe, os participantes ressaltaram o olhar do terapeuta ocupacional sobre os papéis ocupacionais das crianças e adolescentes e sobre os possíveis fatores que os podem impactar, considerando as faixas etárias e os contextos, tais como alterações no processo de desenvolvimento, dificuldades para realização das atividades de vida diária e prejuízo na autonomia e na interação social.

Acredito que a atuação da Terapia Ocupacional na saúde mental infantojuvenil se caracteriza pela oferta de estímulos de desenvolvimento neuropsi e social para que a criança ou adolescente seja capaz de desenvolver seus papéis ocupacionais na sociedade.

Um olhar biopsicossocial que possibilita a avaliação aprofundada do fazer nas AVD, AIVD e de lazer, bem como o trabalho e escola e suas interfaces no cotidiano da criança e adolescente em seus diferentes papéis ocupacionais.

Acredito que o fazer está em todas as fases e marcos de vida, e este mesmo fazer ou ocupação trará à criança e ao adolescente uma percepção sobre como ele pode vir a ser na vida e adquirir ocupações e papéis ocupacionais futuros.

O trabalho se caracteriza no sentido de potencializar a autonomia e independência das crianças e ou adolescentes dentro do esperado para a faixa etária, bem como a forma como os mesmos se ocupam do seu viver, auxiliando quando há dificuldades para o desempenho do papel ocupacional esperado.

Também foi possível identificar a importância do terapeuta ocupacional na sensibilização e ampliação do olhar das equipes sobre os papéis ocupacionais dos sujeitos.

Pois as crianças perdiam esse papel ocupacional tão importante para o desenvolvimento infantil e lá pude estimular e também sensibilizar o olhar dos outros profissionais sobre essa questão que muitas vezes passava despercebida.

A forma ativa “ocupacional” também esteve relacionada a outros substantivos, conforme exemplificam os segmentos de texto abaixo, indicando a centralidade na temática da ocupação presente nesta classe.

O TO é o profissional que tem competência ou deveria pela sua formação para compreender o discurso ocupacional, e auxiliar os usuários na compreensão do próprio discurso ocupacional, os ajudando na busca das relações entre o que fala e o que faz.

Porque se trata de ações relativas ao desempenho, engajamento, desenvolvimento e participação ocupacional da criança, adolescente, família.

A fim de estimular, favorecer e proporcionar que a criança e adolescente tenham uma vida próxima das diretrizes que protegem sua vida, suas capacidades intelectuais e físicas, e ocupacionais.

Os participantes pontuaram como especificidade e exclusividade do terapeuta ocupacional a compreensão sobre as áreas da ocupação nas diferentes fases do desenvolvimento e a intervenção sobre elas.

Só o TO é capaz de favorecer direcionamento sobre o cotidiano e AVD da criança e adolescente, tendo em vista que estuda e entende as áreas de ocupações de acordo com sua faixa etária, sendo profissional capacitado para tal.

O TO inserido na saúde mental infantojuvenil trabalha com múltiplas habilidades, desde a comunicação, interação social, envolvimento em áreas de ocupação, dentre outras atribuições biopsicossociais. Envolver os sujeitos nas práticas significativas ou necessárias para suas existências.

Observa-se, nesta classe, que o enfoque do terapeuta ocupacional nas ocupações, segundo os participantes, se traduz na prática profissional em promoção de hábitos considerados saudáveis e qualidade de vida e no desenvolvimento de autonomia, independência e habilidades.

O objetivo do TO é auxiliar no processo de descoberta de habilidades e no desenvolvimento das mesmas, para que o sujeito em questão atinja suas potencialidades e participe ativamente em sua vida, seus contextos.

Caracteriza pelo ensinar hábitos saudáveis, manutenção da abstinência e ressignificação do cotidiano. Oferece qualidade de vida, desenvolver as habilidades e capacidades trabalhando os aspectos de reabilitação psíquica e reinserção do paciente ao seu meio. Porque nós TOs buscamos resgatar a autonomia do sujeito.

A oferta de recursos que estimulem os potenciais humanos faz do TO um profissional habilitado para atuar em circunstâncias que estimulem a autonomia e favoreçam o sujeito em práticas saudáveis.

Porém o que entendo como comum entre todos os serviços é a atenção em relação às atividades que fazem parte do cotidiano dos sujeitos, assim como a atenção para a autonomia e independência que esses sujeitos podem ou não exercer.

Nesse sentido, ressalta-se que o terapeuta ocupacional atua diretamente sobre o cotidiano das pessoas, levando sempre em conta o ambiente que as cerca e suas condições de vida.

Somos instigados a olhar para as tarefas do cotidiano como também compreender melhor todas as questões sensoriais que estão envolvidas no sujeito e no seu fazer. Somos profissionais atentos ao cotidiano dessa criança e tudo que envolve isso.

Acredito que as questões relacionadas ao cotidiano, a forma como cada um se ocupa do seu viver e as dificuldades que surgem nessa ocupação são ferramentas de trabalho

do TO. Crianças e adolescentes com dificuldades nas realizações das atividades que envolvem o cotidiano e o viver.

De forma prática, a atuação da Terapia Ocupacional auxiliará e facilitará o se ocupar da vida desses sujeitos, de forma produtiva. Quando há alguma questão relacionada à dificuldade dessa população na realização das AVDs e quando necessitam de estimulação.

Auxiliar na organização e na ampliação de cotidiano desta população. Não colocaria em uma ordem de prioridade, mas destacaria o papel do TO em ações de promoção da saúde mental, sobretudo em escolas ou outros ambientes importantes para o desenvolvimento e constituição subjetiva de crianças e adolescentes.

Na busca por sua intencionalidade, de forma a adquirir consciência de si, das relações que estabelece consigo e com o mundo, os outros, o ambiente.

Classe 4 (21,3%): Terapia Ocupacional e o trabalho em equipe – especificidades e compartilhamentos na clínica multiprofissional

A análise dos 21,3% dos segmentos de texto que compõem esta classe permitiu inferir que se trata de um nicho onde são feitas reflexões acerca do trabalho em equipe, na qual há a presença do terapeuta ocupacional. Fica evidente que o trabalho em equipe é visto como muito importante nos serviços.

Acredito na potência do trabalho em equipe e na troca de saberes, em uma clínica tão complexa, o trabalho multiprofissional só agrega à melhora do caso.

Em minha opinião, seja atuando em grupos ou atendimento individual, os objetivos e olhares dos profissionais são diferentes, por isso é tão importante o trabalho em equipe, pois cada profissional irá observar e contribuir de um modo diferenciado.

Também fica evidente que a presença e as contribuições do terapeuta ocupacional na equipe são consideradas fundamentais e que todos os casos se beneficiam da intervenção deste profissional.

O trabalho [do TO] é de extrema importância, fazendo como parte fundamental na equipe terapêutica, porém ainda não vista dessa forma. Oficinas de AVD e AIVD. Todos precisam, não há como não ter um TO na equipe da saúde mental.

Acredito que em todas que forem possíveis, tanto atendimento grupal, individual e ações coletivas. Nos locais por onde passei, o trabalho da Terapia Ocupacional sempre foi muito reconhecido e estava inserido em todos os casos atendidos.

O que ficava bastante forte era a utilização de atividades terapêuticas com o objetivo de trazer reflexões e mudanças internas, e a Terapia Ocupacional sempre tinha uma contribuição muito significativa em todo o planejamento [em equipe].

Foi ressaltado que a visão integral que o terapeuta ocupacional tem dos indivíduos o coloca em um lugar de destaque nas avaliações e condutas articuladas com a equipe.

Na minha experiência o TO participava do acolhimento como principal profissional, por possuir uma visão integral do indivíduo, e sempre se mantinha como referência técnica, principalmente em casos com agravos sérios nos desempenhos ocupacionais.

Nesta classe, foi observado que os participantes foram refletindo sobre o modo como se organizam ou se organizavam as equipes onde já trabalharam e compreendendo que o lugar que a Terapia Ocupacional ocupa na equipe depende desta organização.

Já atuei em CAPSij onde a visão da equipe era que sim, havia uma especificidade deste profissional. Mas também já atuei em outras que não, onde este profissional, bem como demais da equipe, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, deveria atuar de forma transdisciplinar e como referência técnica, sem ter ações específicas.

Penso que a atuação do TO varia muito com o contexto de atuação e a composição da equipe.

Alguns segmentos de texto, abaixo apresentados, trazem relatos de experiências nas quais prevalece o trabalho a partir de referência técnica, com compartilhamento dos saberes, dos casos e das condutas, sendo difícil identificar atuações específicas de um núcleo profissional.

Não há especificidade, todos os profissionais atuam como referência técnica. O trabalho no sus e na perspectiva psicossocial não comporta especificidade. Todos precisam igualmente, o compartilhamento dos casos diminui este olhar específico de ação de um TO.

Na minha experiência, isto não ocorre. Os casos são acolhidos conforme a escala de plantão e acompanhados pelo profissional como referência técnica. Toda semana, há reunião com toda a equipe, para discussão dos casos e das condutas adequadas a serem tomadas pela referência técnica.

Difícil responder objetivamente, pois o trabalho multiprofissional torna as ações muito compartilhadas entre os profissionais da equipe.

Os segmentos de texto abaixo, por sua vez, indicam modos de trabalho em que prevalecem as especificidades e expertises profissionais, o que faz com que o terapeuta ocupacional seja acionado justamente por conta de suas especificidades. Ressalta-se, aqui, que grande parte das vezes, foi citada a habilidade do terapeuta ocupacional nos casos de Transtorno do Espectro Autista.

Penso que o olhar específico da Terapia Ocupacional para todas as ações é que distinguirá dos outros profissionais, pois faz a diferença um na equipe em atuação. Observei que o exercício da autonomia da criança desde o convívio com a família até no abrigo e demais trânsitos deles.

Tal demanda se molda de acordo com o perfil do território, sendo assim em algumas equipes a TO era mais solicitada para atendimentos compartilhados para crianças com suspeitas de TEA, já em outras equipes a demanda vinha mais com adolescentes com automutilação e ideias suicidas.

Nos casos de crianças pequenas e principalmente as que têm diagnóstico de TEA. Como não há TO em todas as mini equipes do CAPS em que trabalho, sempre que é necessário realizar avaliação de um possível TEA, a mini equipe sem TO solicita a nossa avaliação para compor e assim, ter mais argumentos para qualquer tipo de articulação que se fizer necessária.

Ações específicas com crianças menores de 5 anos, pois nos últimos anos, na nossa prática, temos observado aumento dos casos de crianças menores em sofrimento mental que, muitas vezes, passam despercebidas por outros profissionais. Crianças com suspeita ou diagnóstico de TEA.

Foi ressaltada a importância do terapeuta ocupacional na construção e efetivação do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁵ dos usuários.

Juntamente com a equipe interdisciplinar trabalhará para que seja efetivado o PTS dos sujeitos atendidos possibilitando também o acesso aos demais dispositivos e serviços necessários.

Acho que essa capacidade [de avaliar diversos aspectos do desenvolvimento de crianças e adolescentes] é de fundamental importância tanto para a elaboração de PTS quanto para articulações com a rede.

Foi possível identificar, nesta classe, certa angústia em relação aos limites do núcleo profissional da Terapia Ocupacional em um modelo de equipe transdisciplinar.

Mas confesso que tenho uma dificuldade e muitos questionamentos acerca do meu papel dentro do CAPS pensando em núcleo específico de profissão, tanto por às vezes não me perceber diferente dos meus colegas, tanto também por me sentir inseguro para atender e manejar determinados casos que eu acredito que não sejam da minha competência profissional.

Inclusive acredito que é mais fácil para mim perceber quando estou no meu limite profissional. Eu vejo possibilidades de atuação em quase todos os casos, inclusive me percebo atuando bastante com transtornos de personalidade, depressão, ansiedade, que majoritariamente são atendidos por psicólogos, que são referência de tratamento para estes casos, pensando em prática baseada em evidência.

⁵ Conforme já contextualizado no capítulo introdutório deste manuscrito, “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p. 40).

Também foi evidenciado, nesta classe, que os participantes compreendem que há uma tendência ao acionamento do terapeuta ocupacional nos casos graves, complexos, nos quais já foram realizadas outras tentativas terapêuticas que não foram bem-sucedidas.

E às vezes tenho a sensação também de quando já tentaram de tudo, eles chamam o TO, como se a gente tivesse uma varinha mágica para lidar com os casos impossíveis, com a impotência da equipe de alguma situação.

Na minha experiência, observei que casos muito graves, normalmente eram os TOs que topavam atender, acredito que por sua habilidade de olhar a potência e não a falta e pela sua diversidade e criatividade nas ações terapêuticas.

Normalmente os casos em que não há a possibilidade de normatização, nos quais a equipe já não vê muitas possibilidades.

Eu proponho e realizava mais grupos para crianças e jovens quando estava na atenção básica que meus colegas e que em CAPSij atendo mais os casos considerados graves, que geralmente se referem a crianças e jovens não verbais ou que agridem.

Aos casos mais graves, pacientes não verbais, pacientes com sintomas graves e com desorganização interna e externa. Nos casos graves e sem respostas ao tratamento de outros profissionais de outra área.

Classe 5 (16,1%): Aproximações entre a Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil

Na classe 5, onde estão presentes 16,1% dos segmentos de texto deste *corpus*, foi possível identificar relatos que trazem reflexões sobre o núcleo da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil e os possíveis diálogos entre ambos.

Foi ressaltado que as possibilidades de intervenção da profissão no referido campo são muito amplas.

Acredito que não há ações específicas, a Terapia Ocupacional é importante em todo processo de cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil, desde estimulação até a garantia de direitos.

Sendo o TO o profissional que atua com o agir no cotidiano, o leque de possibilidades de intervenções da Terapia Ocupacional dentro da saúde mental infantojuvenil é imenso.

Vejo esses fazeres [cotidianos] parte de um processo subjetivante. Sujeito é resultado de um conjunto de várias ações colocadas em prática. Então em minha perspectiva, todos podem se beneficiar da Terapia Ocupacional.

Também foram realizadas reflexões sobre a especificidade do olhar do terapeuta ocupacional para as demandas de saúde mental dos indivíduos.

Não acredito que tenha algo que somente nós TOs podemos fazer, principalmente se falando em CAPS, onde todo mundo faz um pouco de tudo. Acho que o que nos difere é nosso olhar sobre as questões de saúde mental.

Foi enfatizado que o terapeuta ocupacional tem um olhar ampliado para a totalidade dos sujeitos, tanto em relação ao desenvolvimento infantojuvenil, quanto em relação aos seus contextos, valorizando e respeitando a singularidade de cada indivíduo e articulando um cuidado integral.

O TO possui a visão completa do contexto e, a meu ver, é o único profissional capacitado para intervir em todos os aspectos do desenvolvimento infantojuvenil, abordando tanto questões psicossociais quanto da funcionalidade e do desenvolvimento.

O TO é o profissional que vai ter o olhar ampliado para todo o contexto, seja ele o indivíduo com suas demandas e interesses, mas também sua família, comunidade, lugares que ele frequenta.

Também possuímos olhar diferenciado e atuações no campo do brincar, do desenvolvimento motor e cognitivo e funcionalidade, o que caracteriza uma visão geral do indivíduo ao mesmo tempo em que norteia as intervenções.

O trabalho da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil é caracterizado por um conjunto de práticas que envolvem um cuidado à criança e ao adolescente, considerando várias perspectivas, tais como sua individualidade, seu processo de desenvolvimento.

Os vários contextos em que a criança e o adolescente estão, enfim sua singularidade. Nosso trabalho é articular todos os fatores num cuidado integral.

Esse fator é muito importante no campo da saúde mental infantojuvenil em que envolve a subjetividade do sujeito que está em processo de desenvolvimento e inserido em um contexto de vida. Quando o indivíduo é visto nessa perspectiva, fica mais clara a singularidade de cada pessoa.

O segmento de texto abaixo apresenta uma analogia sobre a amplitude que caracteriza a prática do terapeuta ocupacional em relação à sua formação, também ampla.

Penso que a Terapia Ocupacional é uma prática que sempre está pensando fora de sua caixinha, mas isso ocorre justamente por sua caixinha não ser tão delimitada e limitadora. Sempre fui o profissional que trazia para o centro do cuidado o indivíduo.

Com isso, foi possível compreender que os relatos se embasam em aspectos históricos e curriculares para indicar que há aproximações entre a Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil e as premissas da atenção psicossocial.

Os TOs não tinham dificuldade em nenhuma prática de cuidado da saúde mental infantojuvenil, acredito que isso se deva a história da Terapia Ocupacional e da saúde mental serem muito próximas e que muitos dos objetivos que são da nossa profissão são comuns aos objetivos da atenção psicossocial.

Observo que muitos CAPS apresentam a falta do técnico TO para atuar, mas apresentam os TOs como seus gestores diretamente principalmente pela atuação importante da luta antimanicomial e o cuidado em liberdade, bem como a presença da temática saúde mental e reforma psiquiátrica no currículo dos TOs e estágio na área.

Foi ressaltado que a Terapia Ocupacional é uma profissão de base interdisciplinar e que isto também dialoga com o campo.

Considero que na formação em Terapia Ocupacional há confluência de múltiplos saberes, a profissão já tem em suas bases um caráter interdisciplinar e isso traz um olhar diferenciado, mais integral e múltiplo, desencadeando numa prática menos engessada e mais dinâmica.

A capacidade de transitar por diferentes saberes e assim compor uma clínica interdisciplinar/transdisciplinar na saúde mental infantojuvenil.

Para mim é um profissional importante em todas as ações, mas principalmente essas que envolvem o território e a construção de uma clínica coletiva, interdisciplinar, psicossocial.

A interdisciplinaridade característica da profissão a faz importante também no processo de tessitura de redes, conforme evidenciam os segmentos de texto abaixo.

Acredito que qualquer caso que chegue com demanda de cuidado na saúde mental infantojuvenil vai se beneficiar do cuidado de um TO. As ações de articulação de rede são bem-feitas por TOs por termos formação nas diversas áreas e assim, ter bastante conhecimento sobre os serviços das redes.

Sobre as ações e práticas da saúde mental infantojuvenil, avaliar a autonomia e o fazer em suas diferentes áreas, componentes e contextos, atividades de grupo e ações extra-muros é algo que o TO é valorizado em muitos cuidados.

Ainda considerando a interdisciplinaridade, foi relatado que, no campo da saúde mental infantojuvenil, o indivíduo é colocado no centro do cuidado das diferentes práticas profissionais.

Acredito que a atuação dentro da saúde mental infantojuvenil é essencialmente transdisciplinar especialmente se a necessidade do sujeito é colocada como objetivo central das práticas profissionais. Até porque se contarmos com a estratégia de matriciamento, também há propostas que podem ser pensadas pelo ou com o TO, mas executadas não só por ele.

O segmento de texto acima suscita o preceito da Clínica Ampliada, o qual é citado em outros segmentos de texto, indicando que a atuação da Terapia Ocupacional no campo vai ao encontro deste preceito.

Na atenção psicossocial a premissa é que se possa trocar para enriquecer o campo de saberes e fazeres de uma equipe, desta forma não acredito que haja tarefas específicas numa equipe de saúde mental e sim habilidades pessoais e técnicas que fortaleçam a construção dessa clínica compartilhada.

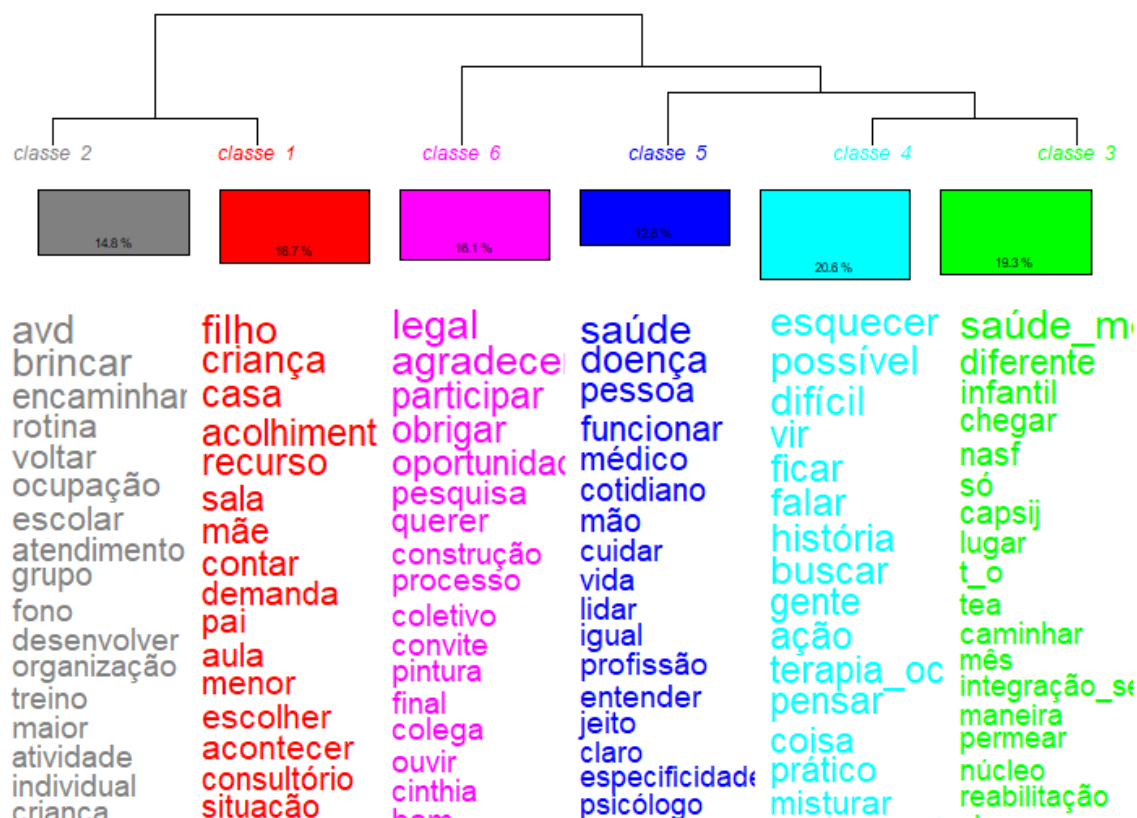
[A TO] que consegue pensar no indivíduo e, ao fazer isso, coloca suas necessidades, possibilidades e capacidades em primeiro plano, deixando o núcleo como consequência da sua atuação, não menor, mas como forma de ampliar a visão de cuidado integral do indivíduo e seguindo a lógica da clínica ampliada.

O trabalho do TO no campo da saúde mental infantojuvenil se caracteriza pelo cuidado à infância e juventude, bem como à família, articulado a uma rede social de suporte, numa perspectiva de clínica ampliada.

4.3 Resultados da Fase 2 (grupos focais) com os participantes terapeutas ocupacionais

A Figura 14 apresenta o dendrograma resultante da análise de Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* “TOs – Fase 2”. Nesta análise, a retenção de segmentos de texto do referido *corpus* foi de 87,31%. Observa-se que, em um primeiro momento, o referido *corpus* foi dividido (1ª partição) em dois *sub-corpora*. Um dos *sub-corpora*, à esquerda, foi novamente dividido, originando as classes 1 e 2. O outro *sub-corpus* também foi redividido, originando, no centro do dendrograma, a classe 6 e, à direita, mais uma subpartição. Esta originou, também no centro do dendrograma, a classe 5 e, à direita, outra subpartição, que acabou por originar as classes 3 e 4, à direita do dendrograma.

Figura 14 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* “TOs – Fase 2”.



Fonte: Iramuteq®.

A análise aprofundada do material que compõe o referido *corpus* e o estudo sobre as classes e as partições no dendrograma permite identificar uma semelhança entre os resultados aqui encontrados e os obtidos na Fase 1 deste estudo, com a análise dos questionários respondidos também pelos participantes terapeutas ocupacionais. Aqui, como lá, é possível apreender que, à esquerda do dendrograma, encontram-se aspectos da prática da Terapia Ocupacional, o que responde à questão “O que se faz?”, que aparece no título deste estudo. Por sua vez, à direita, na sequência das três subpartições, encontram-se elementos teóricos relacionados à profissão, ao campo e à importância de se voltar para o estudo de tais elementos, o que responde às questões “Como se faz e por que se faz?”, que também aparecem no título do estudo.

As classes 1 e 2, originadas da partição que aparece à esquerda do dendrograma, trazem relatos e elementos da atuação prática do terapeuta ocupacional, quais são seus objetivos, preocupações e o enfoque da atuação. Tais classes foram respectivamente nomeadas como “Classe 1: Relatos de experiências profissionais em consultório/clínica particulares e no SUS” e “Classe 2: Enfoque na ocupação: olhar para as Atividades de Vida Diária, a rotina e o brincar”.

À direita, é possível apreender que a sequência das três subpartições acontece de modo a aprofundar as discussões entre o núcleo profissional e o campo de atuação. A primeira

subpartição dessa sequência origina a classe 6 no centro do dendrograma, e nesta classe, evidencia-se que os participantes refletem sobre os benefícios que veem em processos de grupo como o ocorrido nesta etapa da pesquisa, onde são realizadas trocas e reflexões sobre a prática. Esta classe foi nomeada como “Classe 6: Reflexões sobre a participação na pesquisa”.

A segunda subpartição dessa sequência originou a classe 5, também ao centro do dendrograma. Nesta classe, foram encontrados elementos intrínsecos e essenciais à Terapia Ocupacional, aquilo que caracteriza o íntimo da profissão, independentemente do campo onde se insere. Esta classe foi nomeada como “Classe 5: A Terapia Ocupacional e a ampliação do olhar sobre o binômio saúde-doença”.

A terceira e última subpartição desta sequência originou, à direita do dendrograma, as classes 3 e 4. Nestas classes, é possível perceber a discussão entre o núcleo da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental. Discute-se o que caracteriza este núcleo profissional dentro do campo, bem como a forma como aquele se constitui neste. As classes 3 e 4 foram respectivamente nomeadas como “Classe 3: Diálogos entre a Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental” e “Classe 4: Terapia Ocupacional: história, definição e constituição no campo”.

A seguir, serão apresentadas as análises específicas de cada classe que compõe o referido *corpus*.

Classe 1 (16,7%): Relatos de experiências profissionais em consultório/clínica particulares e no SUS

Na classe 1, onde foram encontrados 16,7% dos segmentos de texto, foi possível identificar que os participantes trouxeram relatos de suas práticas profissionais, tanto nos trabalhos enquanto autônomos, em consultórios e clínicas particulares, quanto no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Aqui, cabe retomar que participaram desta pesquisa profissionais que tinham experiência atual ou prévia na RAPS, e não exclusivamente nesta rede, sendo que suas experiências no âmbito da saúde privada também emergiram. Inclusive, isto ficou mais evidente nesta fase do estudo, uma vez que o grupo focal prevê maior abertura para o diálogo, em relação ao questionário, ainda que a condução da pesquisadora tenha sido no sentido de focalizar para as experiências na RAPS. Estes resultados, embora façam parte do estudo, não serão discutidos, tendo em vista seus objetivos.

Nos relatos dos participantes, independentemente do local de atuação, foi consenso que o terapeuta ocupacional direciona o seu olhar e sua atuação para além dos espaços de intervenção, ampliando para o contexto familiar, escolar e territorial. Essa interpretação encontra-se resumida no segmento de texto a seguir.

Como eu estou olhando aquela criança, para além do que está acontecendo ali dentro da minha sala, ou ali dentro daquele espaço terapêutico que for, o contexto, enfim, então eu acho que se tem algo específico da Terapia Ocupacional é o nosso olhar.

Os participantes trouxeram a maneira que estruturam sua intervenção, desde o momento em que recebem os pacientes/usuários⁶ e as queixas, indicando que não se restringem às demandas inicialmente trazidas e que buscam pelas possíveis relações e interferências do contexto.

Então eu primeiro escuto os pais, depois eu vou na casa da criança, e essa primeira ida na casa eu sempre digo para eles, a primeira vez que eu for na casa de vocês, o que eu quero é que a criança me conheça no ambiente familiar a ela, e que eu veja como é que ela se movimenta no ambiente que é o ambiente dela, só isso que eu quero fazer.

Eu tenho que saber como está essa casa, como está esse pai, como que ele funciona lá, o que ele está sofrendo na escola, então não dá só para eu perguntar, ele veio para trabalhar isso, igual a maioria dos profissionais infelizmente ainda não tem esse olhar mais amplo do contexto, porque ele vem de um contexto, vem de um território, então nós temos que entender o que esse território impacta na vida dele.

Também foi possível identificar que o terapeuta ocupacional costuma ser o profissional que, por ampliar o olhar para além da queixa inicialmente trazida, também amplia o olhar para as possibilidades de intervenções, realizando importantes articulações com dispositivos do território.

A Terapia Ocupacional vem dizendo isso, que não precisa para cuidar de uma ansiedade, para cuidar de uma agitação de uma criança, não precisa encaminhar ela para o CAPSij, o que tem aqui no território [que seria possível ser acessado]?

Até para eu tomar condutas terapêuticas mais concretas, mais sólidas, e mais seguras, para falar, nós podemos trabalhar com seu filho no território, com os recursos do território.

⁶ Optou-se, aqui, por utilizar ambos os termos para contemplar o modo como os profissionais denominam as pessoas que atendem, a depender do contexto e serviço onde estão inseridos. Observa-se que, no trabalho em consultórios e clínicas, os atendidos são chamados “pacientes”, enquanto nos serviços especializados da atenção psicossocial, como os CAPSij, pela própria mudança proposta pela reforma psiquiátrica, os atendidos passaram do lugar passivo de “pacientes” para um lugar ativo e protagonista, no qual têm poder de participação, sendo, portanto, chamados “usuários” dos serviços. A mudança no termo indica, simbolicamente, “um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico” (AMARANTE, 2007, p. 83).

As falas dos participantes também chamaram a atenção para a preocupação do terapeuta ocupacional com o lazer das crianças e adolescentes, e com o fato de estes sentirem prazer, liberdade, acolhimento e segurança nos atendimentos e com as intervenções. Em seus relatos sobre suas experiências, os profissionais trouxeram a importância de explorar o brincar e a sensação positiva de verem que os pacientes/usuários gostam de ser atendidos pela Terapia Ocupacional.

Era uma chácara gigantesca, tinha piscina, e eles ficavam atendendo numa salinha, não usava aquele espaço para nada, o lazer ficava de lado, o brincar, que é muito importante para as crianças também não era muito explorado.

E que a criança precisa brincar, e que a criança não pode ter uma rotina maluca, rígida, que só tem terapia na rotina da criança.

Eu fui a única pessoa que dei espaço para essa criança ser criança, que mesmo dentro do meu consultório, e que tem toda uma estrutura de Integração Sensorial, e que para ele aquilo é um espaço de lazer, ele gosta de ir à terapia, o que nunca tinha acontecido com ele até então.

Ele está com 11 anos hoje, até os 8 ele fazia terapia [com profissional não terapeuta ocupacional], antes de chegar para mim, e odiava ir à terapia, então é um espaço dele, é um espaço de lazer, é um espaço de acolhimento, e que muitas vezes isso é muito da Terapia Ocupacional.

Mas eu acho que nós temos muito isso, esse espaço de ser, esse espaço de liberdade, esse espaço do brincar, e as crianças amam, fico muito feliz que as crianças que eu atendo todas amam ir à terapia, e eu penso, acho que eu estou fazendo isso certo.

Está faltando vida para essas crianças, para esses adolescentes, e como eles se sentem seguros [na Terapia Ocupacional]! E eles não querem ir embora da Terapia Ocupacional não.

Considerando que o terapeuta ocupacional é o profissional que direciona o olhar para o contexto que se inter-relaciona com a vida dos pacientes/usuários, os participantes não deixaram de ressaltar os impactos da situação recente da pandemia no contexto e nas demandas domésticos e escolares, especialmente no que diz respeito à rotina e ao isolamento domiciliar.

Na pandemia vem muito forte essa rotina, de readaptar, de organizar, eu já vinha trabalhando essa rotina antes, essa rotina escolar, essa rotina de casa, e com a pandemia vem com força total, e nós tivemos que readaptar tudo, tanto a dos pais, quanto a dos filhos, de todo mundo, dos professores, tivemos que reorganizar tudo, o contexto geral.

Foi possível observar, nos relatos trazidos pelos profissionais nesta classe, que embora a demanda nos serviços e/ou nos encaminhamentos fosse em número semelhante de crianças e de adolescentes, os profissionais tendem a optar por atender o público infantil.

Eu trabalho com primeira infância, alguns adoleceram, e eu não consegui muito encaminhar ainda, mas, por exemplo, se me liga um adolescente, eu encaminho. É mais pelo vínculo que vai ficando, minha clínica é mais com a primeira infância.

Como a demanda era muito grande dos muito pequenos até os 16 anos, eu preferi ficar na demanda das crianças menores, e a parte dos adolescentes ficava sem TO, porque eu era uma só e não tinha como atender todo mundo.

Em relação aos grupos lá, tinha demanda para os adolescentes mesmo, muita demanda (...) da parte dos adolescentes, tinha muita demanda de autocuidado, muita questão familiar, que poderia ser trabalhado, só que eu não tinha condições, eu era só uma e eu acabei escolhendo mesmo de ficar com as crianças menores, e foi o que aconteceu.

E no fim eu fui me afinando mais para as crianças cada vez menores e para o diagnóstico de TEA, que é o que eu trabalho hoje.

Por fim, cabe ressaltar que a maior parte dos relatos dos profissionais nesta classe foi de experiências com integração sensorial⁷, no caso da atuação em consultórios e clínicas particulares, e em CAPSij, no caso da atuação na saúde pública. As especificidades sobre a atuação com integração sensorial e em CAPSij, conforme as opiniões críticas dos participantes, serão discutidas com maior profundidade na classe 3, onde é feito o diálogo com o campo da saúde mental.

Classe 2 (14,8%): Enfoque na ocupação: olhar para as Atividades de Vida Diária, a rotina e o brincar

Na classe 2, onde foram encontrados 14,8% dos segmentos de texto, foi possível apreender que parte dos relatos dos participantes trazia as ocupações e a realização das atividades de vida diária como centrais na atuação do terapeuta ocupacional, conforme resumem os segmentos de texto que seguem.

Então eu posso resumir o que eu falei que a Terapia Ocupacional se define mais na ocupação mesmo, da função na ocupação, nas AVDs da pessoa.

Mas o foco principal, igual ela falou, é a questão da ocupação, da função nas AVDs, qual que é a nossa função no nosso dia a dia.

⁷ Segundo a Associação Brasileira de Integração Sensorial (ABIS, 2021), a Integração Sensorial consiste no “processo neurobiológico que promove a capacidade de processar, organizar, interpretar sensações e responder de maneira apropriada ao ambiente”. A terapeuta ocupacional americana Anna Jean Ayres iniciou os estudos sobre Integração Sensorial na década de 60, criando a Teoria da Integração Sensorial, que embasa uma metodologia própria de avaliação e intervenção. Hoje, no Brasil e no mundo, apenas terapeutas ocupacionais podem realizar a formação completa e obter a Certificação Internacional de Integração Sensorial de Ayres® (ABIS, 2021).

Os relatos indicaram que o terapeuta ocupacional se preocupa com a realização das atividades cotidianas de crianças e adolescentes, aquilo que é esperado que façam em casa, na escola, nos espaços de lazer e demais espaços de circulação, bem como se utiliza dessas atividades em sua intervenção.

O que eu fazia, o que eu construí no tempo que eu estive lá, focado muito no brincar e nas AVDs.

Lá no ambulatório, quando eu cheguei, foi muito voltado para as atividades de desempenho ocupacional mesmo, em relação ao brincar funcional, às AVDs, e relacionado muito à escola.

E peguei mais o grupo das crianças pequenas, orientação para as famílias, brincar, eu fiz uma parceria com a educadora física, então fazíamos atividades psicomotoras, gincanas, esses tipos de atividades assim, e treino de AVD, orientação para as famílias, consegui fazer algumas visitas escolares com a coordenadora.

E nós tínhamos grupos específicos de Terapia Ocupacional, que era voltado para o autocuidado, porque o adolescente trazia muitas demandas relacionadas a isso, não à aparência, mas ao cuidado próprio.

Porque com crianças, nós atuamos na escola, nas AVDs, coordenação motora ampla e fina. Permeamos todas as funções.

Conforme revela o último segmento de texto acima, os relatos dos participantes indicaram que o terapeuta ocupacional não se preocupa puramente com as ocupações e atividades de vida diária, mas também com o impacto de possíveis demandas físicas, como o desenvolvimento da coordenação motora, e emocionais, como o sofrimento psíquico, na realização destas atividades.

Mas eu tento olhar muito para as ocupações, da rotina, como que esse sofrimento tem impactado no cotidiano, para pensar onde que eu posso de fato ajudar enquanto TO.

Mas meu objetivo sempre é tentar olhar para as ocupações, como que esse sofrimento psíquico impacta nas ocupações das crianças, dos adolescentes e nas suas famílias também, é o que eu tento trabalhar.

Eu percebo o meu papel na equipe quando a demanda é relacionada ao cotidiano, a equipe me solicita muito nesse sentido, ela está com uma dificuldade, desde a organização da rotina, até essas outras coisas que vão mudando o cotidiano, a tristeza, a insegurança, a incapacidade.

O relato dos participantes torna visível, também, a importância do terapeuta ocupacional no gerenciamento e na organização das rotinas domiciliares e escolares e no estímulo à inserção social das crianças e adolescentes, conforme exemplificam os segmentos de texto abaixo.

Então assim, de gerenciar a organização de rotina, participação na escola, muitas vezes tinha evasão escolar gigantesca.

Então nós fazíamos um trabalho mesmo de gerenciar essas questões relacionadas à rotina, a qual atividade ele fazia, o que ele gostaria de fazer, e montávamos o nosso planejamento e fazíamos o acompanhamento com o paciente.

O meu grupo de Terapia Ocupacional, vamos dizer assim, era a construção de projetos. Projetos que tinham começo, meio e fim, onde nós éramos transversais em vários grupos do CAPS, e era muito voltado para a relação com a comunidade.

Eu via muita potência, muita possibilidade da Terapia Ocupacional nos grupos de passeio.

Como na classe 1, foi observado, na classe 2, que os participantes citaram a pandemia e seus impactos no contexto domiciliar e escolar, sendo que, aqui, foi enfocada a mudança nas demandas trazidas aos terapeutas ocupacionais, após o início da pandemia.

Hoje, na pandemia, eu até escrevi um artigo, que estou esperando ver se é aprovado, dizendo disso, durante a pandemia eu notei uma diferença, que as questões de rotina, então adequação de rotina, muitas orientações para os pais, alguns retrocessos de AVD, que fazia de forma autônoma e hoje não faz, foram levados para mim.

No CAPSij aqui da cidade, nós passamos por uma demanda que não existia, que é a demanda da aula online. Então as crianças começaram a desenvolver problemas de saúde mental junto com aquele núcleo familiar devido às atividades online.

A Terapia Ocupacional surgiu para ajudar nessas demandas de organização de rotina, quanto à rotina escolar na pandemia.

Nesta classe, foi possível observar a preocupação das participantes em terem um olhar individualizado para cada caso, e atuarem considerando as particularidades que os envolvem. É um profissional que considera e valoriza as atividades que são significativas para cada criança ou adolescente, suas potências e habilidades, e o que os faz felizes e lhes dá prazer.

O que ela faz durante o dia, como é a rotina dessa família, quais são as atividades que são importantes, porque ela pode não fazer uma atividade, mas porque essa atividade não faz parte do seu repertório, e está tudo bem.

Eu trabalho muito isso com os meninos, as crianças e adolescentes do CAPSij, que é, o que te faz feliz? Você sabe isso? Você conhece? Você tem ciência do que é que te traz alegria? E muitos deles não têm.

Então quando eu fui percebendo isso, isso também foi moldando muito as minhas ações. Muita gente não sabe o que traz alegria, como descobrimos isso juntos, como criamos com eles novas formas de ser alegre, de ter essa qualidade de vida.

Então assim, é isso, para além do treino, ela está abotoando o botão, está amarrando o tênis, está com o motor fino sensacional, tinindo, mas está feliz? Está bem, tem

lazer, brinca, consegue circular por todos os espaços que uma criança deve circular?
Como que está a inserção na família?

Para mim, o motor fino dela pode estar ótimo, mas se ela não estiver com uma estrutura emocional bacana, eu não fico feliz enquanto TO.

Também apareceram, nesta classe, alguns relatos de participantes que não se identificam com o modo como funcionam o trabalho e as equipes nos dispositivos CAPS. Tais relatos dizem respeito à prioridade para os atendimentos grupais, em relação aos individuais, e à grande, diversificada e complexa demanda deste serviço.

Era separado mais ou menos por idade os grupos, mas tinha crianças, por exemplo, TEA não verbal com criança que tinha questões de agressividade no mesmo grupo, então era bem caótico, as experiências em grupo foram bem caóticas assim.

Isso cria uma demanda muito maior, muito gigantesca, e às vezes quando chega um caso grave que precisava mesmo de um atendimento individual de Terapia Ocupacional, ou que a equipe precisasse dedicar mais horas para aquele caso, nós estamos engolidos por uma demanda de pequenas demandas, que não seriam critério para inserção no CAPSij.

Classe 6 (16,1%): Reflexões sobre a participação na pesquisa

Na classe 6, na qual contém 16,1% dos segmentos de texto, foi identificada a presença de reflexões dos participantes acerca do processo de participação neste estudo. Os participantes demonstraram compreender a importância da participação no grupo, não apenas pela efetivação da pesquisa em si, mas pela oportunidade de reflexão sobre a prática, o que é trazido como algo incomum em sua rotina profissional. Também destacaram que a motivação para a participação no estudo veio com a possibilidade do compartilhamento de experiências e angústias em relação às suas práticas profissionais e ressaltaram a importância de participação nas pesquisas sobre a temática da Terapia Ocupacional, como forma de fortalecimento da profissão.

Considerando que esta temática é relevante, porém não responde aos objetivos da presente pesquisa, optou-se por não despendê-la aprofundamento. Tais aspectos podem ser motivadores para futuros estudos, especialmente utilizando-se de metodologias participativas.

No mais, cabe destacar que apareceram, nesta classe, segmentos de texto que apontam para uma identidade profissional da Terapia Ocupacional caracterizada pela busca por espaços de humanidade e pela construção de projetos de vida, conforme descrito a seguir.

Onde me demandavam era que eu assegurasse um espaço de humanidade para aquele povo, aquele povo que estava lá dentro [do hospital].

Era como se eu fosse um fórceps, para dizer assim, você é responsável por abrir espaços de humanidade, de respiração de humanidade, do que resta dessas pessoas.

E com a adolescência, em especial, o que eu sentia da demanda para a Terapia Ocupacional era muito da construção de projetos de vida.

O que eles queriam que nós fizéssemos era construir projetos de vida, vocês têm que organizar a vida deles, têm que dar sentido, têm que ajudar eles, então era muito de projetos de vida, então a minha palavra era projeto.

Classe 5 (12,6%): A Terapia Ocupacional e a ampliação do olhar sobre o binômio saúde-doença

A classe 5, onde se encontram 12,6% dos segmentos de texto, contempla o olhar ampliado e diferenciado do terapeuta ocupacional para o binômio saúde-doença. É possível identificar, aqui, que importa mais ao terapeuta ocupacional os aspectos saudáveis do que a doença em si, sendo, portanto, a relação saúde-doença muito mais complexa aos olhos deste profissional. Segundo relatos dos participantes presentes nessa classe, o terapeuta ocupacional é o profissional que fala sobre saúde e que busca espaços de saúde, independentemente do campo onde esteja atuando.

Porque os princípios da nossa profissão é a busca de espaço de saúde, busca de espaço de saúde.

Por onde eu vou passando, vejo que nós temos esse papel de mostrar, de ampliar o olhar, de falar de saúde, não focar na doença, de não necessariamente ser, de não fazer um ambulatório, que podemos fazer saúde sem ser dentro de uma especialidade, sem ser dentro de um consultório.

Mas tentando mostrar que vamos falar de saúde, de papeis, do que que essa pessoa precisa para ter uma qualidade de vida, e não de qual profissional ela precisa.

O que eu encontro na minha especificidade é justamente isso, é a busca de espaços de saúde apesar de, como é que fazemos para construir esse caminho com as suas adversidades.

O segmento de texto a seguir reforça esta percepção, evidenciando que o terapeuta ocupacional se volta mais para os aspectos saudáveis do que para o que está adoecido nos sujeitos.

Eu não quero trabalhar com a parte doente da pessoa, eu cuido, eu reforço a parte saudável da pessoa para suplantá-la e para ela melhor lidar com aquilo.

Ainda no que diz respeito ao olhar para a saúde, e não para as doenças, foi possível compreender que os participantes também justificam esse modo de olhar considerando a neuroplasticidade característica das fases da infância e adolescência.

Eu, dentro do modelo de saúde, não me identifico com isso [combate à doença], não me identifico principalmente, porque nós estamos falando de infância e adolescência.

O segmento de texto abaixo traz, metaforicamente, a forma como a participante compreende a atuação do terapeuta ocupacional a partir do que os sujeitos têm de saudável, e não de comprometido.

Todas nós somos muito imbuídas desse desejo de gestar vidas, de fazer com que haja vida em lugares que às vezes são áridos, muitas vezes muito áridos.

Considerando a temática supracitada, foi possível compreender, pelos relatos dos profissionais, que ao terapeuta ocupacional não interessa diretamente a doença, mas seu impacto na saúde das pessoas. Os segmentos de texto apresentados a seguir evidenciam que o terapeuta ocupacional se preocupa com os impactos de determinados atravessamentos no cotidiano e na qualidade de vida das pessoas.

O que nos interessa, esse é o estudo da Terapia Ocupacional, é o que nos interessa, é o impacto disso, não é o nome dessa doença.

E a ligação, o movimento entre um atravessamento da sua vida, um atravessamento que podemos ver na infância, na fase adulta, um atravessamento que interrompe a sua movimentação e o que nos preocupa é o impacto disso no cotidiano, na vida ordinária da pessoa, na vida de todo dia, de como ela funciona no mundo.

Eu percebo essa solicitação pelo TO quando tem essas rupturas no cotidiano, que começa a impedir as pessoas de algo, seja de realizar alguma atividade, seja de sair de casa, seja de falar.

Nesta classe, foi observada a ampla utilização do termo “cotidiano”, inclusive nos modelos de equipe que funcionam para além das especificidades, indicando ser este um objeto da Terapia Ocupacional.

A minha possibilidade de intervir junto ao cotidiano das pessoas, porque às vezes eu fico pensando que talvez seja um ponto de encontro entre TO, a intervenção no cotidiano.

Um médico virou para mim e falou, o que que você faz? Eu falei para ele, eu qualifico o cotidiano das pessoas. Ele falou assim para mim, mas isso é definição de livro, eu quero saber o que você faz na prática. Eu falei, eu qualifico o cotidiano das pessoas.

Então também é um trabalho de equipe, é um trabalho também muito diluído ali em algumas ações, mas que também temos a possibilidade de manter a nossa especificidade, e na atenção básica, eu vejo essa possibilidade de intervir no cotidiano das pessoas muito forte, quando solicitam o TO.

Também foi possível perceber, nesta classe, que os profissionais compreendem que o terapeuta ocupacional direciona o olhar para o modo de funcionar das pessoas, preocupando-se com o que elas precisam e o que pretendem, conforme evidenciado nos segmentos de texto a seguir.

Nós trabalhamos com agente de saúde, e eles dificilmente entendem o que nós fazemos, e eu falo muito da funcionalidade, e eu falo que eu faço a pessoa funcionar naquilo que ela pretende funcionar. Que é, se ela pretende estudar, como funciona para estudar, como funciona, como ela consegue realizar aquilo que ela deseja, que ela anseia.

Tem gente que trabalha com a manivela assim, só que a sua manivela é assim, e nós vamos fazer você funcionar com a manivela assim, ao invés da assim de todo mundo.

Neste sentido, os participantes ressaltaram a atuação do terapeuta ocupacional na construção de projetos de vida com os usuários dos serviços, considerando as particularidades, necessidades e desejos de cada um.

Tentamos pensar com eles projetos de vida, que planos de vida, que projetos de vida dentro do contexto ambiental, financeiro, educacional, que ele possui, que infelizmente ainda é muito incipiente em Belém, e a profissionalização também como um foco, nós trabalhamos também.

Classe 3 (19,3%): Diálogos entre a Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental

Na classe 3, encontram-se 19,3% dos segmentos de textos. A análise do material que compõe esta classe permite identificar que ela contempla os diálogos realizados pelos participantes entre o núcleo da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental. Evidencia-se, aqui, pelas falas dos participantes, estreita ligação entre os referidos núcleo e campo, de modo que eles identificam que o terapeuta ocupacional que atua no campo da saúde mental está mais próximo da essência da Terapia Ocupacional.

Eu ia dizer isso, que a questão é essa, o TO da saúde mental está mais próximo, ele está próximo da essência do que é, da ética e estética de um TO.

Também foi possível compreender nos relatos dos participantes que os mesmos consideram que a experiência no campo da saúde mental torna o olhar e a atuação do terapeuta ocupacional diferentes, em relação às experiências em outros campos. Isso fica evidenciado nos segmentos de texto a seguir.

Eu acho que pela experiência em saúde mental, o olhar é diferente.

É que eu acho que as questões de saúde mental permeiam também. Isso o tempo todo permeia a nossa abordagem, e a maneira como nós lidamos com os pais é muito diferente do que quem olha apenas para a parte da reabilitação.

Eu percebo que tem uma maneira diferente de nós compreendermos o fazer, o engajamento nas atividades por parte das crianças, o engajamento e a maneira como nós lidamos com a família, se nós temos uma vivência na saúde mental, já tivemos, já estudamos, enfim. Isso acontece de uma maneira diferente do que as pessoas que sempre trabalharam puramente com a parte de reabilitação, de neurodesenvolvimento.

Se não temos esse olhar da saúde mental, não pensamos que a criança é criança, que ela necessita desses espaços, que ela necessita de ter qualidade de vida também, que ela não necessita só alcançar marcos e habilidades.

Nesta classe, também foi possível identificar que os participantes fizeram reflexões sobre como compreendem o lugar e o papel da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil nas esferas da atenção básica e da atenção especializada. Para isso, trouxeram suas experiências no NASF e no CAPSij.

No NASF, os relatos apontaram para algumas dificuldades no compartilhamento do trabalho com as demais categorias e para a necessidade de busca de espaço para a constituição da Terapia Ocupacional no campo. Os segmentos de texto a seguir evidenciam tal reflexão.

Quando eu vou pensando no papel da Terapia Ocupacional numa equipe NASF, eu acho que ainda temos muito para progredir.

Quando eu olho da atenção básica, eu acho que não é só na atenção especializada, não é só no CAPS que esse papel um pouco se perde assim, não é só no CAPS que nós temos que buscar o nosso espaço.

Compartilho desse lugar da atenção básica, eu precisei cavar um lugar quando eu cheguei na atenção básica.

Acho que agora na atenção básica nós temos um desafio de tentar trabalhar questões de saúde mental infantil de uma maneira que não sendo especialista, mas também não é negligenciando essa demanda.

Quanto ao CAPSij, foi observada uma dificuldade dos participantes em se encontrarem enquanto terapeutas ocupacionais em um serviço transdisciplinar, isto é, como especificar a

identidade e o papel profissionais quando as categorias parecem estar em segundo plano em relação ao trabalho desenvolvido no campo.

Mas me vejo muito ainda perdido, muito ainda tentando construir uma Terapia Ocupacional dentro de um serviço CAPSij, de saúde mental infantil.

Então eu me vejo muito perdido enquanto TO. Por exemplo, não consigo fazer uma Terapia Ocupacional Dinâmica lá, pensando na [Jô] Benetton, não consigo aplicar técnicas muito específicas, ou, enfim, olhar muito para as minhas especificidades.

Foi possível identificar a concordância de que o modo como se configura o núcleo profissional da Terapia Ocupacional dentro de uma equipe e de um serviço depende do modo como se organizam essa equipe e esse serviço, bem como dos fatores pessoais do profissional.

A forma com que a Terapia Ocupacional atua depende de como que as equipes se organizam, eu acho que é muito assim, porque tem lugares e lugares, e estou falando do núcleo do CAPS também, mas é muito variado, então, essa é a minha experiência.

Quando estamos atuando como TO, nós somos nós em primeiro lugar. Então é óbvio que cada um de nós vai fazer a clínica e, dependendo de onde faça, de maneira muito diferente.

Ao refletirem sobre o papel da Terapia Ocupacional junto ao NASF, foram encontrados segmentos de texto que versavam sobre a atuação do TO nos casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo ressaltada a participação no Núcleo de Prevenção à Violência – NPV⁸.

Uma coisa que eu acho importante falar que eu vivencio muito na minha prática, que permeia a saúde mental infantil, é o NPV, é o Núcleo de Proteção à Violência.

Dentro da atenção básica talvez seja um dos lugares onde eu mais entrei em contato com a saúde mental infantil, e a Terapia Ocupacional é sempre requisitada nos casos de violência infantil, quando chega na atenção básica, porque nós temos um repertório lúdico.

Também foi ressaltada a importância da Terapia Ocupacional em promover articulação entre as demais categorias dentro da equipe NASF.

⁸ Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 936 (BRASIL, 2004), que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Nas diferentes instâncias, os Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) têm como objetivos e atribuições promover e participar de políticas e ações intersetoriais de prevenção à violência e promoção de saúde, especialmente para os segmentos sociais mais vulneráveis; qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas em situações de violência; notificar situações de maus-tratos e outras violências, possibilitando melhoria da qualidade da informação, dentre outros.

Nós temos dentro da equipe NASF o papel de articulação, de trazer a transdisciplinaridade, porque, infelizmente, já comentamos algumas vezes isso na faculdade, de que Terapia Ocupacional, das biológicas, ela é até a mais humana, e nós chegamos num núcleo com um monte de formação, de pessoas totalmente diferentes, então formações biomédicas, enfim, e eu vejo esse papel muito importante dentro duma equipe.

TO geralmente entra na equipe para exercitar uma quebra de paradigmas.

Os participantes também ressaltaram como a pandemia impactou suas rotinas profissionais na atenção básica e no CAPSij, e como foi desafiador implementar uma lógica de cuidado virtual e individualizado (no sentido de não coletivo).

Mas o que mais tem dificultado hoje em dia é também a pandemia, porque o modelo de grupo não está mais, porque não se pode fazer, e o CAPS também nem parece CAPS, porque está parecendo um grande ambulatório de saúde mental.

Se reinventar também com o teleatendimento, então como fazemos um teleatendimento de Terapia Ocupacional em saúde mental infantil. Enfim, são vários desafios.

Agora está muito diferente, está um cenário muito diferente, está mais difícil para mim, eu penso, pelo menos na minha prática, atuar na atenção básica como TO e também na saúde mental infantil, porque nós estamos com dificuldade em grupos.

A análise dos segmentos de textos que compõem esta classe também permite identificar importante e atual debate presente no campo da saúde mental infantojuvenil: o atendimento ao Transtorno do Espectro Autista no SUS.

Alguns participantes pontuaram discordar do fato de crianças e adolescentes com TEA serem atendidos no CAPSij.

É uma impressão muito pessoal minha, eu não acho que TEA tinha que ser atendido em caps, isso é uma visão particular minha.

Eu acho que TEA não deveria ficar no CAPSij, é uma coisa que, enquanto você está lá dentro, você vê que não tem nada a ver, por mais que falem que TEA tem que estar lá, tem que ter um outro equipamento específico para essas crianças, mas não tem.

Outros, por sua vez, ratificaram sua opinião de que usuários com TEA deveriam sim ser atendidos nos CAPSij, evidenciando o tensionamento.

Eu acho que TEA tem que ficar também no CAPSij. Ou no dispositivo que tiver, por que que tem que ser diferente?

Na continuidade da temática acima apresentada, foi possível identificar uma outra discussão, relacionada à compreensão sobre o lugar das técnicas – no caso, a Integração Sensorial – no atendimento ao público com TEA. Os participantes trouxeram relatos onde evidenciavam a importância de não resumir a Terapia Ocupacional à técnica, mas, sim, articular seus propósitos com os da profissão.

Que Terapia Ocupacional não é só integração sensorial, mas vocês passaram muito tempo dizendo que Terapia Ocupacional era só integração sensorial.

Então assim, quando eu disse que nós temos um outro olhar, não dá para generalizar, lógico, mas muitas TOs que eu vejo da integração sensorial ficam muito focadas nas habilidades e nos objetivos.

Nós passamos a ter vergonha de ir ali com o paciente fazer aquelas coisas bem bestas, que nós chamamos besta, olha eu chamando de besta, não é besta, mas então passamos a permitir isso, e começou a colocar no lugar disso, recursos, técnicas, métodos, e começou a se chamar o que eu chamo especialista.

O que é que tem nos princípios da integração sensorial, que é feito por um TO, é que você procura a motivação intrínseca, que você acompanha o seu paciente, que você permite o estado criativo dele e você se aproveita disso para transformar em respostas que eles chamam adaptativas.

É um descaminho para quem é da integração sensorial direcionar o que é que a criança vai fazer dentro daquela sala, de jeito nenhum, ela que escolhe para onde ela vai, o que ela vai criar, e eu que vou atrás dela.

Então eu vejo que esse meu caminho todo tortuoso [de ter passado por outros campos de atuação], eu costumo dizer, que me fez chegar ao TEA, contribui muito para a TO que eu sou hoje, olhando muito para as questões de saúde mental não só da criança, como da família, não só olhando para a integração sensorial ali.

O segmento de texto abaixo chama a atenção para a importância de o terapeuta ocupacional atuante em CAPSij, ainda que possuindo certificação em diferentes técnicas, não deixar de adotar o referencial da atenção psicossocial em sua prática profissional.

E, dentro do meu olhar como TO, também tem vários olhares, porque é claro, a criança com TEA pode ser que se beneficie muito de algo da integração sensorial, ao passo que outra vai se beneficiar muito de algo do ABA, e eu preciso ter um pouco de cada para eu poder passar, mas ali na prática, não são nenhuma dessas que nós utilizamos, porque utilizamos a atenção psicossocial.

Classe 4 (20,6%): Terapia Ocupacional: história, definição e constituição no campo

Na classe 4, na qual está presente a maior parte dos segmentos de texto desse *corpus* – 20,6% –, observa-se que a temática esteve relacionada às bases da profissão Terapia Ocupacional, isto é, sua história, seus fundamentos, sua definição e constituição no campo. Foi observado, aqui, que os participantes ressaltaram a amplitude da profissão e a dificuldade de pensar em uma única forma de defini-la ou caracterizá-la, conforme evidenciam os segmentos de texto a seguir.

Eu fiquei pensando que é uma discussão até de fundamentos o quanto que é difícil definir a Terapia Ocupacional, e nós acabamos falando das Terapias Ocupacionais.

Nós falamos de um universo que é tão amplo da Terapia Ocupacional, com N interfaces, com muitos campos possíveis, e que fica difícil voltar para uma única definição.

Temos alguns conceitos chave para a nossa profissão, para a nossa prática, e o quanto que fica difícil definir um único conceito.

A primeira coisa que me veio na cabeça, a primeira disciplina que eu tive na faculdade, o que é a Terapia Ocupacional, nós vemos isso desde o início, passamos a faculdade inteira estudando isso, porque realmente não tem uma definição única, é sempre bem amplo.

Os participantes também foram dizendo sobre as dificuldades em relação a definir a Terapia Ocupacional para os outros profissionais do campo, e sobre esta ser uma necessidade recorrente na vida profissional.

Eu até fui chamada para uma reunião de equipe essa semana para apresentar para novos profissionais que entraram, e eu pensei, vai eu explicar o que é Terapia Ocupacional novamente, nós morremos explicando o que é Terapia Ocupacional.

Outra dificuldade trazida nos relatos dos participantes dizia respeito ao posicionamento e constituição da profissão nos diferentes campos, ou seja, não é apenas necessário definir a Terapia Ocupacional, mas também o que o terapeuta ocupacional faz, como faz e porque o faz.

A primeira luta foi mostrar para a equipe o que era Terapia Ocupacional, para que que servia, para que eu estava ali, para que eu poderia contribuir.

Todo mundo pergunta, o que a Terapia Ocupacional faz mesmo? E quando nós falamos, baseadas na nossa história como TO, as pessoas falam, nossa, mas faz isso tudo?

Então ia fazendo reuniões para explicar o que era Terapia Ocupacional, para explicar as possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional, e foi sendo possível.

Umás coisas muito básicas, que hoje para mim são engraçadas, mas que naquele momento eu tinha que ficar discursando, eu não sou isso, mas existem coisas que eu vou fazer, porque eu vou fazer com outros objetivos e que também são nossos.

Nesta classe, como na classe 3, foram encontrados segmentos de texto que evidenciaram algumas dificuldades de os profissionais TOs conseguirem se encontrar enquanto TOs em alguns dispositivos, devido às premissas de seu funcionamento, conforme citado abaixo.

Porque a impressão que eu tenho é que é todo mundo técnico de saúde mental e todo mundo faz a mesma coisa, e é difícil nós nos encontrarmos enquanto TO ali dentro das nossas especificidades.

Qual que é o papel da Terapia Ocupacional, onde que começa uma profissão, onde que acaba a outra.

[O NASF] já vem com essa função de buscar o seu espaço e trazer um olhar diferenciado dessa lógica do encaminhamento. A Terapia Ocupacional, dentro desse lugar então, é mais difícil ainda.

Entretanto, os relatos aqui parecem caminhar para um exercício dos profissionais em tentarem enxergar, dentro dos serviços, estratégias e possibilidades para se assegurarem de seus lugares de terapeutas ocupacionais, ainda que a atuação fosse transdisciplinar.

Então quando eram essas vivências [passeios], e nós estávamos lá com eles vivendo aquilo, apresentando aquilo, experimentando aquilo, eu via muito a vida ali naquele espaço, e mesmo estando nesse lugar mais duro, mais difícil que era para mim, eu conseguia sentir que eu vivenciava Terapia Ocupacional ali com eles.

Eu atendia sim como todos, tinha referência técnica também, mas havia uma liberdade de que eu pudesse me colocar ali nas discussões de caso e dizer, nesse caso eu posso fazer uns atendimentos individuais e prosseguir de forma x, e isso coletivamente decidido, mas que eu conseguia desenvolver algumas coisas assim. E eu me sentia mais TO atuando, vamos dizer assim.

Foi possível observar, nos relatos dos participantes, que os mesmos fazem o resgate de aspectos teóricos presentes na formação em Terapia Ocupacional e os relacionam com a prática, como forma de embasamento para sua atuação no campo.

Então eu vejo o TO como um grande facilitador, muito nessa base humanística que também vem da Nise da Silveira⁹, do Rui Chamone¹⁰, minha formação também foi essa.

⁹ Psiquiatra brasileira, nascida em 1905 e falecida em 1999. A partir da abordagem psicanalista junguiana, revolucionou o tratamento em psiquiatria no Brasil, mostrando-se contrária às práticas violentas e propondo práticas humanizadas e artísticas. Criou o Setor de Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Engenho de Dentro, no município do Rio de Janeiro, no ano de 1946.

¹⁰ Terapeuta ocupacional brasileiro, nascido em 1941 e falecido em 1993. Acumulou vasta experiência clínica, didática e política ao longo de sua vida. Criou o método de Psicoterapia Ocupacional e o Grupo GesTO, o qual atualmente é composto por terapeutas ocupacionais e outros profissionais interessados em estudar, pesquisar e divulgar o uso de atividades como recurso terapêutico na reabilitação de pessoas.

Mas não podemos esquecer que o que estamos fazendo ali é terapia, então ela tem objetivos terapêuticos, ocupacionais e tal, mas a princípio, aquilo que traz qualidade de vida é terapêutico.

E nós nos esquecemos, e eu sou fruto dessa alavancada, se esqueceu desses primórdios do que é a nossa profissão, por isso que quando você sai para passear com um paciente você se sente muito TO.

Ainda em relação aos aspectos teóricos resgatados na formação do terapeuta ocupacional, ressalta-se a análise de atividades como um ponto de especificidade da profissão.

Nós sempre estamos olhando para aquele negócio, para aquela ação, de vários, por vários ângulos, porque fomos preparadas para isso.

Mas se você for olhar no nosso currículo, ele está ali e você não vê isso. Nós temos psicologia do desenvolvimento, que é comum, tem cinesiologia, tem coisas que são comuns, que conversam com outras áreas, mas isso [análise de atividade] é da Terapia Ocupacional, ninguém mais tem.

Outros pontos de especificidade trazidos pelos participantes indicam que o terapeuta ocupacional contribui trazendo um olhar diferenciado para as equipes, ampliando a forma específica e simplista como os sujeitos são olhados.

A Terapia Ocupacional vem meio nesse movimento assim dentro de uma equipe, trazer esse olhar do diferente, não específico.

Mas eu acho que nós vamos colaborando dentro dessa equipe para trazer esse olhar mais ampliado, pensar no contexto, sair do checklist de sintomas e trazer mais a discussão para como que é o contexto dessa família.

Também trouxeram que o terapeuta ocupacional tem importante papel na ampliação das possibilidades e dos espaços de atuação, que atua conversando com outras áreas, outros serviços e com a comunidade.

Isso foi um ponto, e depois veio um outro que era a importância do TO na equipe, que veio também um ponto de especificidade por ser aquele profissional que justamente consegue transferir o olhar do para fora do serviço.

Mas o TO me parece, e assim eu percebo, tem um domínio de conhecimento, enfim, de formação, que ele consegue tirar daquilo do institucional, do ficar ali para conseguir ir para fora.

Acho que um papel da Terapia Ocupacional também, nós conversamos muito com as ações da comunidade, mais até que outros profissionais, pelo menos com adolescentes, com esse público, eu sempre vi muito isso forte.

Mas eu me vejo fazendo muito contato com outros serviços, mediando muitas coisas, dando respaldo para outros serviços fazerem determinadas ações inclusive.

Os participantes sinalizaram um hiato entre as discussões teóricas e acadêmicas, e aquelas realizadas na prática e no campo.

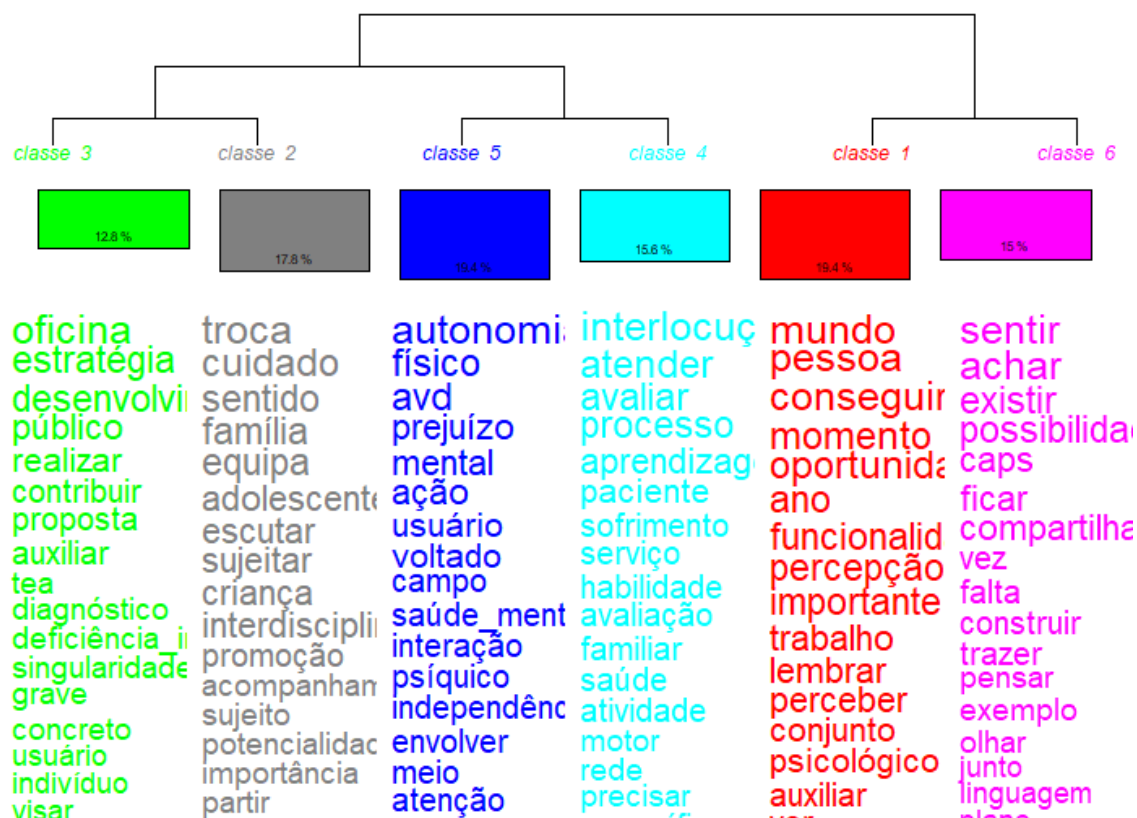
Temos um certo distanciamento entre a nossa prática profissional e os aportes teóricos, porque por exemplo, essa discussão conceitual, para quem está lá na prática, os termos são muito usados como sinônimos.

4.4 Resultados da Fase 1 (questões abertas dos questionários) com os participantes não terapeutas ocupacionais

A Figura 15 apresenta o dendrograma resultante da análise de Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* “NÃO TOs – Fase 1”. A retenção de segmentos de texto do referido *corpus* foi de 89,11%. Neste dendrograma, observa-se que, em um primeiro momento, o *corpus* “NÃO TOs – Fase 1” foi dividido (1ª partição) em dois *sub-corpora*. Com o estudo analítico do material, foi possível concluir que, no *sub-corpus* da esquerda, a luz foi direcionada para a profissão Terapia Ocupacional, enquanto que no *sub-corpus* da direita, o enfoque esteve no trabalho em equipe.

O dendrograma mostra que o *sub-corpus* da esquerda foi redividido, sendo que cada partição passou por um terceiro processo de divisão. Assim, originaram-se as classes 2 e 3 em uma subpartição, e as classes 4 e 5 em outra subpartição. O outro *sub-corpus* (à direita) também foi novamente dividido, originando as classes 1 e 6.

Figura 15 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* “NÃO TOs – Fase 1”.



Fonte: Iramuteq®.

A leitura e a análise aprofundadas do material que compõe o referido *corpus*, considerando os segmentos de textos onde as formas ativas estavam inseridas em cada classe, permitiram compreender que as classes 1, 2 e 6 diziam respeito ao trabalho e à interação da Terapia Ocupacional junto às equipes multiprofissionais. Nestas classes, os participantes trouxeram suas experiências e opiniões sobre a construção coletiva com o profissional TO e o modo como localizavam as especificidades da profissão dentro de uma clínica de compartilhamento de saberes.

Nas três classes, foram ressaltadas a importância da Terapia Ocupacional na composição e no trabalho da equipe. Entretanto, na classe 2, o enfoque está na profissão Terapia Ocupacional, enquanto nas classes 1 e 6, o enfoque está na parceria e no compartilhamento de saberes. Assim, como supracitado, as classes 1 e 6, respectivamente nomeadas como “Classe 1: Experiências e percepções sobre o trabalho conjunto com a Terapia Ocupacional” e “Classe 6: Conhecimento compartilhado e ampliação de possibilidades”, originaram-se de uma mesma subpartição, à direita.

A classe 2, por sua vez, originou-se da mesma subpartição que originou a classe 3. Observa-se, aqui, a narrativa sobre como se dá, na prática, o cuidado da Terapia Ocupacional no referido campo, junto à equipe e aos atendidos. As classes 2 e 3 foram respectivamente nomeadas como: “Classe 2: A Terapia Ocupacional, o cuidado integral e as trocas em equipes

interdisciplinares” e “Classe 3: Propostas e estratégias concretas da Terapia Ocupacional junto ao público atendido”.

Por fim, a análise do material permitiu inferir que a subpartição que aparece no centro do dendrograma, com as classes 4 e 5, versa sobre as características e ações específicas que direcionam a atuação da Terapia Ocupacional no campo. As classes 4 e 5 foram respectivamente nomeadas como: “Classe 4: Especificidades da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental” e “Classe 5: Terapia Ocupacional, autonomia e reabilitação física e psicossocial”.

A seguir, serão apresentadas as análises específicas de cada classe que compõe o referido *corpus*.

Classe 1 (19,4%): Experiências e percepções sobre o trabalho conjunto com a Terapia Ocupacional

Na classe 1 do presente *corpus* foram encontrados 19,4% dos segmentos de texto. Nesta classe, foi possível identificar que os participantes trouxeram suas percepções sobre as experiências de trabalho em conjunto com o terapeuta ocupacional, ressaltando a importância deste profissional e de tudo o que ele consegue fazer no campo.

As formas ativas “mundo”, “pessoa” e “conseguir”, que aparecem nos três primeiros lugares de destaque nesta classe, apontam para a importância do trabalho da Terapia Ocupacional em conseguir intervir diretamente na relação e na interação da pessoa com o mundo, o que fica evidenciado nos segmentos de texto abaixo, que apresentam a sequência de um relato e contêm as três formas ativas.

Eu vejo o trabalho do TO dentro da saúde mental infantojuvenil como um profissional que consegue auxiliar a pessoa e ter um trabalho com efeito terapêutico dentro do fazer, e não necessariamente relacionado a material, à atividade em si.

Mas [relacionado] à questão da funcionalidade, do envolvimento dessa pessoa dentro do contexto que ela está vivenciando, da forma que ela interage, estabelece as relações e age no mundo.

O TO nos auxilia a auxiliar essa pessoa a se desenvolver nesse nível, dentro dessa relação com o mundo que a envolve, e que ela acaba interagindo.

A forma ativa “mundo” esteve também associada à forma ativa “funcionalidade”, indicando estreita relação entre a forma que o sujeito se relaciona com o mundo e o quanto funcional ele é. Os segmentos de texto abaixo indicam essa relação.

Quando eu tenho pacientes com demandas direcionadas a esse fazer, a essa dificuldade na interação com o meio, eu tenho muita ajuda de profissionais da Terapia Ocupacional e trabalhamos de maneira integrada. O paciente responde muito quando eu tenho essas questões de funcionalidade, de interação com o mundo.

Partindo do princípio que seu diagnóstico não é um limitador e não define essa pessoa e sim a forma como ela está no mundo. É o profissional que tem um olhar mais técnico para a funcionalidade do indivíduo.

Os segmentos de texto abaixo ilustram algumas situações nas quais a intervenção do terapeuta ocupacional colaborou para que crianças e adolescentes se relacionassem melhor consigo mesmas e com o mundo que as cercava.

Me lembro de um caso de um adolescente com cerca de 15 anos diabético tipo I, que já estava cansado do tratamento, pois o fazia desde criança e foi acompanhado pelo TO, percebi o quanto que ele mudou a sua relação com a doença após as intervenções da profissional.

Nas situações onde a percepção da afinidade e da empatia do TO é percebida e de acordo com a sensibilidade do caso. Observei a criação de trabalhos e habilidades que de uma certa forma gerou renda, elevou autoestima e fez os pacientes se sentirem importantes e criativos.

Pude ver o brilho nos olhos deles ao receberem os elogios. Antes do TO talvez isso não tivesse acontecido.

Acolhemos uma criança com 4 anos, por questões burocráticas ficou separada da família por muitos anos e o TO foi uma peça muito importante de elo entre a criança e os serviços e no futuro a família. Hoje ela está com 20 anos e muita autonomia.

Num atendimento coletivo em um CAPSij com crianças com TEA na faixa de 8 a 12 anos percebi a especificidade do olhar da TO para uma das crianças que tinha bastante dificuldade no momento de lanchar, investindo uma atenção maior a ela a partir daquele momento.

Uma menina de 15 anos que não sabia nem ler nem escrever. A TO usou recursos da Terapia Ocupacional para que essa menina pudesse aprender a usar dinheiro e também trabalharam habilidades para ela conseguir um emprego mesmo com tais dificuldades.

Foi observado, nesta classe, diversos relatos que evidenciam a importante parceria no campo entre a Terapia Ocupacional e outras profissões, como a Psicologia e a Fonoaudiologia.

Na minha experiência de saúde mental como psicóloga, a TO é parceira inseparável na abordagem psicológica, são complementares.

Entendemos a necessidade do limite, as dificuldades corporais, de reflexão, de compreensão dessas pessoas [com personalidade histriônica], e aí foi feito um trabalho em grupo com a TO e, logo após o grupo, havia o atendimento da psicologia.

Nos grupos também, já tive muitas experiências em grupo de ir para a comunidade, eu enquanto psicóloga e a TO, de fazer avaliações conjuntas, de olhar para a criança conjuntamente, para o adolescente, propor atividades.

Trabalho importante demais pois o autista começará a interagir a partir de um bom trabalho da Terapia Ocupacional e fonoaudiologia.

Caso com uma adolescente de 16 anos, identidade de gênero. Trabalhamos em conjunto, com minha experiência na área das práticas integrativas e a TO com técnicas dinâmicas e muito sensíveis conduzindo a paciente ao encontro de sua identidade.

As experiências de trabalho conjunto citadas ocorriam tanto na atenção básica quanto na especializada, conforme explicita o segmento de texto abaixo.

Eu passei depois pela atenção básica e NASF, e lá tinha um trabalho muito conjunto com TO que era importante, e no CAPS, um trabalho muito conjunto e muito importante também ocorria.

Nesse sentido, foi sinalizado que a atuação do terapeuta ocupacional muitas vezes acaba por auxiliar a dos outros profissionais.

Vejo mais a diferença no momento da discussão, quando ela consegue fazer pensar intervenções que percebo serem específicas da sua formação. E, de certa forma, ajuda para eu também pensar nisso em uma próxima vez.

Então percebemos que esse acompanhamento conjunto, em que elas iam para a Terapia Ocupacional, participavam do grupo de expressão corporal, e depois iam para o atendimento psicológico, auxiliava muito o trabalho, conseguia quebrar muitas defesas, resistências.

Conseguia auxiliar essa pessoa de uma outra forma, melhorava os sintomas, a percepção dela sobre ela, e isso para mim era um ganho muito grande, então esse trabalho sempre foi muito importante de ser feito conjuntamente.

Os segmentos de texto acima destacam a importância da Terapia Ocupacional no que diz respeito às possibilidades de expressão não verbal, sendo isto também ressaltado nos segmentos de texto abaixo.

Tive a oportunidade de ver uma profissional da Terapia Ocupacional através do lúdico compreender a dinâmica familiar, entendendo o paciente como sintoma de um ambiente familiar disfuncional, acolhendo e ouvindo o que aquele desenho dizia, dialogando com o paciente a partir do que ele expressou.

Quando o paciente necessita de empoderamento. Nesta idade, e com conflitos internos os quais não consegue expressar, se comunicar, está sem percepção, bem como sua motricidade. Como trabalho com TOs, eles estariam em tudo.

Nesse sentido, os participantes parecem identificar que todos os aspectos do desenvolvimento infantojuvenil são importantes aos olhos do terapeuta ocupacional.

É um profissional da saúde muito importante no desenvolvimento motor, psicológico e social da criança, uma vez que permite iniciar novas percepções de mundo, sociabilização com o terapeuta e outras crianças, e questionamentos sobre certas atitudes.

A meu ver, os TOs propõem atividades específicas que auxiliam no tratamento de usuários com distúrbios físicos, psicológicos e sociais.

Classe 6 (15%): Conhecimento compartilhado e ampliação de possibilidades

Na classe 6, na qual se encontram 15% dos segmentos de texto deste *corpus*, foi possível identificar que os relatos apontam para o compartilhamento do conhecimento e do trabalho nas equipes como uma forma de ampliação das possibilidades de atuação junto aos usuários, sendo que o olhar específico do terapeuta ocupacional soma a este processo, potencializando a intervenção da equipe.

Mas, sem dúvidas, há um olhar específico que, na construção de um trabalho coletivo, é compartilhado e ampliado, potencializando as possibilidades de ações e intervenções da equipe.

O segmento de texto abaixo traz um relato sobre o modo como a atuação do terapeuta ocupacional contribui com a atuação de outros profissionais – no caso, o fonoaudiólogo – na prática clínica no campo.

O que observo na prática é que o trabalho com a linguagem, por exemplo, dentre os tantos outros, é imensamente mais potente compartilhado com o plural que a Terapia Ocupacional pode trazer do que o que eu faria individualmente dentro da fonoaudiologia.

No relato abaixo, por sua vez, o profissional da Psicologia reflete sobre o modo como visualiza a contribuição e o diferencial da Terapia Ocupacional em relação à sua própria atuação no campo.

Eu entendo o TO com um saber e um conhecimento muito maior em termos de funcionalidade, de desenvolvimento maturacional, de desenvolvimento da criança do

que eu enquanto psicóloga, e construímos juntos um novo saber sobre o desenvolvimento.

De forma mais genérica, foi possível identificar um destaque para a contribuição do terapeuta ocupacional em olhar e atuar de forma ampliada, aprofundada, inovadora e diferenciada junto à equipe.

Eu acho difícil fazer definições por categoria profissional. Nas equipes com que trabalhei, as profissionais da Terapia Ocupacional sempre estiveram em muita parceria. O que me chama atenção, pensando no trabalho de todas elas com quem convivi e trabalhei, é a possibilidade de olhar além.

Às vezes a equipe está com muita dificuldade no manejo, com diversas abordagens já tentadas e as colegas TOs em geral costumavam trazer a terceira opção.

Por mais que eu pensasse na Psicologia mais comportamental, ela também ia pensar um pouco nesse sujeito fazendo, mas o TO trabalha numa forma de construção conjunta e tem um olhar mais amplo para essas capacidades que o indivíduo traz e essas possibilidades do fazer diferenciado.

Difícilmente outro profissional agiria com a mesma profundidade nas percepções e ações.

Também foi observada uma tendência a considerar que não existem ações específicas de um terapeuta ocupacional no campo, mas que tem contribuições que o terapeuta ocupacional tem mais expertise em trazer à coletividade.

Não considero que o TO tenha uma responsabilidade específica, já que nos propomos a ter equipes com relações horizontalizadas, mas acho que há contribuições para se pensar o caso, construir o PTS, que só o TO é capaz de fazer.

Existem atividades em que o TO tem mais conhecimento, embasamento e experiência, mas não que outros profissionais necessariamente não possam compartilhar.

Em um trabalho multidisciplinar todos trocamos, somamos e temos capacidade de obter manejos, mas existe o profissional TO que estuda e se especializa e valida seu trabalho, logo, ele tem um maior argumento, segurança e manejo em seu olhar e condutas.

Os segmentos de texto abaixo sinalizam que os profissionais sentem falta quando há a ausência do terapeuta ocupacional em uma equipe. Isto foi ressaltado especialmente no campo das políticas socioassistenciais.

Isso me angustiava porque eu sempre sentia a necessidade do saber do outro. Eu tive esse conhecimento compartilhado com muitos TO e eu achava muito importante aquilo ocorrer.

Propor possibilidades e intervir de uma forma muito mais completa. Então tenho muitas experiências que foram realizadas conjuntamente. Sinto falta, desde que eu entrei na assistência social, de ter esse olhar.

Eu acompanhava adolescentes, por exemplo, menores infratores durante determinado tempo no CREAS e eu sentia muita falta de um TO dentro das políticas socioassistenciais.

Às vezes, nós [psicólogas] ficávamos muito no plano do pensar sobre, do refletir, e eu precisava partir para o plano do fazer e do fazer construído conjuntamente, então eu sentia essa necessidade.

Eu senti realmente muita falta de ter esse profissional dentro do trabalho socioassistencial quando eu estava lá, então eu acho isso muito importante.

Os CAPS foram reconhecidos enquanto espaços de compartilhamento de saberes e construção coletiva.

Dentro do caps, o nosso olhar sempre foi muito conjunto e compartilhado. Eu vivenciei no CAPS I os atendimentos infantis e adolescentes junto com uma colega TO e isso ocorria diariamente.

Os cuidados no caps são compartilhados e construídos em equipe, porém toda profissão tem especificidades.

Destacam-se, neste caso, as possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional junto à primeira infância.

Quando vi alguns atuando também com o corpo fiquei encantada com as possibilidades da atuação dos profissionais. Atuação na primeira infância porque é uma fase super negligenciada no caps que trabalho. Ninguém sabe exatamente o que fazer com as crianças com atraso no desenvolvimento nesta idade.

Acho que existe um certo tipo de reabilitação para as crianças de 0 a 3 anos que alguns profissionais de Terapia Ocupacional exercem muito bem e é bem específico da área, porém alguns não se identificam com essa atuação ou acham que o caps não é o local para este tipo de atuação.

Classe 2 (17,8%): A Terapia Ocupacional, o cuidado integral e as trocas em equipes interdisciplinares

Na classe 2, onde se encontram 17,8% dos segmentos de texto deste *corpus*, foi possível identificar centralidade na temática das trocas de saberes ocorridas em equipes, sendo que a forma ativa “troca” apareceu em primeiro lugar nesta classe.

Todos os casos, pois a equipe multidisciplinar trabalha em conjunto e a troca de saberes é responsável pelo bom trabalho desenvolvido.

Tornou-se evidente, aqui, a importância não só das trocas em equipe, como também da presença do profissional terapeuta ocupacional nessas trocas e no trabalho desenvolvido pela equipe.

Aprendi e aprendo muito nas trocas com TOs tanto na equipe atual quanto no decorrer da minha história profissional.

Acredito na potência do trabalho em equipe transdisciplinar, nas trocas de saberes e construção de cuidados mais integrais partindo desse princípio norteador, nos quais a participação de um TO se faz fundamental e potencializadora.

Penso que todos os casos que necessitam de acompanhamento do CAPSij deveriam receber apoio da equipe como um todo, um olhar mais sistêmico para suas necessidades, sendo fundamental o olhar do TO.

Conforme os segmentos de texto acima elencados já sinalizam, e os abaixo apresentados reforçam, foi identificada, nesta classe, uma tendência a considerar que não há casos ou ações específicos que necessitam da intervenção do terapeuta ocupacional, mas, sim, que todos se beneficiam da referida intervenção.

Entendendo que o TO atua diretamente nas AVDs e habilidades sociais, todo caso se beneficia com o olhar mais apurado desse profissional. Por isso acontecem as discussões e as trocas entre a equipe.

Não tem casos específicos, já que o fazer e a atividade fazem parte da constituição de todos, mas que crianças e adolescente com deficiência intelectual, retraimento importante, dificuldade na socialização, possam se beneficiar bastante desse acompanhamento.

Também foi possível identificar, nos segmentos de texto que compõem este *corpus*, que a Terapia Ocupacional é profissão citada no que diz respeito à promoção de um cuidado ampliado e integral para o sujeito e sua família, e que isso soma consideravelmente ao trabalho em equipe.

Visto que a formação em Terapia Ocupacional possibilita o cuidado ampliado, nos diversos âmbitos, setores, casos e serviços, um TO pode atuar em todos os casos. É mais comum solicitarem a intervenção de um TO em situações relacionadas à rotina e autonomia. Grupos de culinária, brincadeiras, artes.

Visão ampliada e integral da saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, olhar para rotina e atividades diárias, autonomia, pertencimento. Compartilhar e discutir casos e serviços em equipe interdisciplinar.

A Terapia Ocupacional ocupa um lugar de amplitude no cuidado do sujeito com o conhecimento específico de sua área, o que agrega um cuidado à clínica ampliada, para uma equipe multiprofissional no cuidado dos usuários, o que não determina uma terapêutica de especialidade à criança ou adolescente.

Foi dado destaque, nesta classe, para a importância da escuta e do acolhimento do terapeuta ocupacional atuante no campo da saúde mental infantojuvenil.

[O trabalho da Terapia Ocupacional é] De grande importância. A saúde mental da criança e do adolescente é muito fragilizada, principalmente em situação de acolhimento [institucional] e o profissional faz um trabalho relevante neste sentido, garantindo acolhimento, escuta, parceria, motivação e cuidado.

Embora compreenda que a especialidade englobe uma vasta gama de acompanhamento, com escuta qualificada e possibilidade de intervenção com toda a demanda de cuidado e demandas advindas das questões psicossociais dos sujeitos.

Faz toda diferença o profissional de Terapia Ocupacional compondo uma equipe e intervindo nas dificuldades das práticas cotidianas a partir de cada caso, assim como a escuta sensível e o acolhimento ao sofrimento.

O trabalho de Terapia Ocupacional, para mim, vai além da terapêutica de promoção de melhorias na execução de AVD dos usuários, como acompanhamento e fortalecimento do protagonismo dos mesmos, aumento da condição de circulação através do laço social, escuta qualificada e cuidado em liberdade.

O último segmento de texto elencado acima versa sobre a atuação do terapeuta ocupacional no estímulo à participação ativa do indivíduo em tudo o que diz respeito à sua própria vida. Foi possível observar que, nesta classe, são ressaltados os benefícios da Terapia Ocupacional na identificação de potencialidades e na promoção de qualidade de vida e autonomia no cotidiano dos sujeitos, conforme explicitam os segmentos de texto abaixo.

O profissional também identifica fragilidades e potencialidades, junto com o sujeito e sua rede de suporte, família, amigos, serviços, para a partir disso elaborarem PTS que o inclua socialmente e que faça sentido para o sujeito.

Promoção de autonomia e ressignificação do protagonismo dos sujeitos, familiares e demais atores do cuidado da criança e adolescente, com terapias, orientações e projetos.

Tem o papel dentro da equipe multidisciplinar e com o assistido de olhar a criança e adolescente como um ser funcional, com potencialidades que precisam ser vistas e lapidadas, para que ele tenha autonomia.

A importância desses profissionais na promoção de saúde e qualidade de vida a partir de intervenções nas dificuldades da vida cotidiana.

Em todas as práticas é essencial a atuação da Terapia Ocupacional. Implica em um cuidado para que o sujeito desenvolva seu potencial de vida, trabalhando para que ele possa ter uma melhor qualidade de vida, seja pela escuta, criatividade, execução de atividades cotidianas.

Não sei se consigo caracterizar o que é o trabalho da Terapia Ocupacional, mas vejo como aquele profissional que nos ajuda a pensar nas questões de autonomia da criança e adolescente para as AVDs, que traz uma expertise quanto ao campo da reabilitação, incluindo a reabilitação psicossocial.

Nesta classe, foi ressaltado que a intervenção do terapeuta ocupacional se dá a partir do cotidiano de cada indivíduo.

Se caracteriza como o profissional que atua a partir das situações cotidianas do sujeito, de suas demandas e necessidades, respeitando seu contexto cultural e social.

Classe 3 (12,8%): Propostas e estratégias concretas da Terapia Ocupacional junto ao público atendido

Na classe 3 do presente *corpus*, onde se encontram 12,8% dos segmentos de texto, foi possível compreender que os participantes trouxeram relatos sobre como visualizam concretamente o trabalho da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. A participação do terapeuta ocupacional em oficinas foi ressaltada, sendo a forma ativa “oficina” aparecendo em primeiro lugar nesta classe.

Quando estava na gerência do CAPSad, a TO junto com a professora de artes trabalhou com uma oficina de mosaico, o que ajudou muito os usuários a reconstruírem caminhos na sua vida.

Paciente com muita agressividade, melhorou seu quadro após desenvolvimento de comunicação e linguagem nos grupos e oficinas.

Foram ressaltadas, nesta classe, as estratégias da Terapia Ocupacional na atuação no campo. A forma ativa “estratégia” aparece em segundo lugar nesta classe, associada a outras formas ativas também presentes nesta classe, como “contribuir” (5º lugar nesta classe), “auxiliar” (7º lugar nesta classe), “concreto” (13º lugar nesta classe) e “cotidiano” (18º lugar nesta classe). Os segmentos de texto que confirmam esta observação serão apresentados ao longo desta explanação, conforme as temáticas forem sendo elencadas.

Foi observado, nesta classe, que o terapeuta ocupacional é citado enquanto profissional que contribui com as equipes no trabalho realizado no campo, especialmente nas demandas relacionadas ao desenvolvimento infantojuvenil, às situações de vulnerabilidades, contribuindo na definição de diagnósticos e encaminhamentos.

A Terapia Ocupacional integra a equipe multidisciplinar, contribuindo através de sua especificidade com estratégias que visem a reabilitação de usuários em vulnerabilidade psicossocial. O TO pode contribuir e auxiliar com estratégias de sua especificidade, mas em uma proposta integrada com uma equipe multidisciplinar.

O TO também é um conhecedor profundo de aspectos do desenvolvimento psicomotor, psíquico, de síndromes, estados confucionais, psicopatias e outros, contribuindo com equipes para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas, o que se reflete essencial na equipe multidisciplinar.

[Contribui] Nos casos em que há questões motoras e dúvidas no estabelecimento de um diagnóstico para auxiliar no tratamento dentro ou até fora, a partir do encaminhamento.

Esta contribuição se dá por conta de o terapeuta ocupacional ser o profissional que tem o olhar, ao mesmo tempo, amplo para a totalidade do indivíduo e focado nas singularidades de cada caso.

A porta de acesso mais fácil e segura para este público, devido a seu leque do ser integral.

Olhar a totalidade dos usuários atendidos, compreendendo as AVDs e visando um atendimento pautado nas ocupações destes, construindo junto com os usuários estratégias de cuidado pautadas no cotidiano.

Seja nas AVDs ou no desenvolvimento cognitivo e funcional, mas o TO é capaz de trazer um olhar mais amplo e contextualizado com a realidade de cada indivíduo na hora de propor tais intervenções.

Uma proposta de um agir a partir de uma atividade mais estruturada com objetivo de olhar para a singularidade e subjetividade do indivíduo. Atividades estruturadas através de objetos da cultura, atividades com brinquedos, em que a profissional auxiliava a criança a realizar a atividade, com uma proposta mais pedagógica.

Penso que o TO é um ótimo profissional na avaliação e na proposta de atividades diversas para usuários com TEA, sempre valorizando a singularidade do caso e estimulando a autonomia do usuário.

Considerando que o terapeuta ocupacional compreende e considera o desenvolvimento global dos indivíduos, foi citado que ele é um profissional que contribui em todas as atividades de um serviço de atenção psicossocial infantojuvenil.

De extrema importância, fundamental. Atividades específicas de oficinas que venham a contribuir com o desenvolvimento neuropsicomotor, oficinas, acompanhamento terapêutico. Em todas as atividades do CAPS é importante a sua contribuição.

Entretanto, foi ressaltada a atuação da Terapia Ocupacional em alguns casos específicos. São eles: TEA, deficiência intelectual e uso de substâncias psicoativas (todas estas formas ativas presentes nesta classe). Os participantes relataram que o terapeuta ocupacional contribui nestes casos porque os mesmos demandam intervenções que focalizem o desenvolvimento, as AVDs, a ampliação da autonomia, estruturação da rotina e desenvolvimento de habilidades. Os segmentos de texto abaixo evidenciam esta percepção.

Percebo uma maior procura pela especialidade em Terapia Ocupacional em crianças com atraso no desenvolvimento e diagnóstico de TEA ou alteração global do desenvolvimento, majoritariamente.

Casos de TEA e TOD, por ser um público que demanda uma atenção aproximada para propor instruções que fortaleçam o desenvolvimento.

Casos de TOD, TEA e público em uso de SPA, pois o profissional pode proporcionar atividades e reflexões que levem o usuário à construção e reconstrução de perspectivas e auxiliando no desenvolvimento.

Um paciente com TEA e com deficiência intelectual, a TO realizou uma intervenção na esfera social, onde ele teve mais autonomia para realizar as AVDs, como escovar os dentes sozinho e até mesmo ir à padaria comprar pães.

Mas muito necessária em casos para pensar cotidiano, as AVDs, com estratégias concretas de cuidado. Por exemplo, uma usuária que sou referência técnica num CAPSij, a usuária tem deficiência intelectual e sempre tem situações de crise no SAICA que está acolhida.

Auxiliar na aquisição e treinamento de habilidades para AVDs em crianças com transtornos do desenvolvimento ou deficiência intelectual e também no uso de aparelhos que facilitem a mobilidade de crianças e adolescentes com deficiência.

Fundamental para o desenvolvimento e organização do indivíduo. Habilidade no desenvolvimento, principalmente com a rotina no TEA e uso de SPA. No trabalho que a Terapia Ocupacional realiza com as crianças pequenas, consigo ver o desenvolvimento.

Também foi ressaltada a atuação do terapeuta ocupacional nos casos graves e com pouca evolução com outras intervenções terapêuticas.

Atuação com público infantil e pacientes graves, com psicose, TEA, quando há dificuldade em pensar atividades mais concretas e sensoriais para os indivíduos.

O TO está atento a movimentos corporais, discursos, articulações de palavras, fases do desenvolvimento. Ele busca inúmeras estratégias para auxiliar o paciente no desenvolvimento. Casos graves em que foram feitas tentativas terapêuticas sem êxito significativo em oficinas, convivências e outros.

Nesta classe, foi possível compreender que as estratégias de intervenção do terapeuta ocupacional estão voltadas para o cotidiano dos indivíduos.

Um olhar sobre o cotidiano do usuário. Integração sensorial, psicomotricidade fina, casos em que a modulação sensorial está comprometida, casos em que o cotidiano está empobrecido, para composição de oficinas terapêuticas.

Desenvolvimento de atividades ocupacionais e cognitivas, no cotidiano, sempre tem a atuação do profissional de Terapia Ocupacional. Os usuários contam com a Terapia Ocupacional para desenvolvimento das atividades do cotidiano para aqueles que apresentam dificuldades nas tarefas.

Classe 4 (15,6%): Especificidades da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental

A análise dos segmentos de texto que compõem a classe 4 – a saber, 15,6% deste *corpus* – permitiu compreender que se trata de uma classe onde são ressaltadas as especificidades da profissão Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. Admite-se, aqui, que todas as profissões têm especificidades que as valoram no campo.

Todas as profissões dentro da saúde, da saúde mental, seja na infância ou na vida adulta, têm sim uma responsabilidade específica, e isso é importante, é isso que faz ela ter valor dentro do campo da saúde mental e dos serviços.

“Interlocução” é a forma ativa que aparece em destaque nesta classe. Foi ressaltada, não necessariamente enquanto especificidade da Terapia Ocupacional, mas enquanto ação

comumente realizada por este profissional, a interlocução com outros profissionais da equipe, com a rede, com a escola e com a família.

Casos de interlocução com o campo do trabalho e da reabilitação motora, acho que a TO tem mais facilidade, mas não é algo específico que uma TO deve ou somente ela faça.

A TO atende usuários do serviço de forma individual, em grupos, interage com a escola, familiares no processo de reconstrução das ações, desenvolvimento de suas habilidades, inclusão e reintegração.

Mas também como a saúde se interrelaciona no cuidado de promoção da convivência comunitária, autocuidado, e interlocução com outros serviços para promover direitos das pessoas atendidas.

Não sei especificar exatamente, mas avalio que sim, essa interlocução dentro do serviço de saúde que o paciente ou usuário esteja inserido, no que diz respeito a garantir o apoio nas diferentes atividades cotidianas que a pessoa precisa realizar.

Acompanhei demanda de adolescente que sofria transtornos relacionados à automutilação, a TO acompanhou a questão da escola, da interlocução com a rede, reunião com familiares e serviço, e potencializou o autocuidado da adolescente consigo, fortalecendo nos cuidados necessários para sua rotina e AVDs.

Foi identificado, nesta classe, que a Terapia Ocupacional é profissão citada quando se fala sobre a avaliação de diversos aspectos do desenvolvimento infantojuvenil, como cognitivo, motor, social, escolar, comportamental, emocional e funcional.

Quando o paciente não se permite acessar, quando demonstra dificuldades sociais, escolares e de automutilação, além de uma desorganização de AVD. Todos nesta área deveriam ter a tratativa de um TO.

Avaliação e estimulação de habilidades cognitivo comportamental. Principalmente estimulação infantil. Avaliação cognitiva comportamental e coordenação motora.

Onde ela apresenta uma dificuldade importante, é necessário que tenha as questões sociais atendidas, as questões emocionais, mas as questões funcionais também.

Um trabalho muito potente, que vai bem além de trabalhos manuais. Um atendimento com escuta potente e construção de um relacionamento entre profissional e paciente, avaliação cognitiva e habilidades manuais, coordenação motora fina.

O segmento de texto abaixo indica que a capacidade de o terapeuta ocupacional avaliar o desenvolvimento infantojuvenil como um todo, para além das questões específicas da saúde mental, o faz um profissional importante na organização da rede de serviços.

Síndromes orgânicas que não necessariamente estão associadas ao campo da saúde mental e não precisam necessariamente serem acompanhadas por um CAPSij, ajudando a organizar a rede.

Nesse sentido, foi possível apreender que a atuação sobre os processos de reabilitação, sejam eles motores ou psicossociais, também é algo que demarca a atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Estabelecer diagnósticos de comprometimentos funcionais e atuar na reabilitação. Avaliar de forma específica os comprometimentos funcionais, de relacionamento interpessoal e capacidades do sujeito. Entendo que seria na reabilitação psicossocial e no funcionamento global do sujeito, no diagnóstico de comprometimentos e incapacidades globais do indivíduo.

Principalmente processos de reabilitação e aprendizagem, terapias lúdicas, orientação familiar e atividades funcionais. Atendimentos de crianças com demanda de comportamento diferenciado, avaliação de casos de TEA.

Reinserção de vida para os pacientes. Recursos que chegam perto do paciente na forma da brincadeira, reinserção, AVDs. Atua em todos os campos, com pacientes que ninguém consegue atender, pacientes com necessidades de habilidades para vida social e econômica fora do CAPSij.

Evidenciou-se, nesta classe, também como especificidade da Terapia Ocupacional, a atuação com e por meio de atividades, conforme explicita o segmento de texto a seguir.

Por meio da atividade e o do fazer o TO vai trabalhar os devires, desejos, dificuldades e potencialidades, autonomia de cada indivíduo ou grupo. O TO vai trabalhar com e através da atividade, é isso que torna essa área específica.

O segmento de texto abaixo traz uma comparação sobre a forma que o terapeuta ocupacional se utiliza das atividades, não na tentativa de desmerecer o trabalho dos outros profissionais, mas, sim, de explicitar esta como uma especificidade da profissão.

Por exemplo, um trabalho manual pode ser feito pelo TO e também pelo oficineiro. Mas talvez o oficineiro não tenha o conhecimento necessário para avaliar o paciente de forma mais profunda e subjetiva enquanto ele faz a atividade proposta.

Foi ressaltado, nesta classe, que o terapeuta ocupacional atua de modo a identificar possíveis dificuldades na vida das pessoas e a desenvolver eventuais habilidades e potencialidades, conhecidas ou não por elas.

Casos onde os vínculos familiares e sociais estão prejudicados ou inexistentes, quando o paciente possui dificuldade na capacidade de abstração e precisa partir de algo concreto para auxiliar na mudança.

Trabalho essencial para saúde mental com a capacidade de desenvolver as potencialidades do sujeito em sofrimento no processo de reabilitação da saúde mental.

Minha experiência é em equipe NASF. O TO geralmente é solicitado para avaliação de dificuldades de aprendizagem, com doenças crônicas que têm impacto na saúde mental, adolescentes que buscam auxílio para planos e projetos e com dificuldade de se expressar verbalmente.

Conforme já sinaliza o último segmento de texto apresentado acima, cabe ressaltar, nesta classe, a importância da atuação do terapeuta ocupacional na diminuição do sofrimento psíquico e na forma como este se inter-relaciona com o autocuidado e a rotina dos indivíduos.

Atua no processo de saúde mental, diminuindo o sofrimento dos indivíduos, dentro das complexidades. Atividades para autonomia dos pacientes. Algumas atividades de autonomia, que gere independência ou prática, como educação sexual, aprendizado para higiene básica e outras.

Identificação de problemáticas relativas a atividades de rotina da criança ou adolescente que estejam intensificando o sofrimento dessa criança ou adolescente e diminuindo seu bem estar.

O TO apoia a equipe multidisciplinar com atendimentos e acolhimentos com demanda de saúde mental, orientação familiar, grupos, reabilitação, aprendizagem, reestruturação de rotinas e hábitos, uso de SPA, comportamentos de risco.

Classe 5 (19,4%): Terapia Ocupacional, autonomia e reabilitação física e psicossocial

Na classe 5, foram encontrados 19,4% dos segmentos de texto deste *corpus*. A forma ativa “autonomia”, em primeiro lugar nesta classe, indicou ser esta sua temática central. Ficou evidente, aqui, que o trabalho da Terapia Ocupacional se direciona para a busca de autonomia para os usuários.

É caracterizado pelo desenvolvimento da autonomia do sujeito através de ações práticas do dia a dia.

Nos casos em que são necessários estimulação da interação, planejamento de ações para se atingir autonomia e independência.

O que o TO faz toda a equipe pode fazer, porém a presença do profissional TO na equipe tensiona a direção de trabalho dos PTSs dos usuários na direção da autonomia do sujeito nos seus aspectos mais objetivos, principalmente, nos usuários com comprometimentos motores, físicos e intelectuais.

A caracterização da atuação do TO no campo da saúde mental infantojuvenil propicia a emancipação e autonomia em sua vida quando encontradas dificuldades para a reinserção social ou afazeres de suas AVDs.

Foi observado, conforme já sinalizam os segmentos de texto acima, que a temática da autonomia esteve associada aos possíveis comprometimentos físicos/motores que impactam na independência para a realização das atividades de vida diária da pessoa. Esta observação corrobora o fato de as formas ativas “físico” e “AVD” aparecerem, respectivamente, em segundo e terceiro lugar de destaque nesta classe.

Casos em que o desenvolvimento da autonomia para as questões das AVDs da criança está prejudicado, porque esta é uma especificidade da profissão. Alterações sensoriais, psicomotoras, físicas, ou seja, que envolvam o corpo e capacidades que este já deveria desenvolver e ainda não desenvolveu.

O TO pode promover ações que promovam a autonomia do usuário nas AVDs, devido a sua bagagem teórica.

Trabalhar com as crianças e adolescentes propostas que dão uma maior autonomia aos mesmos nas suas AVDs. Todos somos técnicos em saúde mental, então devemos utilizar nossos conhecimentos específicos para uma atuação mais ampla. Atuação com crianças e adolescentes que não possuem nenhuma autonomia.

Principalmente diante de casos de usuários que apresentem dificuldades motoras na realização de AVD, como alimentação e higiene bucal.

A forma ativa “prejuízo”, que aparece em quarto lugar nesta classe, chama a atenção para o acionamento do terapeuta ocupacional nos casos em que há prejuízo social, na rotina e na realização das atividades de vida diária, especialmente com indivíduos que possuem alterações globais em seu desenvolvimento.

Em casos graves de usuários com TEA e quando há sérios prejuízos na realização de AVDs, pouca ou nenhuma autonomia do usuário.

Não observo uma responsabilidade específica do TO na saúde mental infantojuvenil, mas sei que tem uma expertise em seu fazer. Atuação com usuários com TEA devido a prejuízos na interação social, no brincar, nas AVDs.

A avaliação e a intervenção são mais solicitadas nos casos de transtornos globais do desenvolvimento, quando há um maior prejuízo social e da qualidade de vida.

Tais solicitações ocorrem diante de demandas de usuários que tenham prejuízo na organização de suas rotinas, impactando em seu meio psicossocial.

Neste sentido, o terapeuta ocupacional foi citado enquanto profissional que considera as questões mentais/psíquicas, físicas/motoras, sensoriais e sociais dos usuários, intervindo sobre elas por meio da reabilitação física e psicossocial, vislumbrando autonomia e inclusão.

Se caracteriza por trabalhar a reabilitação da criança, em termos psicomotores, sensoriais, mentais e físicos, visando a ocupação e a partir da ocupação, as AVDs com a maior autonomia possível para a mesma.

Atendimento individual e em grupo dos usuários, com proposição de atividades que desenvolvam autonomia no dia a dia, fortalecendo a interação social e quando envolver limitação física, atividades sensoriais para reabilitação. Atividades voltadas à reabilitação física, limitações de movimentos ou em AVDs.

Todos os casos e ações no campo da saúde mental podem se beneficiar do trabalho do TO. Nas distúrbios sensoriais, na dependência de terceiros para executar tarefas de autocuidado e AVD.

Quando existem usuários que têm algum comprometimento físico, motor, intelectual que demandam a construção de adaptações no dia a dia, a fim de viabilizar a inclusão social. Quando há junto com algum transtorno mental alguma deficiência física, motora ou deficiência intelectual associada.

O TO é um agente facilitador e estimulador da autonomia e da reabilitação psicossocial, promovendo o resgate da identidade, dos vínculos e dos projetos de vida.

A autonomia e a inclusão social também estiveram associadas, nesta classe, à maior qualidade de vida no dia a dia dos indivíduos.

Em proporcionar melhor qualidade de vida e inclusão por meio de execução de tarefas funcionais, ocupações. Todo profissional da saúde na área de atenção psicossocial pode e deve atuar de forma que proporcione vivências inclusivas, proporcionando autonomia e independência para os usuários

Foi ressaltado, nesta classe, que o adoecimento psíquico impacta diretamente na autonomia do público infantojuvenil, sendo este um importante ponto de intervenção para o terapeuta ocupacional.

As ações de um TO cabem em todos os casos e práticas da saúde mental infantojuvenil, as questões de emancipação e autonomia cabem a todos os adolescentes em sofrimento psíquico, sua baixa autoestima o coloca em uma posição de passividade, diminuindo os pontos citados anteriormente.

[O TO] Atua desde o início, pois com as ações tem mais probabilidade de prevenir o isolamento social. Quando o adoecimento começa a comprometer as AVDs.

Foi possível observar, nos relatos dos profissionais, uma valorização de alguns pontos que caracterizam o trabalho do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil e atenção psicossocial. Um desses pontos é a capacidade de promover a organização dos mundos externo e interno do indivíduo. Sugere-se, aqui, que a intervenção sobre os aspectos externos e concretos – como a rotina, as atividades, o comportamento – dos indivíduos, de modo a organizá-los, acaba por promover a organização de seus aspectos internos e abstratos – o psiquismo.

No campo da saúde mental, o TO pode fazer as competências organizacionais, trabalhando questões comportamentais voltadas para limites, processo das rotinas de AVDs, o que dentro da organização comportamental cria uma linha de organização psíquica.

Em questões comportamentais e dificuldades organizacionais, tanto em atividades como psíquicas. Observo dentro da prática o papel de devolução da autonomia e fortalecimento da independência, a reabilitação como propiciadora da liberdade física e mental.

Outro ponto diz sobre a forma persistente, dedicada e minuciosa que o terapeuta ocupacional intervém no campo, buscando avanços, ainda que pouco expressivos, com os usuários e fomentando o compartilhamento em equipe.

O TO é convocado em situações críticas, para análises minuciosas e mais aproximadas, inclusive por meio de inúmeros atendimentos individuais. Dois casos chamam minha atenção, uma criança que apenas grita e chora constantemente e um autista agitado capaz de produzir somente alguns sons vocais guturais.

A ação do TO se demonstrou essencial em ambos os casos. Com paciência e perseverança notáveis, os TOs conviveram em centenas de encontros com os usuários, estabelecendo metas, lutando por pequenos avanços no desenvolvimento, relatando os casos em inúmeras reuniões de equipe, apontando diversas e minuciosas questões observadas.

Atenção ao desenvolvimento do indivíduo por meio de práticas de AVDs. O profissional pode compartilhar seu conhecimento com a equipe técnica ampliando diálogo com o usuário, por meio de discussões de casos e atendimentos compartilhados.

Um terceiro ponto de valorização ao trabalho do terapeuta ocupacional consiste em ampliar as formas de contato com os usuários e o acesso a eles, bem como sua vinculação com os serviços.

Melhorar adesão à instituição de saúde mental, observar falas e atitudes inconscientes que geralmente não apareceriam em consultas médicas. Atuação em casos de separação, ausência e negligência de pais e familiares, tentativa de suicídio e automutilação.

A criatividade em usar meios baseados nos fundamentos da profissão como fonte de acesso, entendimento e interação às condições psíquicas da criança ou do adolescente e a produção de resultados coletivos ou individuais.

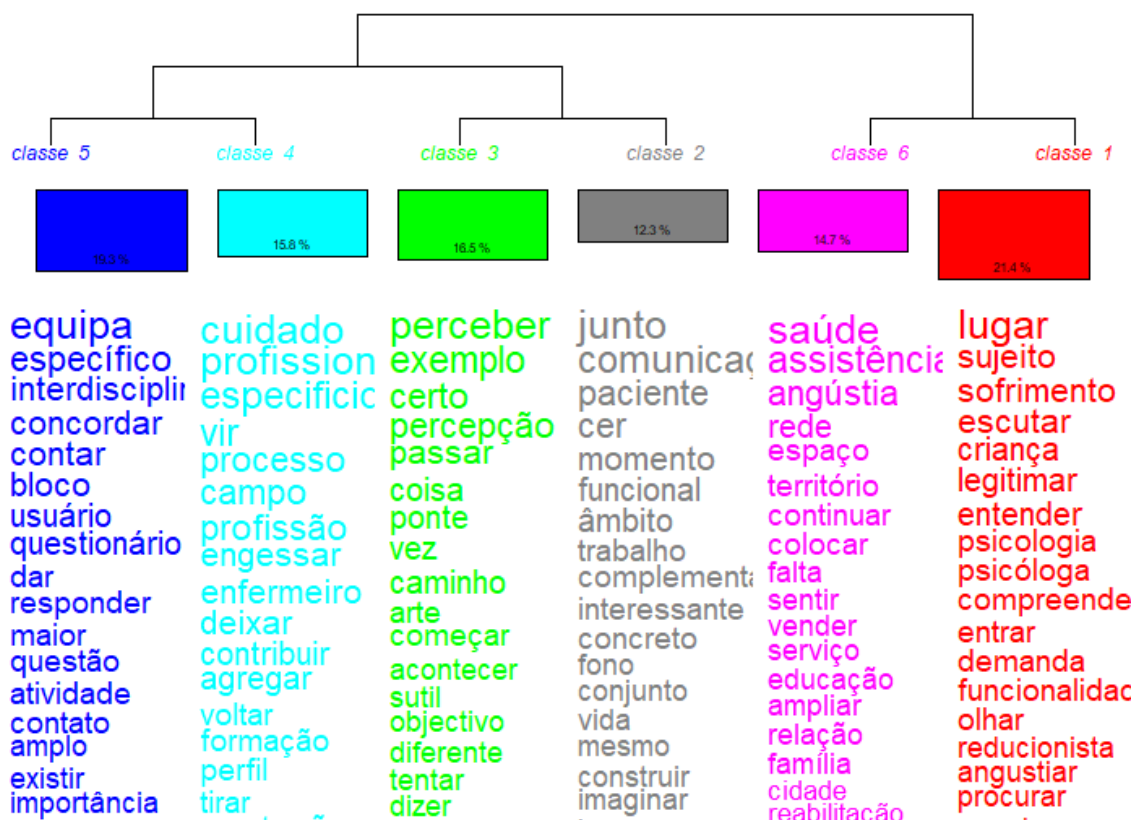
Sinaliza-se, aqui, que o núcleo da Terapia Ocupacional dialoga estreitamente com o campo da saúde mental infantojuvenil.

Além de abranger diversas etapas de reabilitação, o TO dialoga diretamente com áreas de saúde mental. A coleta de dados sobre os usuários se torna dinâmica e atenta às particularidades de cada caso.

4.5 Resultados da Fase 2 (grupos focais) com os participantes não terapeutas ocupacionais

A Figura 16 apresenta o dendrograma resultante da análise de Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* “NÃO TOs – Fase 2”, cujo índice de retenção de segmentos de texto foi de 84,57%. Neste dendrograma, é possível observar que o referido *corpus* textual foi dividido (1ª partição) em dois *sub-corpora*. Um dos *sub-corpora*, à direita, foi novamente dividido, originando as classes 1 e 6. O outro *sub-corpora*, à esquerda, também foi redividido, sendo que cada subpartição passou por um novo processo de divisão. Assim, é possível localizar, à esquerda do dendrograma, as classes 4 e 5, originadas de uma mesma subpartição, e, no centro do dendrograma, as classes 2 e 3, também originadas de uma mesma subpartição.

Figura 16 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* “NÃO TOs – Fase 2”.



Fonte: Iramuteq®.

Foi possível compreender, com a análise aprofundada do material que compõe este *corpus*, que há diálogos e aproximações entre as temáticas presentes nas seis classes. Entretanto, o modo como estão distribuídas as classes e os segmentos de texto que contêm em cada uma delas indicam que a primeira subpartição separou, à direita, a temática da localização do núcleo da Terapia Ocupacional nos diferentes campos de atuação e, à esquerda, aspectos mais concretos sobre a atuação deste núcleo profissional no campo.

Nas classes 1 e 6, é possível identificar a temática da relação entre a Terapia Ocupacional e o campo, isto é, o lugar que este núcleo profissional ocupa no campo da saúde e da saúde mental. A classe 1, nomeada como “Classe 1: O lugar da Terapia Ocupacional frente ao sofrimento psíquico” versa sobre o lugar ocupado pela Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, enquanto a classe 6, nomeada como “Classe 6: A Terapia Ocupacional, a saúde e a rede intersetorial”, trata da localização majoritária do núcleo profissional no campo da saúde e a importância de sua expansão para os diferentes setores.

Já à esquerda, na sequência das subpartições, foi possível observar uma separação entre as características específicas da Terapia Ocupacional (nas classes 2 e 3) e as características que envolvem a profissão e o trabalho em equipe (nas classes 4 e 5).

Nas classes 2 e 3, discute-se majoritariamente sobre o que os participantes compreendem como aspectos particulares e específicos da profissão Terapia Ocupacional, ou ainda o modo como especificamente o terapeuta ocupacional consegue contribuir com o campo, sendo ressaltada na classe 2 a temática do “fazer junto” e na classe 3 a temática da “percepção”. Deste modo, as classes 2 e 3 foram, respectivamente, nomeadas como “Classe 2: O terapeuta ocupacional e o ‘fazer junto’ com os usuários e com os demais profissionais” e “Classe 3: Diálogos sobre percepção – o que o terapeuta ocupacional percebe e como ele é percebido no campo”.

Nas classes 4 e 5, por sua vez, discute-se sobre como se dá o trabalho em equipe, no qual está inserido o terapeuta ocupacional. A classe 4, nomeada como “Classe 4: A Terapia Ocupacional e a construção coletiva do cuidado”, versa sobre o modo como o cuidado é construído e ofertado no campo, sendo ressaltado que o enriquecimento deste cuidado acontece a partir de um trabalho coletivo. Já a classe 5, nomeada como “Classe 5: Trabalho em equipe e interdisciplinaridade no campo da saúde mental”, centraliza discussões sobre a importância do trabalho em equipe e da transdisciplinaridade na saúde mental.

As análises específicas de cada classe que compõe este *corpus* serão apresentadas abaixo.

Classe 1 (21,4%): O lugar da Terapia Ocupacional frente ao sofrimento psíquico

Na classe 1, onde estão presentes 21,4% dos segmentos de texto que compõem este *corpus*, foi possível compreender que a temática principal diz respeito ao lugar da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, frente ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes. Esse lugar foi compreendido tanto de forma concreta, quanto de forma simbólica.

Os segmentos de texto abaixo indicam que, simbolicamente, a Terapia Ocupacional ocupa um lugar de escuta do sujeito e compreensão sobre seu funcionamento, de forma mais ampliada do que aquilo que circunscreve o sofrimento psíquico.

O atuar da rede toda com essa criança, com esse adolescente, ou enfim, com esse sujeito adulto. E a Terapia Ocupacional ocupa esse lugar muito de conseguir compreender o sujeito, sua circulação e sua vivência no ambiente, que eu acho muito rico.

Às vezes na formação e na demanda, nós [psicólogos] ficamos muito no lugar de um determinismo psíquico, e a TO vai me ajudando a entender esse lugar de como esse sujeito se regula, o que tem para além de só um sofrimento, e da escuta da psicóloga.

Então a psicóloga pensando que é uma desorganização totalmente psíquica, e vem a TO dum lugar mais de, como é o funcionamento desse sujeito, para além só desse sofrimento que só uma psicóloga consegue escutar.

Então eu vejo num lugar de, pelo menos na minha atuação com infantojuvenil, vejo as TOs escutando de um lugar e compreendendo esse lugar da criança e do adolescente de funcionar.

Seja olhando para esse indivíduo além dessa demanda que traz ele na sala, olhando para como são as coisas dentro de casa, a forma como ele se relaciona com a família, a forma como ele se relaciona na escola.

Já sobre o ponto de vista do lugar concreto da Terapia Ocupacional no campo, foi ressaltada a ausência do terapeuta ocupacional nas diferentes políticas públicas, como as socioassistenciais, e a importância de ampliação da atuação deste profissional para além da saúde, como uma forma de também ampliar o modo como os sujeitos são vistos.

E se alguém pede um TO, é lá dentro do grupo de psicologia clínica, é porque vai encaminhar alguma criança e precisa de um acompanhamento conjunto, só que eu não vejo ele dentro do resto das políticas, eu não vejo esse olhar dele dentro de outros lugares que eu passo.

Mas eu fico pensando que isso precisa se ampliar, porque isso não vai acontecer em todos os lugares. Se eu falar de Terapia Ocupacional dentro do CRAS, ninguém vai saber o que é, ninguém sabe o que é uma TO lá.

Mas os TOs que estão nesse serviço têm que ampliar o olhar e tentar ir entrando em outros lugares para mudar essa visão.

Se ampliasse esse leque de possibilidades, e a política permite isso, assim como o NASF permite ter TO, assim como no CRAS permite ter TO, então porque tem a lei que permite, mas nós não ampliamos o nosso olhar para outras formas de ver o sujeito antes que ele adoça.

Foi destacado, nesta classe, que o desconhecimento e a visão reducionista acerca da profissão Terapia Ocupacional prejudicam e impactam seu posicionamento no campo e na rede intersetorial.

A maioria das pessoas que eu convivo agora não sabe o que é Terapia Ocupacional, só quem está lá na saúde, no CAPS ou no hospital, que eu convivo, ou na faculdade, que sabem.

Por mais que se fale que Terapia Ocupacional não é artesanato, que isso já mudou muito, que isso é reducionista, mas é uma imagem que ainda as pessoas dentro da comunidade têm, que vamos tentando modificar um pouco esse olhar, mas só vamos conseguir se existir TO dentro da unidade.

Se eu falar de Terapia Ocupacional na educação, quando temos reunião, vão falar que é para crianças que tem algum problema, alguma deficiência, porque não vão entender que seja para outra forma.

Nesse sentido, foi ressaltada a importância de legitimar o lugar da Terapia Ocupacional nos diferentes serviços e setores que compõem o campo, e que isso acontece mediante a inserção do profissional nestes locais e a divulgação sobre o trabalho realizado.

Nós estamos aqui, mas nós 5 temos uma relação, uma história com a Terapia Ocupacional, a nossa forma de pensar já é um pouco diferenciada, é lógico que nós vamos legitimar o papel da Terapia Ocupacional no nosso saber.

De potencializar a comunidade, de trabalhar de outra forma, nós vemos que todo mundo vai falar que é importante [a presença do TO], mas ninguém vai legitimar o espaço, então não consigo entender essa ideia, isso me angustia.

Hoje no serviço público, é isso, se não tiver produção, se não provar que funciona, infelizmente caiu nisso, não tem mais, então para legitimar, tem que provar o que faz, como faz.

Se o lugar do TO não é só de trabalhar tesoura com criança, e é muito desse lugar de legitimar, de expandir, de mostrar para a rede.

Ainda falando da forma ativa “lugar”, foi possível identificar que ela esteve associada à palavra especificidade, indicando as dificuldades de especificar o lugar de cada núcleo profissional no campo.

Fui aprendendo muito mais na minha experiência no CAPSij da atuação da Terapia Ocupacional, e me angustia muito esse lugar da especificidade, então qual a especificidade da psicóloga no CAPSij, da TO, da fono, da enfermagem, enfim.

[Não no lugar de separar] Então isso é algo só da TO, vamos ver a questão da AVD, da funcionalidade, enquanto isso é só da psicologia, de ouvir esse sofrimento, de tentar entender o que está por trás.

Esta dificuldade parece estar relacionada com a compreensão de que, neste campo, cada profissional tem o papel de instrumentalizar os demais profissionais da equipe sobre as especificidades de seu núcleo profissional, e que este seria também o papel do terapeuta ocupacional.

Então eu entendo a participação, pelo menos na minha experiência com o CAPS, a participação do TO nisso, nesse sentido, de ajudar a construir, de instrumentalizar todos os demais funcionários do serviço, todos os demais técnicos.

Foi ressaltado, aqui, que no campo da saúde mental há uma certa hegemonia do saber da Psicologia, em relação às demais profissões.

E em muitos lugares também, esse lugar da saúde mental de formação é isso, é predominantemente de profissionais de Psicologia, e ainda se procura muito esse lugar na saúde mental.

Mas 8 psicólogos, aprimorados de Psicologia, um de Terapia Ocupacional, que chegou uma hora, quando a supervisora TO faleceu, não tinha supervisão, era muito difícil, e quando tinha supervisões dos grupos que eram em conjunto, só falávamos de Psicologia.

O que ela [a TO] falava era questionado pelo saber da Psicologia, e existia muitos conflitos, então era um olhar reducionista, no sentido de que é bom ter uma TO aqui nesse serviço, é importantíssimo, mas uma já é suficiente, tem diversos grupos, tem 8 psicólogos e uma TO.

Essa hegemonia parece ser repassada para a comunidade e os usuários dos serviços, de modo que, em dispositivos onde as equipes funcionam na lógica transdisciplinar, o terapeuta ocupacional tende a ser confundido com o psicólogo.

E que eu discuto muito com a TO, de qual é o seu papel no CAPS enquanto profissional de referência que difere do meu enquanto psicóloga, porque que as pessoas te compreendem como psicóloga, ou vêm num serviço procurando uma psicóloga.

Nesse sentido, foi identificada uma estreita aproximação e parceria entre a Terapia Ocupacional e a Psicologia no campo da saúde mental.

Mas era numa relação mais díade, não tinha a equipe [no hospital psiquiátrico], mas eu via as profissionais de Terapia Ocupacional funcionando desse jeito, mais aproximado com a escuta, com a questão da Psicologia, e de acolhimento e de entrar mais na questão psíquica mesmo.

É que a Psicologia e a Terapia Ocupacional vão se complementando o tempo todo. No CAPS que eu estava atuando, não tinha nenhum grupo de crianças e adolescentes que era só TO ou só Psicologia, era sempre uma parceria.

Eu vejo uma potência da Terapia Ocupacional na interdisciplinaridade, na equipe multidisciplinar, trabalhando em rede, de uma potência que é muito essencial para a minha forma de trabalho, para a minha escuta enquanto formação de psicóloga.

Para mim, o que sempre me chama atenção é talvez uma capacidade dos TOs de trazerem as coisas para a prática, que eu vejo que às vezes nós ficamos na Psicologia falando, falando e pensando.

Foi ressaltado que essa parceria colabora sobremaneira para a compreensão e a intervenção sobre o sofrimento psíquico dos sujeitos.

Eu acho muito rico, eu aprendo muito com a Terapia Ocupacional, eu acesso muito a TO na minha prática, na minha escuta e na minha compreensão daquele sofrimento que a pessoa traz.

Foi identificada relação entre a melhora das demandas emocionais e o aumento do vínculo com o serviço, o que é trazido no segmento de texto abaixo como uma importante contribuição do trabalho do terapeuta ocupacional no campo.

Nas demandas emocionais, psíquicas, o quanto ele vai ganhando progressivamente. A importância da Terapia Ocupacional também para esse vínculo com o serviço, à medida que ele vai progredindo, se aumenta o vínculo com o nosso serviço

Foi identificado, também, certo diálogo entre o sofrimento psíquico e o que os participantes chamaram de “funcionalidade”.

Nós pegamos populações dentro do território que eu tenho uma, não sei se eu falaria disfuncionalidade, não sei se é esse o termo, porque pelas questões culturais, históricas, de vivência, vão construindo formas de ser que trazem um sofrimento.

O que eu quis falar de funcionalidade tem muito a ver assim, nós pegamos pessoas com um sofrimento emocional muito importante, mas não como doença, não necessário de um acompanhamento psicoterápico, de um encaminhamento.

Com os segmentos de texto abaixo, foi possível identificar uma compreensão particular dos participantes acerca da temática da funcionalidade e do modo como esta seria, então, uma expertise do terapeuta ocupacional.

A forma que eu fui compreendendo essa funcionalidade foi no lugar de não se reconhecer, não conseguir entender as suas possibilidades de circular, então fica dependente de um único espaço, de uma única relação, enfim.

Então, para mim, a funcionalidade é aumentar os dispositivos de dependência dos sujeitos, e eu vejo muito a Terapia Ocupacional nesse lugar de territorializar, de aumentar as possibilidades, de como esse sujeito circula.

A relação com o serviço, na questão de que é necessário trabalhar com essa pessoa essas capacidades, essa forma de se ver no mundo. É nesse sentido que eu falo que o TO pode trabalhar com a funcionalidade.

[Trabalhar com a funcionalidade] Nessa capacidade da pessoa se reconhecer no mundo e o que que ela traz de possibilidades daquele momento. Eu falo de uma pessoa com essa demanda mais social, mas também dentro da saúde mental com uma patologia também.

Os participantes esclareceram, aqui, que a funcionalidade da qual estão falando difere da compreensão de normatização e correção de patologias, ressaltando que essa é não só uma expertise do terapeuta ocupacional, como também uma contribuição deste profissional ao demais membros da equipe.

Do que conseguimos fazer com esse sujeito, como esse sujeito se apresenta, eu vejo um olhar da Terapia Ocupacional muito potente. Então de como instrumentalizamos, o que tiramos desse lugar de normatizar, ou do disfuncional.

[Eu vejo a TO] Não só em questão de AVD, de funcionalidade da criança, mas de colocar fora do lugar de normativo, em como que esse sujeito se compreende num lugar.

[Se eu não tivesse a experiência no CAPS com TO] Eu estaria ainda muito presa naquilo que é só olhar essa patologia e fazer com que essa patologia seja corrigida para que ele não seja cobrado depois.

Os participantes ressaltaram, também, que a possibilidade de dialogar sobre a Terapia Ocupacional e sobre os modos mais ampliados de se enxergar os sujeitos, o que foi oportunizado nesta fase da pesquisa, lhes gerou ânimo e os impulsionou a buscarem mudanças políticas e sistêmicas em seus locais de atuação.

Que estamos todas nós, uma em cada lugar, tentando mudar. Não é só da Terapia Ocupacional, estamos falando da Terapia Ocupacional por ser o objeto da pesquisa, mas é esse espaço, esse olhar para o indivíduo.

Ampliar esse olhar, é mudar a forma de enxergar esse indivíduo, é entender que a Terapia Ocupacional tem esse papel ali e nós podemos ampliar esse olhar, então foi um alento muito grande para mim.

E eu confesso que escutar vocês hoje me ajudou a ter um ânimo de falar assim, vamos lá, tem pessoas pensando igual, tem pessoas lá em [cidade onde residem alguns participantes] querendo mudar e transformar alguns olhares.

Classe 6 (14,7%): A Terapia Ocupacional, a saúde e a rede intersetorial

Na classe 6, foram encontrados 14,7% dos segmentos de texto deste *corpus*. Foi possível compreender, aqui, que, assim como na classe 1, se reflete sobre o lugar da Terapia Ocupacional no campo, porém não especificamente no campo da saúde mental, mas, sim, no campo mais amplo, para além da saúde.

Eu queria um TO ali conosco, porque fica concentrado muito nos serviços de saúde ou de reabilitação, porque a educação vai encaminhar para o serviço de saúde, então não vejo em outros espaços.

Então muito do que eu entendo por Terapia Ocupacional vem das minhas relações dentro da saúde. E quando nós falamos de rede de atenção para criança, isso me incomoda um pouco.

Os participantes foram refletindo que o terapeuta ocupacional tende a ser um profissional presente majoritariamente no campo da saúde e identificam a importância de que fosse um profissional presente em outros campos, como o da assistência social.

Eu tenho um olhar da saúde para o TO, e fico pensando, mas ele só trabalha ali, ou ele trabalha em todos os serviços que fazem parte dessa rede de atendimento, seja nos serviços socioassistenciais, seja nos outros serviços de atendimento?

E aí vêm as minhas angústias pessoais em relação às políticas, que na assistência social eu não vejo mais TO, faz 7 anos que eu não sei muito bem.

[Falando sobre] O quanto que o TO ajuda, agora que eu quero mais TO dentro da assistência social, porque é muito rico. Eu estou lembrando da minha vivência na saúde, das relações, das vezes que eu trabalhei com TO.

Seja no hospital, na saúde, eu morei com duas TOs por 3 anos, e vocês definindo a terapia ocupacional, eu fiquei mais ainda com vontade de lutar por ter TO dentro da política de assistência social, o quanto que vai ser rico para as pessoas, para a comunidade.

O último segmento de texto acima evidencia que os participantes identificam que a presença do terapeuta ocupacional em outros setores e no território seria importante para ampliar o modo como os indivíduos são vistos e atendidos pela rede. Isto é corroborado pelos segmentos de texto abaixo.

Poderia ampliar esse olhar, e ele [o TO] estar presente em diversos outros espaços. Então quando eu vou vendo as respostas que você colocou, isso me causa essa angústia, nós continuamos com esse olhar da saúde.

Eu acho que o TO ajudaria muito trabalhar com isso, com essa relação, com essa inclusão dentro da comunidade, com a funcionalidade dela, trabalhar a saúde mental, seria muito rico, eu sinto falta disso.

Mas eu ainda vejo ela [a TO] muito restrita ao lugar clínico, da clínica, do serviço mais especializado, nós vemos ela muito mais nesses espaços. E nos territórios, nesse outro lugar que eu falo, de uma promoção [todo mundo falaria que é importante ter TO].

Eu poderia ter um outro olhar, assim como nas creches e nas escolas ali no território. Então essa é a minha maior angústia quando eu vou vendo nas definições, eu queria um TO no território.

São essas angústias que vão batendo em mim com esse tema, de que eu poderia ter um olhar muito mais ampliado na comunidade, o território, tanto no território da atenção básica, na saúde, quanto no território da assistência social básica.

Foi possível compreender que os participantes foram trazendo suas angústias e que algumas delas diziam respeito ao trabalho solitário que realizam no campo e o quanto isso reduz e enfraquece suas possibilidades de ação.

É uma angústia minha porque eu trabalho com desenvolvimento infantil dentro da assistência social, mas o olhar que nós dispendemos a isso é um olhar muito assistencialista, é um olhar muito pequeno, é um olhar muito mínimo.

Então eu fico muito nessa angústia, eu ofereço muito pouco para essa família enquanto unidade de cuidado, eu não consigo ampliar esses horizontes.

As críticas em relação à ausência do terapeuta ocupacional em diferentes setores estiveram associadas às críticas sobre a composição e o funcionamento de uma rede efetiva de atenção à população, com atuação conjunta e diálogo entre os diversos dispositivos intersetoriais que a compõem.

[O máximo que às vezes eu consigo ter contato é com psicóloga] Que geralmente está na unidade, mas infelizmente também não tem TO, compartilho da angústia da [outra participante], que é uma rede super precária nesse sentido de poder ter um profissional, e ainda mais atuando na UBS, de poder fazer a prevenção, o que não conseguimos fazer.

Existe uma dificuldade muito grande, atualmente, quando falamos de rede. Nós falamos de rede, mas a rede dificilmente existe, e nós conseguimos ter uma rede que conversa, mas entre a saúde, entre a assistência social, entre a educação.

Mas a rede que conversa junto, saúde, educação, assistência social, isso eu não vejo. Então eu estou muito distante do TO, e ao mesmo tempo eu sinto uma falta, porque ele seria super importante nesses espaços.

Aqui, também foi citado o desconhecimento acerca do que consiste a Terapia Ocupacional.

Agora a grande maioria da rede que eu passo não sabe o que é Terapia Ocupacional, então isso prejudica a visão que as pessoas têm do que seria uma TO.

Na saúde já é muito difícil compreender esse lugar da Terapia Ocupacional, então na assistência social, muito mais.

Na contrapartida, foi ressaltado que a presença do terapeuta ocupacional em todos os dispositivos que compõem a rede intersetorial é muito importante.

E eu acho isso muito maravilhoso hoje, acho que tem que ter muito mais [TOs], e em todos os espaços da rede, não só da saúde.

E que sim, tem que ter TO na assistência social, tem que ter TO em todos os lugares, e todos os serviços de saúde pública, e em todo lugar do território assim.

Também foi destacado, aqui, que o terapeuta ocupacional é um fomentador do trabalho em rede e com as famílias.

E eu gostaria de colocar, além de reforçar a importância do TO dentro especificamente do nosso espaço, que hoje nós estamos num CAPSij III, da contribuição do TO para que a pessoa possa se reinserir na família.

A compreensão do tratamento, o vínculo que se amplia também com a família, a importância da Terapia Ocupacional também no contato com as demais redes que fazem parte do nosso serviço como um todo.

Que ele [o TO] tem essa capacidade e isso é colocado em prática sim, para que aumente esse leque e o vínculo dentro do serviço, família, usuário e demais redes.

Mas que esta não deve ser tarefa exclusiva do terapeuta ocupacional, isto é, todos os profissionais devem ampliar sua lógica de cuidado, fomentando as articulações em rede.

Então acredito que se eu não tivesse saído dessa área que eu estava antes, se eu continuasse atuando na fono da forma como foi me orientado na faculdade, eu também não saberia disso, eu seria mais um profissional que atua na área da saúde, mas que não sabe como que é de fato o compartilhamento desse trabalho, desse serviço, eu estaria ainda atuando sozinha dentro da minha sala.

Então é um enganchando no outro, é difícil separar isso, nós precisamos fortalecer esse papel e ir ampliando esses espaços, e conseguindo ampliar, via saúde, via educação.

Mas é um lugar que todas estamos vivenciando, de como se ampliar o lugar e qual é o lugar da saúde, da assistência social, enfim. Nós, que trabalhamos com criança e adolescente, como cuidamos.

Classe 2 (12,2%): O terapeuta ocupacional e o “fazer junto” com os usuários e com os demais profissionais

Na classe 2 foram encontrados 12,2% dos segmentos de texto desta classe. A forma ativa “junto” apareceu, aqui, em evidência, indicando que o terapeuta ocupacional é um profissional caracterizado por atuar junto, seja com os próprios usuários dos serviços, seja com os demais profissionais da equipe.

Pelo construir junto, talvez, porque é mais uma construção junto, o TO vem muito com essa construção não só unilateral, porque nós nos posicionamos muito na forma de, não de imposição, mas com normativas dentro do nosso atendimento, e o TO vem muito mais na construção.

De que o trabalho pode ser feito junto, de que eu consigo, através das discussões que eu faço com a TO, atuar com técnicas que ela utiliza, e consigo também instrumentalizar a família para fazer esse cuidado com o usuário, e isso é algo que vai se estendendo.

Que o saber, o cuidado seja compartilhado, que nós não solicitemos uns aos outros, mas que construamos junto, então ela [outra TO] precisou se adaptar chegando lá, mesmo se isso não viesse dela.

Os segmentos de texto abaixo trazem relatos de participantes psicólogos, segundo os quais a Terapia Ocupacional e a Psicologia são núcleos profissionais que tendem a atuar juntos e que seus saberes são complementares.

E todas as intervenções em conjunto, e era incrível o quanto a TO colocava coisas que eu dava continuidade, ou eu colocava e ela dava continuidade. Muitos momentos de sintonia, de falarmos a mesma coisa.

Eu queria contribuir, pensando nesse tema do trabalho conjunto, a minha experiência, não sei se outras pessoas têm isso, se é a minha experiência que tem um viés, mas eu não imagino meu trabalho sem TO, inclusive no consultório particular.

Eu aprendi a trabalhar junto com TO, e não consegui me desprender disso, talvez eu também tive ótimas experiências com TO, ótimas parcerias, e o que eu fui percebendo

ao longo do nosso trabalho junto é que a Psicologia e a Terapia Ocupacional vão se complementando o tempo todo.

Então a TO atua junto comigo, não da mesma forma que era lá no CAPS, lá era muito mais, no individual é diferente, mas é complementar, e eu tenho muitos encaminhamentos na cidade de TO também.

Então assim, eu continuo o tempo todo trabalhando junto com TO, eu não consigo mais pensar na minha atuação desligada. Eu acho que é totalmente complementar, é um trabalho conjunto mesmo.

De interirmos da mesma forma [a psicóloga e a TO], então é muito complementar, é um trabalho conjunto, eu não consigo imaginar sem. E quando a tendência da minha vida foi se construindo em sair do serviço público, a Terapia Ocupacional veio junto comigo.

Já nos segmentos de texto abaixo, os relatos dos participantes fonoaudiólogos evidenciaram a importância do trabalho conjunto entre a Terapia Ocupacional e a Fonoaudiologia, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento da comunicação funcional dos indivíduos.

Eu queria acrescentar uma coisa, você falou no começo sobre a contribuição da Terapia Ocupacional no âmbito da comunicação não verbal, e isso é uma coisa que eu tenho tido cada vez mais vivências muito interessantes junto com a Terapia Ocupacional.

[Executar funções sociais e funcionais] Pagar um boleto, e às vezes os pacientes que têm transtornos de comunicação têm muito essa dificuldade. E lá, tanto no CER quanto na ONG, eu tive muito esse contato junto com a TO.

Então, seja na elaboração de pranchas de rotina, de comunicação alternativa, como outros casos, e eu tive casos muito interessantes no CER de pacientes que não tinham funcionalidade nenhuma assim motora, e a TO junto com a fono conseguiram elaborar métodos incríveis de comunicação.

Foi possível perceber, nesta classe, que os participantes trouxeram relatos sobre o modo como veem a atuação e contribuição do terapeuta ocupacional junto aos usuários no campo da saúde mental. Os segmentos de texto abaixo apontam a importância da Terapia Ocupacional em trazer conceitos abstratos para uma concretude que é muito mais acessível e efetiva para com os sujeitos.

Então já veio o TO e falou “eu vou fazer um projeto com ela, nós vamos fazer uma tela, e na primeira semana vamos fazer um esboço, na segunda semana vamos escolher a tinta”, e ele foi fazendo algo contínuo muito concreto.

Então muitas vezes, um paciente que é pouco acessível pela anamnese que nós [psiquiatras] aprendemos, pela forma como aprendemos a trabalhar para retirar informação, seja do familiar, seja do paciente, é uma forma muito teórica.

Que fica muito na conversa, e isso de levar para o concreto ajuda muito nesse momento. Então tanto no trabalho mesmo, da melhora do paciente, é óbvio que isso é, essa concretude muitas vezes é muito importante.

Já no segmento de texto abaixo, é possível apreender que a ludicidade também é citada enquanto um importante recurso do terapeuta ocupacional no acesso ao público infantojuvenil.

Do lúdico, do trabalho, naquele momento com o TO vai aparecendo [o que não apareceria no consultório com outros profissionais].

Os segmentos de texto abaixo, por sua vez, versam sobre a importância da Terapia Ocupacional em trazer uma percepção diferenciada e, a partir desta, buscar estratégias mais efetivas para o alcance dos objetivos estabelecidos em cada caso.

E quando o TO fala “mas olha, desse jeito aqui, ele vai chegar lá”. Eu já trabalhei com TO, e ela falava para mim “vamos desenvolver assim, se fizer assim ele vai conseguir”, e eu falava “uau! Nossa!”.

Daí ele vai buscando estratégias, de preferência em conjunto para desenvolver essas três coisas essenciais [perceber habilidades, perceber limites e desenvolver potencialidades], não sei se são as três, mas foram as que me vieram na mente durante as falas, porque é justamente o que eu sinto.

Nesse sentido, foi possível compreender que os participantes compreendem o terapeuta ocupacional como um profissional criativo, que valorizam muito esta habilidade e que buscam aprender sobre isso com os TOs.

[A criatividade] vem junto [com o TO], isso é muito interessante e muito importante. Criatividade funcional. E é algo tão engraçado, eu cheguei em algum momento a comentar com as TOs, o quanto que eu tenho recorrido ultimamente a artigos escritos por TO, porque isso vem impregnado muito na escrita delas.

A temática da percepção do terapeuta ocupacional e da criatividade enquanto atributo deste profissional é mais aprofundada na classe 3 deste *corpus*.

Classe 3 (16,5%): Diálogos sobre percepção – o que o terapeuta ocupacional percebe e como ele é percebido no campo

Na classe 3, onde estão presentes 16,5% dos segmentos de texto deste *corpus*, a forma ativa que apareceu em destaque foi “perceber”. A leitura e análise dos segmentos de texto que compõem esta classe permitiu compreender que a forma ativa em questão esteve relacionada tanto à forma do terapeuta ocupacional perceber determinados aspectos na atenção aos usuários, quanto à forma como os demais profissionais percebem o terapeuta ocupacional e sua especificidade no campo. O segmento de texto abaixo ilustra ambos os contextos em que a forma ativa “perceber” foi utilizada nesta classe.

E como que faz por exemplo a organização, quem arruma a cama, [o TO] começa a perceber coisas assim, que era esperado e que a criança não consegue desenvolver, e o adolescente não consegue desenvolver e que eu fui percebendo.

A percepção dos outros profissionais em relação às características e as especificidades do trabalho do terapeuta ocupacional é destacada dos segmentos de texto abaixo.

[A atuação da Terapia Ocupacional passa pelo lúdico] passa pelo construir, passa pelo terapêutico, da parte terapêutica da ocupação, não sei, a impressão que eu tenho é que é mais complexo, mas o que eu percebo é que muitas vezes isso favorece bastante que nós consigamos alcançar o paciente, alcançar mesmo.

Desde o início eu tive isso comigo porque eu percebia o que estava acontecendo ali, não que eu entendesse muito bem, porque muitas vezes para mim a Terapia Ocupacional era obscura, eu não sabia por onde passava, mas eu percebia que o trabalho era importantíssimo.

Então por exemplo, com a criança, adolescente, eu trabalhei com amigos TOs que foram percebendo “nossa, mas essa criança não consegue escovar os dentes sozinha”, e coisas que eu enquanto assistente social jamais pensaria.

Já a percepção diferenciada do terapeuta ocupacional no cuidado aos usuários fica evidenciada nos segmentos de texto a seguir.

Um pouco disso é aquela ideia, eu joguei aqui no chat porque eu não queria esquecer, que eu fiquei pensando assim, o TO percebe habilidades, ele vai percebendo certos limites, aonde tem limites, mas só que também ele pensa em potencialidades, quais são as potencialidades.

E o TO percebe coisas que nós não percebemos, porque ele tem um conhecimento ali da parte da mão, de uma parte mais orgânica, mais física mesmo, e eu não tenho esse conhecimento.

Olha como você percebe diferente essa pessoa, então acho que isso é uma contribuição que o TO tem que é inesgotável, porque o TO tem uma sensibilidade e um conhecimento prévio para percepção desses elementos que nós, muitas vezes, para mim iam passar batido.

Foi citada, nesta classe, uma metáfora que coloca o terapeuta ocupacional como uma ponte entre a percepção sobre o indivíduo e o desenvolvimento de estratégias que promovam avanços.

Então o TO é uma ponte, uma ponte entre a saúde, uma ponte entre as artes, uma ponte entre a parte da psicologia, ele é uma ponte muito valiosa porque ele tem uma percepção diferente para quebra de certas barreiras que nós não conseguiríamos.

O TO faz uma ponte, porque ele tem uma percepção, ele percebe caminhos para aquele usuário conseguir chegar num desenvolvimento psicomotor, ou conseguir chegar, ou reabilitar para atingir um certo objetivo, pode ser que ele não atinja, mas caminha um pouco.

Como [os outros participantes] comentaram, dentro das profissões deles, é como se o TO tivesse também a ponte da percepção dessas habilidades e potencialidades, ele percebeu, deu as estratégias e buscou e encontrou caminhos.

Também foi pontuado que o olhar do terapeuta ocupacional tende a estar direcionado para aspectos sutis do cotidiano dos indivíduos, conforme evidenciam os segmentos de texto a seguir.

Para um TO, é muito diferente não o objetivo da visita [domiciliar], mas o olhar em si para a situação. Enquanto a assistente social vai tentando fazer uma leitura socioeconômica, da relação entre a família, entre os membros, o TO percebe coisas mais sutis.

Eu fui percebendo que os meus colegas TOs foram em coisas mais sutis assim, então, será que essa pessoa sabe pegar por exemplo o transporte público, será que ela é orientada, será que ela sabe onde fica o ponto de ônibus.

[O TO começa a perceber coisas] Que eu vejo como assim muito sutil, coisas sutis e mínimas do dia a dia, isso é algo marcante.

Nesse sentido, foi realçada a capacidade do terapeuta ocupacional de encontrar caminhos diferenciados e efetivos para acessar os usuários e ofertar o cuidado a eles.

E nosso trabalho [dos psiquiatras] passa muito por captar o que o paciente traz, por tentar entender aquilo para poder fechar um diagnóstico, enfim, e nesse sentido, as TOs colaboram muito na forma de tentar captar as coisas.

Mas também na coleta de informações, porque passa por um outro caminho, que muitas vezes, se nós ficamos lá tentando conversar, não sai nada, e eu acho que nesse ponto a Terapia Ocupacional ajuda muito.

Eu ficaria martelando na mesma tecla, tentando conseguir um resultado, onde o TO falaria “não, mas para conseguir, nós precisamos ir por esse caminho aqui, com um certo movimento, um certo olhar sobre porque que ele está fazendo daquela forma, ele senta com a perna assim”...

Alguns destes caminhos parecem ser a realização de atividades e intervenções mais concretas junto aos usuários, o que é visto como muito importante no campo, conforme apontam os segmentos de texto abaixo.

Então esse para mim é um exemplo de como eu penso que normalmente os TOs aparecem, trazendo uma coisa mais diretiva, não diretiva, mas concreta, e isso é muito bom, principalmente na saúde mental, que às vezes nós nos perdemos na falação.

E o quanto que aparece no lúdico, muitas vezes, dentro do consultório, atrás de uma mesa, uma posição já de imposição, deixando ele muito acuado, para nós não vai aparecer muito, e dentro ali do manual, do lúdico, com o TO vai aparecendo.

Usuários que às vezes você não consegue acessar por exemplo no verbal, e de uma outra forma, através de uma atividade que o TO pensou e construiu junto com ele, você consegue descobrir coisas, então eu fico muito feliz, é muito bom trabalhar com TO, porque contribui.

Nesse sentido, a criatividade também foi citada enquanto atributo do terapeuta ocupacional.

E assim, eu acho o TO muito criativo, porque você vai pensando, a partir daquela leitura que você faz daquela avaliação, surge uma atividade, que tem um objetivo muito claro, e é isso assim.

Essa palavra estava, faz tempo que eu estou querendo falar o quanto que eu vejo a criatividade nas TOs, acho que isso deve ser trabalhado, ou é o perfil da pessoa, não sei, mas faz parte.

Os segmentos de texto abaixo trazem um relato sobre o impacto e a influência da experiência de trabalho conjunto com o terapeuta ocupacional na percepção e na atuação específicas de outro profissional.

Então isso me tornou um profissional diferente no meu trato agora com coral, se eu for reger um coral, eu quero reger um coral diferente, porque a minha percepção sobre as respostas deles mudou radicalmente.

Porque eu passei a observar, tentar resgatar da própria Terapia Ocupacional certos caminhos para trazer a pessoa para cantar diferente, olha como isso é mágico!

Ainda em relação aos impactos na percepção, foi possível observar, nesta classe, que a experiência de participação no grupo, nesta fase da pesquisa, ampliou a percepção dos participantes sobre a temática da Terapia Ocupacional.

Eu vou falar então. Na verdade, é muito interessante assim ver os dados, ouvir o que as pessoas falam a respeito, porque vai mudando até a nossa percepção, à medida que você vai falando.

Nós falamos “nossa, a pessoa pensa assim, não tinha pensado nisso!”, vai mudando a minha percepção.

É o trabalho de equipe. Eu queria dizer também que eu fiquei muito feliz de participar desse encontro e perceber aqui que temos percepções muito similares, quando ouço vocês falando, eu pensava “nossa, é verdade!”.

Classe 4 (15,8%): A Terapia Ocupacional e a construção coletiva do cuidado

Na classe 4, onde foram encontrados 15,8% dos segmentos de texto deste *corpus*, a forma ativa que apareceu em destaque foi “cuidado”. Foi possível compreender, aqui, que os participantes fizeram reflexões sobre o cuidado ofertado no campo, conforme sintetiza o segmento de texto abaixo.

Às vezes a expectativa que eu tenho para um ideal de um cuidado talvez não seja aquilo que ele [o usuário] necessita.

Foi possível identificar, nesta classe, a compreensão de que o enriquecimento do cuidado vem com o compartilhamento e o aprendizado mútuo entre os diferentes núcleos profissionais que compõem o campo.

Eu vejo que de fato tem um esforço muito grande de que não sejam apenas diferentes profissões e saberes e isso se mistura muito.

Quanto que eu posso fazer uma leitura do conhecimento daquele profissional, da forma dele trabalhar, e o que eu posso agregar na minha, o que eu posso acrescentar, o que eu posso aprimorar dentro da minha especificidade.

Então isso ficou muito claro para mim, o quanto que é prazeroso fazer isso, o quanto que me enriquece, que não me diminui, e também não diminui os demais, vai na realidade trazendo uma grandiosidade para o cuidado, para o ser, para o próximo.

Esta compreensão corrobora o apontamento que aparece nos segmentos de texto abaixo, segundo o qual a especificidade de cada núcleo profissional não deve ser utilizada para a realização de intervenções individualizadas, mas para uma instrumentalização coletiva entre os diferentes profissionais.

Nós apostamos no compartilhamento, em fazer as ações de uma forma conjunta, em pedir sugestões, então isso vai mudando muito a forma como eu mantenho minha postura nas atuações.

Mas no sentido de como que o TO consegue instrumentalizar o restante dos profissionais para atuar com esses casos de uma forma conjunta, não de uma forma exclusiva do TO.

Nós achamos que não, mas quando temos esse conhecimento disseminado sobre um profissional, isso vai sendo passado para o usuário, que o usuário vai e conversa com outro usuário, que vai passando para outro.

Esta instrumentalização coletiva é vista como positiva não apenas para a melhora do cuidado, mas também para o crescimento de cada profissional.

Então isso me fortalece muito enquanto profissional, faz com que eu cresça de uma forma imensa, e faz com que eu busque também passar isso para as outras fonos com quem eu tenho contato, que infelizmente nem tiveram a possibilidade de ter esse pensamento também.

Muitas vezes eu não em importei muito sobre a atuação e o quanto que ele [o TO] contribuía. E ultimamente, nos últimos serviços, eu venho buscando muito isso, e o quanto que me agrega pensar na profissão do próximo.

Não só do que ele pode contribuir para com o usuário, mas muito ver essa profissão, o quanto que ela pode contribuir na minha.

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional foi citada por ter um importante saber para a construção coletiva do cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil.

E eu vejo também um ganho para a equipe, de uma forma geral, destaco também que tem outros profissionais que colaboram tanto quanto, só que voltando especificamente para o TO, eu vejo que ele tem uma possibilidade.

Então, se não fosse essa minha experiência de estar hoje no CAPS atuando com a Terapia Ocupacional, eu ainda seria uma profissional que ainda teria muita dificuldade de conseguir enxergar essa outra forma de cuidado.

Que todos os profissionais são extremamente importantes, mas [na saúde mental infantojuvenil, a Terapia Ocupacional] tem um saber que nos ajuda muito a pensar nesse cuidado. Terapia Ocupacional deveria se chamar algo como Terapia Potencial, algo assim.

Os segmentos de texto abaixo trazem, em sequência, o relato de um enfermeiro sobre como ele vê a importância da Terapia Ocupacional no trabalho da Enfermagem.

Tem uma coisa que fica muito próxima da fala do [outro participante], quando eu trago muito voltado para o específico da enfermagem, até tirando um pouco a enfermagem da saúde mental, e falando do processo de formação do enfermeiro.

Ele vai, de uma forma muitas vezes engessada para fazer o processo de enfermagem, que é consulta de enfermagem, e fazer uma prescrição do cuidado, então ele é engessado dessa forma desde o aprendizado para que ele prescreva cuidado.

E dentro do cuidado, vem muito a parte motora, vem muito a parte das AVDs, e como existe de uma forma muito grande a dificuldade na hora do enfermeiro tirar esse cuidado do papel e transformar esse cuidado num cuidado real, num cuidado de dia a dia.

E a forma muito clara que a Terapia Ocupacional consegue fazer isso de todas as outras esferas e para além disso, quando ele faz, transmuta esse cuidado do papel para o dia a dia, o quanto que ele consegue ter a percepção do que está ao entorno dele.

Porque o enfermeiro vai ali naquele instrumento engessado, prescreve o cuidado, muitas vezes sem ver o ambiente físico, o ambiente estrutural, o ambiente psíquico, e como que isso vai fazendo interferência.

E o TO consegue trabalhar isso de uma forma muito fácil, e que, quando eu falo no específico do enfermeiro, é muito engessado, e eu vejo muito essa dificuldade dentro desse equipamento.

O segmento de texto abaixo exemplifica uma situação de como se deu, na prática, a contribuição da visão do terapeuta ocupacional na atuação conjunta com o enfermeiro.

E o trabalho de passar isso [o comprimido] para o líquido, que veio da observação do TO, contribuiu para aquele tratamento. E são coisas que dentro da nossa especificidade profissional, da prescrição e da observação da tomada de medicação, nós não vamos trabalhar.

Além da contribuição do terapeuta ocupacional na atuação no campo e na construção compartilhada do cuidado, foi possível identificar, nesta classe, que o conhecimento produzido pela Terapia Ocupacional é buscado por profissionais de outras áreas, em seus processos de formação continuada.

[Tenho recorrido a artigos escritos por TOs] porque isso vem impregnado muito na escrita delas, para agregar na minha função atual, na especificidade que eu estou agora, o quanto que eu estou precisando recorrer para deixar também o meu cuidar um pouco, um pouco não, muito melhor.

Para que eu consiga ver outros pontos onde a minha especificidade profissional está me bloqueando e deixando meu usuário desassistido, e o quanto que nessa escrita vem muita coisa rica dessa visão mais ampla.

Do que são esses fazeres, do que está por trás de todos esses fazeres, o que vem por trás de toda essa construção, e que, volto de novo para a minha especificidade profissional, é muito mais fechada, é muito mais engessada, e o quanto que isso vem contribuindo dentro dessas leituras diárias ao longo desses últimos meses.

Com isto, a participação nesta pesquisa foi citada como importante, dentre outros motivos, pela valorização da profissão Terapia Ocupacional e, também, como parte do processo de formação dos profissionais.

E eu espero que a sua pesquisa estimule para poder valorizar a profissão, que não pode, não é uma profissão que possa acabar, e nem que possa ser tratada dessa forma, que pelo menos até onde eu sei assim, não está recebendo o respeito que merece.

Para mim é muito importante ter esse contato com essas pesquisas e com essas ações, porque eu venho passando por um processo de desconstrução muito grande da minha profissão, estou atuando com absolutamente tudo que eu não aprendi.

E eu acho fundamental assim, é um ganho muito grande para mim como profissional, como pessoa, como alguém que também tem uma pessoa na família. Eu falo especificamente do TEA, mas de uma maneira geral, ampliou bastante meus conhecimentos.

Classe 5 (19,3%): Trabalho em equipe e interdisciplinaridade no campo da saúde mental

Na classe 5, onde foram encontrados 19,3% dos segmentos de texto que compõem este *corpus*, a presença da forma ativa “equipe” em destaque indicou que a temática do trabalho em equipe ocupou, aqui, lugar de centralidade.

Foi refletido sobre como o modo de organização dos serviços e das equipes impacta no lugar de cada núcleo profissional, no caso, da Terapia Ocupacional.

Que eu vejo nos CAPS, que fica muito mais interdisciplinar para transdisciplinar, mas nas APAE, eu trabalhei em duas APAE, trabalho em uma atualmente mas já trabalhei em outra, e assim, o papel da Terapia Ocupacional fica muito específico.

Então eu falo um pouco do recorte do que eu vou vivendo dentro de equipamentos diferentes, onde a autonomia daquela equipe fala sobre o recorte da Terapia Ocupacional, da funcionabilidade dela, do desenvolvimento e da contribuição que ela traz dentro daquele trabalho.

No campo da saúde mental, foi pontuado que a superação do modelo manicomial está diretamente ligada à construção de um trabalho em equipe.

Quando chegamos hoje em dia no que é mais esperado dentro dos serviços de saúde mental, porque sabemos que ainda existem muito mais manicomiais do que outros, mas é esperado que a discussão seja em equipe.

Desse modo, a interdisciplinaridade foi citada enquanto importante premissa para a superação da lógica asilar, das especificidades e do encaminhamento, em vista da efetivação de um modelo de cuidado completo e integral.

[Dentro da nossa especificidade] nós não vamos trabalhar, de uma forma melhor, de uma forma mais agradável e mais positiva para aquele usuário.

Parece que saímos [da faculdade] muito condicionados a fazer a nossa clínica e, se caso nos depararmos com um usuário, com um indivíduo que necessite de um acompanhamento específico de uma TO, nós encaminhamos, e pouco se tem esse contato do trabalho conjunto.

[Atuando sozinha] com aquele usuário na minha frente, se eu precisasse de algum encaminhamento para um profissional específico, eu iria só encaminhar. Hoje eu já tenho uma outra postura, ao invés de só fazer esse encaminhamento.

Então fica fragmentado, tanto o nosso trabalho, quanto o próprio usuário. E estar atuando hoje de uma forma efetiva com TO me faz muito sair dessa condição, desse lugar, de que as condutas podem ser tomadas juntas.

Estou fazendo tudo de uma forma bem diferente de como foi me passado, então me fortalece muito como profissional de compreender que esse caminho é um caminho que me possibilita muito de estar próximo de um usuário de uma forma mais efetiva.

E a característica tanto dos profissionais quanto das equipes em que eu estive é que isso seja feito de uma forma muito interdisciplinar mesmo, então eu me identifiquei mais com o que estava aparecendo no segundo bloco [temático usado como disparador para o grupo focal].

Considerando a interdisciplinaridade – ou, no caso, a transdisciplinaridade, modo de organização de equipe que parece dialogar mais com as falas dos participantes –, foi identificada, nesta classe, uma dificuldade em pensar no que é específico do terapeuta ocupacional no campo, como foi questionado na primeira fase desta pesquisa.

Esses temas me fazem muito pensar naquela questão do questionário que falava sobre o que que só a Terapia Ocupacional consegue fazer, e eu ficava muito com dificuldade de responder porque, trabalhando no CAPS.

Enfim, e eu acho muito rico esse lugar de sair um pouco da especificidade. Também foi muito complexo para mim responder o questionário, pensando na questão da especificidade.

De você trazer o seu conhecimento e a sua bagagem como TO para instrumentalizar o restante da equipe para poder ter essas ações com esses usuários. Então lembro que era uma dificuldade para mim de responder essas questões.

Como citado na classe 4, aparece também, aqui, a compreensão de que, no modelo de trabalho em equipe em questão – transdisciplinar –, não deve haver ações específicas de um terapeuta ocupacional, mas, sim, um modo de instrumentalização coletiva, no qual o profissional utiliza seus conhecimentos e especificidades para contribuir com as condutas da equipe.

Que estar dentro de um CAPS não deveria ter ações ou cuidados com determinados usuários que só a Terapia Ocupacional deveria fazer, mas que sim no sentido de conseguir fazer esse papel da instrumentalização.

Foi assim que foi colocado, essa importância mesmo da contribuição para a equipe, e o trabalho além das características, das ações específicas do TO, a questão também do trabalho em equipe.

E ver essas respostas agora, do restante do pessoal que respondeu ao seu questionário, é muito nesse sentido, de que não deveria existir casos onde só a Terapia Ocupacional pudesse fazer algo, ou só a Terapia Ocupacional ser acionada.

E eu vejo que quando tem esse esforço de ser interdisciplinar, principalmente na saúde mental, as barreiras vão se misturando, e algumas coisas eu penso que a Terapia Ocupacional se destaca.

Como na classe 1, também foi pontuado, nesta classe, o desconhecimento em relação à profissão Terapia Ocupacional e às suas possibilidades no campo, sendo que a experiência do trabalho em equipe é citada como algo que permite ampliação de tal conhecimento.

Eu fiz um aprimoramento também em saúde mental, que era aberto para a equipe multidisciplinar, onde nós éramos em 7 psicólogos e uma assistente social, não teve um TO na minha formação de aprimoramento embora fosse aberto.

Quando tange o que são essas distinções entre TOs e como que se dá essa afinação das participações no cuidado multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar. E assim, o conhecimento sobre o que é a Terapia Ocupacional na sua profundidade ainda é pequeno no meio profissional em que nós estamos.

De verdade, até antes de eu entrar no CAPS, até por conta de não ter contato, eu não tinha conhecimento do trabalho, da atuação do TO, então o CAPS já me trouxe essa vivência.

Este desconhecimento sobre a profissão dialoga com questionamentos como o trazido no segmento de texto abaixo, sobre o lugar da Terapia Ocupacional no campo.

No nosso CAPS, o profissional de maior número é TO, então tem mais TO do que as outras categorias, e eu confesso que, quando eu cheguei a primeira vez, eu falei “nossa, mas porque tem mais TO do que psicóloga?”.

Ainda assim, há, aqui, um reconhecimento da importância da presença do terapeuta ocupacional na equipe.

[A Enfermagem] ganha conhecimentos, nós acompanhamos ali no dia a dia as atividades, as formas que foram feitas, como que foi feito o contato, como que foi desenvolvido, como que aquele usuário chegou e tempos depois como que ele está.

Essa importância da Terapia Ocupacional, que eu vejo o quanto é amplo, o quanto contribui para o vínculo, para que o usuário do nosso serviço tenha um desenvolvimento maior, tenha uma progressão nas suas atividades, no autocuidado.

Então isso traz um ganho para a equipe como um todo, e [o TO] é um profissional certamente indispensável. Você foi falando do sujeito e da inserção na comunidade, e o quanto que ele vai se transformando.

Hoje eu tenho um olhar bem mais amplo e vejo a importância do TO, porque nós temos uma equipe grande, onde realmente atuamos em equipe, de um complementar o trabalho do outro.

Considerando a importância do terapeuta ocupacional na equipe, alguns pontos foram citados como características e contribuições específicas da Terapia Ocupacional no campo.

Eu super concordo assim com o que vocês falaram e também penso na atividade, que sempre eu penso atividade muito ligada à Terapia Ocupacional.

Porque é uma atividade específica para aquele usuário, então eu vejo quase como, eu não sei se é isso, mas eu vejo quando vocês falam de atividade quase como um projeto terapêutico que é pensado para aquele usuário, justamente pensando nas possibilidades, nas limitações.

[Contribuição do TO para que a pessoa] possa se reinserir na sociedade, com os amigos, possa se reinserir na escola, entre outras questões. A importância das atividades que são desenvolvidas especificamente para que exista esse progresso, que são as atividades lúdicas, as AVDs, então eu gostaria de reforçar.

[Nas saídas para o território, o quanto que o sujeito] consegue dar conta mesmo, de se relacionar com o outro, de se relacionar com o meio, não sei muito explicar como, mas é muito, para mim foi muito marcante, é muito gritante a diferença e que eu acho que é algo bem específico do TO.

Os participantes fizeram reflexões, ainda, sobre o perfil do terapeuta ocupacional atuante nos diferentes dispositivos e campos e o modo como isso impacta nas articulações de rede.

Só para falar um pouco do que a [outra participante] falou, é muito importante trazer essas questões das especificidades da Terapia Ocupacional dentro de várias áreas de atuação, e o quanto que isso também vai dando um entrave na saúde mental para nós.

Porque quando nós vamos fazer as interlocuções com outros serviços, vamos supor, o PADI, ela vai falando muito da disfuncionalidade, da questão física, mecânica, e quando você vai falar sobre a saúde mental, trava.

Os participantes apontaram que existe um perfil de terapeuta ocupacional para a saúde mental, afinado com a escuta e o acolhimento que o campo exige.

Ele precisa ter um perfil diferenciado, se você não tem o perfil do acolhimento, como que você vai chegar nas questões das AVDs, no comportamento familiar, no desenvolvimento escolar, nas outras fragilidades, sem o acolhimento.

É isso que vocês falaram, que fica muito mais próximo da Fisioterapia, e parece que não consegue fazer uma intervenção mais para a questão da escuta, de acolhimento, da questão mais psicológica mesmo.

Na contrapartida, o segmento de texto abaixo parece indicar algum diálogo entre a Terapia Ocupacional e a interdisciplinaridade.

Mas já conheci TOs que trabalham em consultório, com integração sensorial, algo muito direcionado, mas que conseguem fazer isso que seria interdisciplinar se ela tivesse a possibilidade de estar dentro de uma equipe.

4.6 Discussão

Nesta seção, serão apresentadas as discussões e reflexões que emergiram dos resultados relacionados ao núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. Optou-se por realizar esta discussão de forma conjunta, ou seja, propondo um diálogo entre os dados obtidos com os terapeutas ocupacionais e com os não terapeutas ocupacionais. Para isso, esta seção será organizada tendo como guia o título da presente tese – “O que se faz, como se faz, por que se faz?” - Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Assim, inicialmente, serão focalizados os resultados que respondem, em justa medida, **o que** a Terapia Ocupacional faz no campo da saúde mental infantojuvenil e **como** esta atuação se dá, e, na sequência, **o porquê** de a atuação acontecer desta forma, respaldando-se na aproximação entre o núcleo profissional e o campo de atuação.

4.6.1 O que se faz e como se faz: a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil

Os resultados da presente pesquisa permitiram identificar como atribuições e fazeres característicos da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil: 1) o enfoque nas ocupações e nas atividades de vida diária; 2) a atuação com as rotinas e a partir do cotidiano dos indivíduos; 3) a perspectiva integral sobre os sujeitos; 4) a tessitura de redes e a

intersetorialidade; 5) a atuação em interface com o campo da Educação; 6) a atuação frente ao sofrimento psíquico intenso e o manejo nas situações de crise; 7) a atuação frente às situações de vulnerabilidades e violências; e 8) a atuação nos casos mais graves e complexos.

O enfoque nas ocupações e nas atividades de vida diária foi trazido, nos resultados deste estudo, tanto pelos participantes TOs quanto pelos não TOs, como importante aspecto da atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Apesar de não estar contemplado no referencial teórico da atenção psicossocial, que sustenta as práticas deste campo, considera-se que são constructos fundantes da Terapia Ocupacional e amplamente adotados e estudados em diversos campos, no Brasil e no mundo.

Como já explicitado na introdução deste manuscrito, o termo “ocupação” foi historicamente utilizado como sinônimo de um fazer desprovido de sentido para as pessoas em sofrimento psíquico reclusas em instituições asilares. Este fazer tinha como objetivos a organização do comportamento destas pessoas e a manutenção da disciplina institucional. As pessoas também eram estimuladas a manterem uma rotina de atividades de vida diária, igualmente vista como possibilidade de adequação comportamental, supressão de sintomas e controle sobre os corpos (CARLO; BARTALOTTI, 2001). Esta compreensão sobre ocupação e realização de atividades de vida diária influenciou diretamente a Terapia Ocupacional enquanto profissão, no contexto de sua fundação, no início do século XX, e com o passar das décadas é que se começou a refletir sobre o conceito das ocupações e atividades e os propósitos de seu uso.

Revisão de literatura realizada por Salles e Matsukura (2020) se propôs a rever os principais processos históricos percorridos pela Terapia Ocupacional, no Brasil e nos demais países ocidentais, que refletiram a forma de pensar e atuar em Terapia Ocupacional, a partir dos conceitos de atividade e ocupação. As autoras buscaram publicações nacionais e de língua inglesa, em periódicos e livros da área da Terapia Ocupacional que abordassem tais conceitos. Como resultados, encontraram que, na literatura de língua inglesa, até a década de 80, os termos ocupação e atividade eram utilizados de modo intercambiável. A partir de então, o termo atividade passou a ser desvalorizado por associar-se a um fazer sem significado, usado com objetivo de entretenimento, sendo, portanto, menos importante que o termo ocupação, este sim priorizado pela profissão, por remeter às necessidades humanas básicas, para garantia da sobrevivência, da saúde e do bem-estar.

Na literatura nacional, por sua vez, segundo as autoras, a partir da década de 80, com o avanço da crítica dos terapeutas ocupacionais brasileiros sobre o contexto sócio-político local, houve um claro distanciamento das influências da literatura anglófona e o conceito de atividade

passou a ganhar força, como forma de rompimento com o tratamento moral e as práticas biomédicas e positivistas. Quanto ao termo ocupação, este permaneceu associado ao fazer-por-fazer e à alienação das instituições asilares. O conceito de atividade, com isso, se fortaleceu no Brasil como eixo norteador teórico-prático da Terapia Ocupacional. As autoras destacaram, ainda, que, no mesmo período, evidenciou-se o avanço dos estudos sobre a ciência ocupacional na literatura inglesa, enquanto, no Brasil, aprofundava-se a discussão sobre o conceito de cotidiano (SALLES; MATSUKURA, 2020).

Frente à análise de Salles e Matsukura (2020), é possível compreender que o termo ocupação não dialoga com o referencial da atenção psicossocial, uma vez que carrega consigo a associação histórica com o modelo manicomial. No entanto, importa, aqui, destacar a necessidade de estudos que se disponibilizem a fazer uma análise mais aprofundada sobre a compreensão destes termos (ocupação e atividade) e da implicação desta compreensão na prática profissional de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. Hipotetiza-se que, muitas vezes, os termos são usados de forma análoga, sem uma fundamentação teórica e/ou uma análise crítica sobre suas implicações.

De qualquer forma, o que se evidencia para a Terapia Ocupacional no contexto da atenção psicossocial é que a participação em atividades necessárias e significativas é algo central para a vida humana e que o sofrimento psíquico se inter-relaciona diretamente com a realização de tais atividades, destacando-se a importância de que o cotidiano e o território sejam tomados como cenários principais das práticas de cuidado (HIRDES, 2001; YASUI, 2016).

Estudo realizado por Salles e Barros (2009) teve como um de seus objetivos investigar como o sofrimento psíquico afetou a vida cotidiana dos sujeitos pesquisados. Participaram do estudo pessoas que estavam internadas em um hospital psiquiátrico devido ao sofrimento psíquico intenso, mas que obtiveram alta hospitalar e retornaram para convívio em comunidade, bem como os familiares de alguns destes sujeitos. As autoras encontraram que a ruptura causada por esta condição foi suficiente para a identificação de um cotidiano anterior e um posterior ao sofrimento psíquico e à hospitalização; no cotidiano anterior, havia mais possibilidades de atividades e inclusão social, enquanto que o posterior foi marcado pela ausência destas possibilidades, de interesses e pela monotonia (SALLES; BARROS, 2009).

As autoras observaram, ainda, que as atividades que os sujeitos pesquisados mais realizavam no seu dia a dia consistiam na limpeza e organização da casa, ao passo que atividades mais complexas, como a atividade religiosa, a prática de esporte, caminhadas pelo bairro e o convívio social, não eram valorizadas ou encorajadas. As autoras destacaram a importância do investimento para que as pessoas em sofrimento psíquico se engajem em

atividades cotidianas, das mais simples às mais complexas, como forma de ganho de autonomia e participação social (SALLES; BARROS, 2009).

Focalizando a população infantojuvenil, estudo realizado por Fernandes e Matsukura (2020), que abordou o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico inseridos em um CAPS infantojuvenil, encontrou, dentre outros resultados, importantes limitações no cotidiano e desafios para a realização das atividades de vida diária, de modo que atividades simples, como as de autocuidado, ganharam uma complexidade que exigia uma rede de suportes. Neste sentido, Hirdes (2001) defende uma reabilitação psicossocial que se inicia com o direcionamento do foco para as atividades básicas da vida diária e, posteriormente, engloba outros aspectos e ocupações. Para a autora, as práticas voltadas ao cotidiano são essenciais nos serviços de saúde mental.

Fernandes e Matsukura (2020) também destacam a importância do direcionamento do foco para as atividades e para o cotidiano, a partir da inserção do terapeuta ocupacional nos dispositivos de saúde mental infantojuvenil, defendendo que este é um importante passo para a superação das práticas excludentes e alienantes e efetivação da lógica psicossocial. Assume-se, aqui, uma associação entre o conceito de cotidiano e o de reabilitação psicossocial. Parte-se do princípio de que o sujeito em sofrimento psíquico é capaz de construir uma vida em sociedade – sendo este o compromisso da intervenção – e que, para isto, o foco precisa estar em seu dia a dia e em suas relações cotidianas – o pano de fundo para a orientação das práticas terapêuticas ocupacionais (SALLES; BARROS, 2006; CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2020; FERNANDES; MATSUKURA, 2020). Assim, “a terapia ocupacional cumpre papel estratégico, uma vez que viabiliza aos indivíduos foco de suas intervenções, uma organização e ressignificação do cotidiano, que responde também às premissas da reabilitação psicossocial” (FERNANDES; MATSUKURA, 2020, p. 102).

Outro ponto a ser discutido acerca das características da atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil diz respeito à perspectiva integral que direciona o olhar do terapeuta ocupacional para as pessoas acompanhadas. Os resultados da presente pesquisa evidenciaram que o terapeuta ocupacional é visto (tanto pelos participantes TOs, quanto pelos não TOs) como um profissional que leva em conta e atua sobre e a partir do indivíduo como um todo, considerando seus aspectos físico-biológicos, emocionais, sociais, a família e toda a rede de suporte e serviços.

Na minha experiência o TO participava do acolhimento como principal profissional, por possuir uma visão integral do indivíduo, e sempre se mantinha como referência

técnica, principalmente em casos com agravos sérios nos desempenhos ocupacionais. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

O TO possui a visão completa do contexto e, a meu ver, é o único profissional capacitado para intervir em todos os aspectos do desenvolvimento infantojuvenil, abordando tanto questões psicossociais quanto da funcionalidade e do desenvolvimento. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

Seja nas AVDs ou no desenvolvimento cognitivo e funcional, mas o TO é capaz de trazer um olhar mais amplo e contextualizado com a realidade de cada indivíduo na hora de propor tais intervenções. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 1]

Visão ampliada e integral da saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, olhar para rotina e atividades diárias, autonomia, pertencimento. Compartilhar e discutir casos e serviços em equipe interdisciplinar. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 1]

A Terapia Ocupacional é uma profissão que tem uma base interdisciplinar (LIMA, 1997; MINATEL; TAÑO; MORATO, 2022), isto é, o terapeuta ocupacional, durante seu processo de formação, acessa e adquire conhecimentos de diversos campos e áreas correlatas. Assim, é possível inferir que este profissional desenvolve uma habilidade para articular estes conhecimentos em um modo particular e complexo de perceber o indivíduo, percepção esta que é atenta à totalidade da vida em questão e a tudo o que a atravessa, ao mesmo tempo em que é sensível para com as suas singularidades.

Ampliando a discussão, cabe resgatar, aqui, que a integralidade é um dos princípios do SUS.

Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2020).

Defende-se, assim, a integralidade não apenas como um princípio do SUS, mas como um compromisso ético da Terapia Ocupacional, que se opera com a atuação integral junto a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, levando em conta todos os aspectos de seu desenvolvimento neuropsicomotor, o contexto social e familiar e a importância do brincar, para além das demandas relacionadas ao sofrimento em si, bem como com a atuação nas frentes de prevenção, promoção e tratamento em saúde, em articulação direta e dinâmica com toda a rede de suportes e de serviços disponível para esta população.

Frente ao exposto, torna-se mais clara a compreensão do terapeuta ocupacional como um profissional fomentador do trabalho em rede, dado evidente nos resultados do presente estudo, ilustrados nos trechos a seguir.

Percebo que sempre vamos além, expandindo para o cotidiano e as ocupações, as relações familiares, o território, a rede de suporte. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

Acredito que qualquer caso que chegue com demanda de cuidado na saúde mental infantojuvenil vai se beneficiar do cuidado de um TO. As ações de articulação de rede são bem-feitas por TOs por termos formação nas diversas áreas e assim, ter bastante conhecimento sobre os serviços das redes. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

A compreensão do tratamento, o vínculo que se amplia também com a família, a importância da Terapia Ocupacional também no contato com as demais redes que fazem parte do nosso serviço como um todo. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 2]

Que ele [o TO] tem essa capacidade e isso é colocado em prática sim, para que aumente esse leque e o vínculo dentro do serviço, família, usuário e demais redes. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 2]

Tecer redes e praticar a intersetorialidade não são tecnologias novas à Terapia Ocupacional (AVELAR; MALFITANO, 2022). As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Terapia Ocupacional, inclusive, salientam que a formação deste profissional deve incluir conhecimentos para:

[...] compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais (BRASIL, 2002b, p. 2).

Focalizando o campo da saúde mental de crianças e adolescentes, estudo realizado por Richter (2019), a respeito do processo de alta nos CAPS infantojuvenis, encontrou que os terapeutas ocupacionais consideram as articulações intersetoriais como imprescindíveis para os processos de alta nestes dispositivos, e que isto não é apenas esperado e almejado, mas, sim, uma condição para que o processo aconteça.

A literatura destaca, ainda, situações em que o trabalho intersetorial é construído a partir da Terapia Ocupacional, sendo justificado pela base interdisciplinar do núcleo profissional, por sua ancoragem nas políticas públicas, pela aproximação com o território e o cotidiano e pelas intervenções em situações de vulnerabilidades – aspectos que exigem articulações entre diferentes setores (MINATEL; TAÑO; MORATO, 2022).

As autoras supracitadas defendem que “uma ação terapêutica ocupacional comprometida com as infâncias pressupõe necessariamente o comprometimento com os territórios e contextos de vida real com tudo o que ele carrega de ausências, disputas, contradições, mas também de beleza, força, luta e vida pulsante que emana da diversidade” (MINATEL; TAÑO; MORATO, 2022, p. 831). Para elas, a intersetorialidade é um ato político, que não se restringe a um método de intervenção, mas se configura como um horizonte de práticas capaz de reduzir iniquidades a partir do protagonismo popular.

Estudo realizado por Constantinidis *et al.* (2021) teve como objetivos analisar o trabalho em rede na produção de atenção e cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico na região metropolitana de Vitória (ES) sob a perspectiva dos profissionais. As autoras realizaram estudo qualitativo, por meio de grupo focal, do qual participaram profissionais de saúde mental dos serviços que compõem a RAPS na Grande Vitória. Dentre os resultados, as pesquisadoras encontraram como importantes desafios a articulação da intersetorialidade na produção de cuidado à criança e ao adolescente, o distanciamento da atenção básica do trabalho em rede e o tensionamento da relação com o setor da educação. Apesar destes desafios, as autoras evidenciaram que os participantes do estudo reconhecem a importância do trabalho no território, do diálogo entre os profissionais dos diferentes setores e das articulações em rede (CONSTANTINIDIS *et al.*, 2021).

Ao se tratar de crianças e adolescentes, a tessitura de redes passa, necessariamente, pelo setor educação. Segundo a literatura, as escolas e a atenção básica são os dispositivos dos quais mais se aproxima o público infantojuvenil, devendo ser estes os disparadores para a construção do trabalho em rede intra e intersetorial (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; TAÑO; MATSUKURA, 2019; 2020). Nos resultados do presente estudo, foi citada a interface da atuação do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil com as escolas, sendo esta reconhecida como uma característica e uma potência do trabalho deste profissional no campo.

Em diálogo com tais resultados, alguns estudos têm admitido a relação entre a qualidade da saúde mental de crianças e adolescentes e suas possibilidades de inserção e participação no contexto escolar. Para Fernandes e Matsukura (2020), o sofrimento psíquico pode impactar desde a permanência na escola e o acompanhamento dos conteúdos curriculares, até motivar conflitos com os pares e com as equipes escolares. As autoras destacam a importância do redimensionamento deste problema, uma vez que os estudantes e suas famílias não podem ser culpabilizados e responsabilizados por tais dificuldades, mas que as mesmas precisam ser compreendidas de forma complexa e tratadas intersetorialmente.

Estudo realizado por Fernandes *et al.* (2019) teve como objetivos identificar as principais demandas relacionadas ao desenvolvimento emocional e à saúde mental infantil junto a atores do contexto escolar e descrever as possibilidades de intervenções da Terapia Ocupacional nas práticas intersetoriais em saúde mental com enfoque na promoção e prevenção. As autoras relataram a experiência de um projeto de extensão universitária, desenvolvido em duas etapas, conforme os objetivos do estudo. Nos resultados, as autoras encontraram como principais dificuldades da equipe escolar o manejo em situações de pouco envolvimento das crianças nas atividades pedagógicas e os comportamentos de distração, agitação e agressividade. Como estratégias de ação, foram realizados encontros com a equipe escolar para reflexão sobre desenvolvimento infantil, saúde mental infantil e levantamento de estratégias em sala de aula, bem como grupos com os pais e a equipe escolar.

Concordando com os resultados do presente estudo, as pesquisadoras observaram a potência da Terapia Ocupacional no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde mental infantil no contexto escolar, uma vez que a parceria entre as equipes (da escola e da saúde mental) e entre ambas e os familiares das crianças proporcionou o compartilhamento de experiências e dúvidas e o desenvolvimento de métodos e planos de ação efetivos frente às dificuldades apresentadas. Também destacaram que a atuação da Terapia Ocupacional neste contexto se respalda nas políticas públicas do campo da saúde mental e dos direitos das crianças e adolescentes, isto é, na busca por autonomia e participação, na horizontalização e intersetorialidade, no respeito às diversas formas de existência das crianças e adolescentes, na resistência à normatização, no fortalecimento das potencialidades e na valorização das diversidades dos saberes (FERNANDES *et al.*, 2019).

Nesta direção, Souza e colaboradoras (2022) relataram uma experiência de ações de promoção à saúde mental de adolescentes no contexto escolar com a atuação da Terapia Ocupacional. As pesquisadoras realizaram atividades que abordavam a temática da saúde mental com 79 adolescentes estudantes de uma escola pública de um município do interior paulista. Durante os encontros, foram identificados fatores como favorecedores da saúde mental, dentre os quais foram citadas a rede de apoio social, o engajamento em atividades prazerosas e o reconhecimento das próprias habilidades, e, também, os fatores identificados como prejudiciais para a saúde mental, como a vivência de situações de violência e *bullying/cyberbullying*, isolamento social e baixa autoestima.

Também foi citada, nos resultados da intervenção, a discussão dos estudantes a respeito do sofrimento psíquico e as possíveis estratégias de enfrentamento diante das situações adversas vivenciadas no cotidiano. As autoras concluíram destacando a importância da Terapia

Ocupacional no agenciamento das questões relacionadas ao sofrimento psíquico e promoção de saúde mental de adolescentes no contexto escolar, respaldando-se na atenção psicossocial e na intersetorialidade (SOUZA *et al.*, 2022).

Também discutindo as possibilidades da Terapia Ocupacional no contexto escolar, Pereira e colaboradoras (2021) resgatam que o debate hoje acerca da educação inclusiva emerge do movimento mundial por inclusão social, e não no contexto estrito da educação especial. Entretanto, passa a se aplicar à educação especial, uma vez que seu público alvo – pessoa com deficiência – é uma população historicamente excluída. A educação inclusiva provoca a ideia de uma educação de qualidade para todas as pessoas, inclusive, e não somente, as pessoas com deficiência. Reconhece-se, assim, diversos aspectos que podem se inter-relacionar com a participação escolar e o processo de ensino-aprendizagem, sejam eles de ordem física ou emocional, sejam os processos históricos, políticos, econômicos e sociais. Frente a isto, as autoras sinalizam a importância de reflexão por parte do terapeuta ocupacional que atua em interface com as escolas sobre o acesso e a permanência de todas as crianças, adolescentes e jovens, inclusive os que estão em sofrimento psíquico, na educação formal e de qualidade, como direito advindo de sua cidadania (PEREIRA; BORBA; LOPES, 2021).

Com os parágrafos acima expostos, é possível observar que considerar as crianças e adolescentes como seres integrais e complexos, tecer redes, fomentar a intersetorialidade e atuar junto ao contexto escolar, embora tenham sido aspectos sinalizados pelos participantes do presente estudo (TOs e não TOs) como fazeres que caracterizam o núcleo do profissional terapeuta ocupacional, o que foi corroborado pelos estudos e relatos encontrados na literatura, consistem, essencialmente, em elementos que compõem as diretrizes da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, que respaldam o campo da saúde mental infantojuvenil. Sendo assim, seria esperado que estivessem presentes nas ações de todos os profissionais atuantes nesse campo, e não apenas do terapeuta ocupacional.

Hipotetiza-se, com isto, que o profissional terapeuta ocupacional parece conseguir, em sua prática, considerar tais aspectos de forma mais natural e pragmática, colocando seu corpo na ação concreta, disponibilizando-se para estar e construir junto com os usuários e coletivos novas possibilidades de atividades e relações nos contextos de circulação destas pessoas, por exemplo, na escola. E, neste fazer junto, consegue identificar e acionar novos potenciais parceiros (como familiares, professores, gestores, técnicos) e com eles seguir costurando possibilidades, em um processo contínuo de afetações e construções.

Os resultados da presente pesquisa também indicaram, como fazer característico da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, para além dos tópicos tratados

até aqui, a atuação frente ao sofrimento psíquico intenso e o manejo nas situações de crise. Tal resultado encontra respaldo na literatura. Em manuscrito publicado em 1995, a terapeuta ocupacional Jô Benetton refletiu sobre a atuação da Terapia Ocupacional junto a pessoas em sofrimento psíquico intenso e crise nos serviços de emergência psiquiátrica, relatando sua experiência no Ambulatório de Crise do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina. A autora descreveu a experiência do fazer, proporcionada pela Terapia Ocupacional, como estratégia facilitadora para atravessar o processo de crise. “Na medida em que a terapeuta ocupacional propõe-se como mantenedora da conduta construtiva, criativa e de aprendizagem e quando é sentida como asseguradora de escolhas e caminhos, dentro da situação de fazer é possível começar a observar alterações da conduta provocadas pela crise [...]” (BENETTON, 1995, p. 26). A autora ainda destacou que foi possível observar, a partir da inserção da Terapia Ocupacional no serviço, menor tensão e ansiedade nos demais profissionais da equipe, no manejo nas situações de crise, bem como melhor adesão dos sujeitos aos tratamentos propostos e manutenção do processo terapêutico.

Estudos mais recentes, como o de Kawashima (2013), também destacam a importância da atuação da Terapia Ocupacional nas situações de crise – no caso do estudo, psicóticas. A autora reconhece o impacto do sofrimento psíquico no cotidiano e na participação social dos sujeitos e defende o terapeuta ocupacional como profissional importante para auxiliar a equipe interdisciplinar a tratar a situação de modo individualizado, articulado com a realidade da vida do indivíduo, ampliando o cuidado e estimulando o exercício da cidadania e autonomia.

Pesquisa desenvolvida por Rossi e Cid (2019) teve como objetivo identificar a compreensão de familiares de adolescentes usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) sobre as situações de crise vivenciadas pelos adolescentes e sobre a trajetória percorrida em busca de cuidados. Nos resultados, as autoras encontraram que a vivência da crise fez emergir, nos familiares, sentimentos de medo, perplexidade e culpa. Também pontuaram a experiência da crise como oportuna para aproximação do vínculo entre o sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares. Embora não fosse objetivo do estudo, as autoras ressaltaram a potência da Terapia Ocupacional na mediação da situação de crise e reinvenção do cotidiano da pessoa em sofrimento psíquico, partindo do fazer enquanto catalizador dos processos de cuidado.

Moura e colaboradoras (2021), em manuscrito específico sobre a atenção psicossocial de crianças e adolescentes, partem de estudos psicanalíticos para compreender a crise como um fenômeno coletivo e considerá-la a partir de uma perspectiva psicossocial. Para as autoras:

É importante refletir sobre a complexidade em que se apresenta o sofrimento psíquico na infância e adolescência. Quando uma criança ou adolescente vivencia uma situação de crise, traz consigo sua família, sua escola, sua comunidade, suas relações, sua história de vida, sua condição socioeconômica, sua cultura. Uma situação de crise não fala somente sobre o sofrimento individual daquela criança ou adolescente, mas sobre a capacidade ou incapacidade de suporte de sua rede, e do sofrimento vivenciado ou produzido por todos os atores que compõem suas relações e seus cenários de vida. Por isso, compreender a crise em uma perspectiva psicossocial é um ato revolucionário em si, pois amplia, complexifica e contextualiza o sofrimento, rompendo com os alicerces que sustentam a objetificação, a patologização e a medicalização da infância e adolescência, práticas manicomialistas ainda atuais, que impedem crianças e adolescentes de serem e estarem livres no mundo (MOURA *et al.*, 2021, p. 108).

As autoras, ainda, pontuam o caráter inédito das situações de crise, o que exige um ineditismo também nas ações de cuidado (MOURA *et al.*, 2021).

Em manuscrito mais recente, também enfocando a compreensão de crise a partir da perspectiva psicossocial, em comparação com a crise compreendida do ponto de vista psiquiátrico, Moura *et al.* (2022) buscaram identificar as noções de crise presentes nos discursos de trabalhadores e gestores de CAPSij, à luz dos paradigmas vigentes no campo, indicando possíveis impasses e avanços da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Os pesquisadores realizaram questionários, entrevistas e grupos focais com trabalhadores e gestores dos CAPS infantojuvenis do município de São Paulo. Como resultados, foram identificadas duas categorias que expressam as noções de crise identificadas. São elas: a crise psiquiátrica, entendida como a expressão e agudização dos sintomas psiquiátricos, e a crise psicossocial, compreendida como uma experiência singular, mas, também, social, relacional e cultural.

Os autores refletiram o quanto o dissenso nesta conceituação e compreensão reflete o processo de transição paradigmática no qual se encontram os dispositivos da rede de atenção psicossocial infantojuvenil, e destacaram que o entendimento da crise sob uma ótica complexa e multifacetada, cujas respostas também devem ser complexas e alcançar múltiplos atores, é um desafio atual. Por fim, os autores se posicionaram: “proteger crianças e adolescentes de processos que produzem mais sofrimento como a institucionalização, a patologização, a estigmatização e a medicalização é um compromisso ético e político que deve compor o trabalho cotidiano junto a essa população” (MOURA *et al.*, 2022, p. 9).

Considerando os resultados da presente pesquisa, que destacam a atuação do terapeuta ocupacional nas situações de crise, e considerando os estudos acima elencados e a compreensão de crise a partir da perspectiva psicossocial, é possível compreender que o terapeuta

ocupacional parece ser um profissional que se esforça para alinhar sua intervenção com os pressupostos do campo. Isto é, o TO parece não individualizar suas ações apenas para com o sujeito em crise, mas as estender para a família e a rede de serviços e suporte, conseguindo lidar com o ineditismo da situação dada, sendo sensível às suas especificidades, mas, especialmente, apostando na contratualidade, sendo articulador e (cri)ativo na produção de sentidos, no desenho de caminhos e na invenção de possibilidades a serem escolhidas com autonomia pelo sujeito que vivencia a crise, em parceria com seus familiares e sua rede.

Seguindo nessa reflexão, outro aspecto destacado nos resultados do presente estudo como característica da atuação do terapeuta ocupacional na atenção psicossocial infantojuvenil diz respeito à intervenção frente às situações de violências e vulnerabilidades, as quais, muitas vezes desencadeiam situações de crise psicossocial (MOURA *et al.*, 2022).

Situações de vulnerabilidade social e emocional pois nestas o TO poderá auxiliar com recursos da vida cotidiana, oferecendo atividades que auxiliem na regulação do sofrimento advindo com estas situações. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

Principalmente para questões comportamentais e de socialização. O público infantojuvenil que apresenta dificuldades em modular suas emoções e que possuem prejuízos no desempenho de seus papéis sociais também. Além de situações de vulnerabilidade e vínculos afetivos e familiares conflituosos que acabavam culminando em crises ansiosas ou depressivas com automutilação. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a; 2010b) reconhece a relação entre as situações de violência e a vulnerabilidade social e os problemas na saúde mental de crianças e adolescentes. Também postula que a rede de serviços do SUS é espaço privilegiado para a intervenção com crianças e adolescentes em situação de violência, desde a identificação e durante todo o atendimento, incluindo a notificação e as ações de proteção. Os documentos orientam profissionais da saúde a atuarem para a prevenção de violências, identificação precoce de sinais e sintomas e estabelecimento de uma linha de cuidados intersetorial para crianças, adolescentes e seus familiares vítimas de violência.

Alguns estudos também abordam as possibilidades da Terapia Ocupacional neste contexto. Pesquisa realizada por Cortês, Contijo e Alves (2011) teve como objetivos descrever e analisar a intervenção terapêutica ocupacional na prevenção da violência com adolescentes e verificar o potencial dos recursos na promoção de estratégias de enfrentamento ao fenômeno. As autoras realizaram um estudo de caso em uma escola municipal de uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais. Foram realizados grupos (focal e de atividades) e entrevistas e

foram utilizados recursos audiovisuais e atividades expressivas com os adolescentes participantes, a fim de promover reflexão e elaboração de estratégias de enfrentamento à violência. Como resultados, as autoras identificaram três categorias temáticas. São elas: “Atividade como expressão”, na qual foi destacado o potencial das atividades na expressão do fenômeno e da dinâmica da violência nos diversos contextos adolescentes (casa, escola, comunidade); “Atividades como forma de elaboração de estratégias de enfrentamento à violência”, na qual as atividades foram usadas para reflexão crítica sobre estratégias de enfrentamento à violência nos diversos contextos e sobre possíveis soluções para os conflitos violentos; e “Visão do grupo sobre as ações da Terapia Ocupacional”.

Nesta última categoria, foi trazida a percepção dos adolescentes sobre as atividades desenvolvidas e, também, sobre a atuação do terapeuta ocupacional, sua postura e o que o diferenciava dos outros profissionais. Os participantes destacaram o modo horizontal como os TOs se relacionaram com eles, e que isto os fez se sentirem valorizados pelos conhecimentos que possuíam e confortáveis para exporem suas ideias, sem repressões ou julgamentos. Os adolescentes também ressaltaram que o modo de intervenção terapêutica ocupacional, por meio do fazer e do agir, operou como canal de comunicação mais fluido com o universo juvenil. As autoras refletiram, por fim, que a experiência confirmou a “relevância das ações do TO para a reflexão e elaboração de estratégias de enfrentamento ao fenômeno da violência, mostrando um profissional que consegue se inserir na cultura e realizar ações significativas a partir de uma relação dialógica, democrática e aberta com os adolescentes” (CORTÊS; CONTIJO; ALVES, 2011, p. 214).

Relato de experiência realizado por Pereira *et al.* (2014b) teve como objetivo descrever a atuação da Terapia Ocupacional frente a adolescentes em situação de vulnerabilidade, utilizando a oficina de culinária como estratégia de intervenção. As autoras realizaram seis encontros, que compuseram uma oficina de culinária em uma instituição filantrópica que atende adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em um município do Estado de Minas Gerais. As oficinas tinham como objetivos: promover relacionamentos mais amigáveis entre os adolescentes, fortalecer o protagonismo juvenil e a autoestima, promover o empoderamento, a cidadania e a participação social, o desenvolvimento das habilidades sociais, a expressão de emoções e sentimentos, estimular a proatividade, a autonomia e o processo coletivo de criação, discussão e reflexão sobre o cotidiano e o universo adolescente.

Como resultados, as autoras pontuaram a importância do estabelecimento do vínculo para o desenvolvimento do trabalho. Elas observaram que a oficina promoveu atitudes emocionais positivas entre os adolescentes, como carinho, afeto, compreensão, empatia,

estímulo e apoio mútuos. Também observaram que os encontros promoveram aumento do cooperativismo grupal, da autonomia e independência dos adolescentes, além da descoberta de potencialidades e habilidades individuais e do vislumbre de projetos de vida, destacando-se, assim, a potência da Terapia Ocupacional neste contexto (PEREIRA *et al.*, 2014b).

Revisão de literatura realizada por Ferreira *et al.* (2017) teve como objetivo identificar as abordagens realizadas pelos terapeutas ocupacionais com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e violência. Os autores realizaram revisão de literatura e encontraram 12 estudos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Como resultados, foi observado que a maior parte dos estudos trata do assunto pela perspectiva da saúde mental, apontando para a importância da prevenção das situações de violência e vulnerabilidade social e para a diminuição dos prejuízos para o desenvolvimento das crianças e adolescentes vítimas de tais situações. Os autores destacaram que o terapeuta ocupacional cria espaços de aprendizagem e experimentação que ajudam na construção da subjetividade de crianças e adolescentes, dando-lhes oportunidades para o exercício da autonomia e construção de estratégias para lidar com os problemas, além de fortalecerem sua rede de apoio.

Portanto, a partir dos resultados do presente estudo, em diálogo com os autores supracitados, é possível sinalizar que o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental de crianças e adolescentes é constituído por elementos que permitem que o profissional, frente às situações de violência e em contextos de intensa vulnerabilidade social, seja capaz de se aproximar de forma horizontal dos atores envolvidos na situação (crianças, adolescentes, famílias, profissionais e dispositivos) e, com eles, a partir de seus contextos, valores e cultura, produzir fazeres partilhados que se traduzem em formas de lidar, sejam elas a nível individual, coletivo ou político-territorial, considerando, especialmente, a busca pelo acesso aos direitos das crianças e adolescentes.

Mais estudos que pudessem se debruçar sobre o fazer do terapeuta ocupacional junto a crianças e adolescentes vítimas de violência e/ou advindas de contextos de intensa vulnerabilidade social, no contexto da atenção psicossocial infantojuvenil, focalizando no “como faz”, a partir de metodologias qualitativas e participativas, seriam interessantes para a maior sistematização e compreensão deste núcleo profissional neste contexto.

Último tópico apresentado nos resultados do presente estudo como característico da intervenção da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil diz respeito à atuação com os casos mais graves e complexos, nos quais já foram realizadas diversas ações terapêuticas por outros profissionais, sem êxito. Dentre estes casos, foi destacada a atuação do terapeuta ocupacional junto aos indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

E às vezes tenho a sensação também de quando já tentaram de tudo, eles chamam o TO, como se a gente tivesse uma varinha mágica para lidar com os casos impossíveis, com a impotência da equipe de alguma situação. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

Na minha experiência, observei que casos muito graves, normalmente eram os TOs que topavam atender, acredito que por sua habilidade de olhar a potência e não a falta e pela sua diversidade e criatividade nas ações terapêuticas. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

Aos casos mais graves, pacientes não verbais, pacientes com sintomas graves e com desorganização interna e externa. Nos casos graves e sem respostas ao tratamento de outros profissionais de outra área. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

Atuação com público infantil e pacientes graves, com psicose, TEA, quando há dificuldade em pensar atividades mais concretas e sensoriais para os indivíduos. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 1]

Em casos graves de usuários com TEA e quando há sérios prejuízos na realização de AVDs, pouca ou nenhuma autonomia do usuário. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 1]

O TO está atento a movimentos corporais, discursos, articulações de palavras, fases do desenvolvimento. Ele busca inúmeras estratégias para auxiliar o paciente no desenvolvimento. Casos graves em que foram feitas tentativas terapêuticas sem êxito significativo em oficinas, convivências e outros. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 1]

A literatura ainda é frágil em discutir a associação da Terapia Ocupacional com o atendimento a casos mais graves e complexos no âmbito da saúde mental infantojuvenil, mas é possível levantar algumas hipóteses, inclusive resgatando os últimos tópicos aqui relatados, sobre a atuação terapêutica ocupacional nas situações de crise e nos casos de violência e vulnerabilidade social envolvendo crianças e adolescentes.

No que se refere aos casos considerados mais graves do ponto de vista psiquiátrico (TEA, por exemplo), ou às situações graves e complexas de sofrimento psíquico, com exacerbação de sintomas, como tentativas de suicídio ou crises psicóticas entre crianças e adolescentes, o profissional terapeuta ocupacional parece ser mais acionado pela sua competência de avaliar a situação de forma mais prática e concreta, buscando compreender as demandas e, a partir da acolhida da situação junto ao usuário e familiares, identificar, também com eles, caminhos possíveis para lidar, tais como: estabelecimento de contratos pautados nos interesses, necessidades e nos elementos concretos da realidade dos sujeitos, identificação de pessoas e serviços que possam atuar como suporte, organização das rotinas e tarefas necessárias

para enfrentar a situação, acompanhamento de usuários e familiares nos diferentes contextos, dentre outros.

Para além disso, no que se refere à atuação direta com a criança e o adolescente, o terapeuta ocupacional parece ser um profissional capaz de direcionar o olhar para o que há de potência na situação, por mais crítica e complexa que ela seja. De acordo com Marcolino (2009), os terapeutas ocupacionais sustentam sua prática a partir da valorização do sujeito e de suas potencialidades. A autora afirma que, por meio de um raciocínio clínico condicional elaborado, o profissional reconhece os fatores facilitadores da participação e, então, traça possibilidades futuras. Com os resultados do presente estudo, é possível inferir que o terapeuta ocupacional, ao apostar na contratualidade e na autonomia e direcionar sua atuação para o concreto da situação, as atividades, as rotinas, as pessoas, os serviços envolvidos, parece fomentar nos indivíduos a capacidade de criar caminhos, repertórios e estratégias, consequentemente, produzindo vida.

No que diz respeito especificamente à intervenção da Terapia Ocupacional junto aos casos de TEA, a literatura é mais vasta. Como já apresentado nos capítulos introdutórios deste manuscrito, os estudos brasileiros específicos da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil se iniciaram a partir da intervenção nos casos de autismo (MATSUKURA, 1997).

Cabe, aqui, contextualizar o modo como as políticas públicas de saúde vêm estabelecendo diretrizes para a atenção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista no Brasil. A literatura indica que, historicamente, dois grupos distintos, paralela e simultaneamente, se dedicaram a pensar e construir políticas voltadas para o autismo no Brasil: de um lado, os profissionais e gestores do campo da atenção psicossocial, comprometidos com a reforma psiquiátrica e as novas políticas de saúde mental; e, de outro, as associações de familiares, que passaram a se organizar de maneira autônoma para suprir a lacuna da assistência pública voltada a esta população (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Com isto, hoje, existem dois documentos institucionais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b; 2015b) direcionados a esta temática.

De um lado, o documento "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)" aborda o transtorno como pertencente ao campo das deficiências, propondo o tratamento pela via da reabilitação. De outro, o documento "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde" reconhece o autismo como um transtorno mental, pertencente ao campo de cuidados da atenção psicossocial (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 707).

Este dissenso no direcionamento das iniciativas governamentais, para além de destacar as discordâncias teóricas e os interesses das partes envolvidas, gera conflito no modo como se deve operar o cuidado a esta população no cenário da saúde pública brasileira. Nos resultados do presente estudo, este conflito se evidenciou, como demonstram os segmentos de texto a seguir.

É uma impressão muito pessoal minha, eu não acho que TEA tinha que ser atendido em caps, isso é uma visão particular minha. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 2]

Eu acho que TEA tem que ficar também no CAPSij. Ou no dispositivo que tiver, por que que tem que ser diferente? [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 2]

Importa, aqui, dar destaque para a contradição que este conflito evidencia: enquanto as políticas se pautam na integralidade do cuidado e na não sobreposição dos diagnósticos em relação aos sujeitos, na prática do cuidado, reluz a compartimentalização do ser humano e sua identificação a partir de sua doença, de modo que o diagnóstico parece ser o que determina se uma pessoa precisa de uma intervenção ou de outra, e não as suas demandas subjetivas. Isto é: parece ser nebuloso pensar que uma pessoa com Transtorno do Espectro Autista pode demandar tanto de intervenções no campo da reabilitação, quanto no âmbito psicossocial.

Embora internacionalmente, conforme apresentado no subcapítulo 1.3.3 deste manuscrito, a literatura seja mais vasta no que se refere ao reconhecimento de técnicas específicas da Terapia Ocupacional e outras profissões nas intervenções direcionadas a pessoas com TEA (MATSUKURA; SORAGNI, 2013; MIRE *et al.*, 2015), no cenário nacional, o esforço tem sido em demonstrar o quanto tais abordagens podem ser complementares a outras intervenções, como as realizadas nos dispositivos da rede de atenção psicossocial, balizando-se pela necessidade individual de cada sujeito, e não por seu diagnóstico, e levando em conta o papel e a importância de cada dispositivo que compõe a rede de serviços.

Cabe destacar que o bom funcionamento da rede implica a oferta de serviços alinhados com as funções de cada instituição, considerando inclusive os recursos humanos e a infraestrutura disponíveis. Por exemplo, um profissional da terapia ocupacional qualificado poderia oferecer atendimentos especializados de Integração Sensorial em um CER; porém, em um CAPS, esse mesmo profissional atuaria de forma diferente (por ex., promovendo ações de reinserção social dos usuários), uma vez que o CAPS e o CER são dispositivos com funções diferentes na rede (ARAÚJO; VERAS; VARELLA, 2019, p. 95).

Lourenço e colaboradoras (2021), a partir de pesquisa realizada e divulgada em manuscrito específico sobre a atenção psicossocial e o Transtorno do Espectro Autista,

corroboram a ideia acima apresentada. Para as autoras, a não clareza dos serviços e das equipes sobre seus objetivos, suas potencialidades e limitações representa uma barreira para a operacionalização do cuidado interprofissional e intersetorial. As autoras destacam, ainda, o quanto os casos de TEA convocam à construção de ações intersetoriais e destacam o CAPSij como o dispositivo que deve assumir o lugar de coordenação e efetivação de parcerias com dispositivos de outros setores e com o território, de modo que as intervenções especializadas devem ser direcionadas para outros dispositivos.

Feitas as colocações acima, e voltando mais especificamente ao que diz respeito à intervenção da Terapia Ocupacional junto aos casos de TEA no contexto da atenção psicossocial, parece ser possível levantar algumas hipóteses. Os resultados até aqui apresentados indicaram o terapeuta ocupacional como um profissional que considera e intervém diretamente nas rotinas e nas atividades que compõem o cotidiano dos sujeitos, que tem uma perspectiva completa e integral sobre os indivíduos que, no caso de crianças e adolescentes, estão em plena fase de desenvolvimento, e que é um articulador e fomentador do trabalho em rede. Considerando a complexidade que o TEA apresenta, do ponto de vista psiquiátrico, e levando-se em conta, especialmente, seus impactos na existência do sujeito, o terapeuta ocupacional parece ser um profissional que tem habilidades ímpares na intervenção junto a esta população.

Crianças e adolescentes, ao longo de seu desenvolvimento, estão em constante aprendizagem, experimentação e criação de repertórios. Biológica e socialmente, é esperado que, a cada fase, adquiram independência e autonomia no dia a dia e nas relações, e o terapeuta ocupacional é um profissional qualificado para compreender a importância e a complexidade deste processo. Ao passo que é identificado um atraso no desenvolvimento ou, neste caso específico, diagnosticado o TEA, para além de se pensar na importância do estímulo e do ganho de habilidades – o que não pode ser confundido com o objetivo da normatização –, para a atenção psicossocial infantojuvenil, importa pensar globalmente no modo de existência do sujeito. O modo como brinca, se comunica, interage, passa os dias; se é tratado enquanto criança ou adolescente, e se tem oportunidade de sê-lo, ou se é visto somente como autista; o quanto é considerado um sujeito de direitos e desejos; o modo como é estimulado à participação nos diferentes espaços; o quanto é valorizado em suas capacidades e se investe em sua potência.

O terapeuta ocupacional parece conseguir compreender o organismo neurobiológico e os aspectos intrínsecos ao seu desenvolvimento neuropsicomotor, mas, mais que isso, parece compreender o indivíduo, o seu modo de vida e seu cotidiano, e o que é possível ser construído coletivamente, com o próprio sujeito, a família e a rede, que lhe faça sentido e atenda às suas

necessidades e desejos subjetivos. Parece ser, também, o profissional que, nos momentos de crise e intensificação do sofrimento, consegue acolher e agir de modo concreto frente às necessidades, lançando mão de estratégias que envolvem a escuta, a aproximação e o toque, ou o afastamento e a garantia do espaço, o fazer, a organização do cenário e da rotina, o acionamento de pessoas, o estabelecimento de contratos, e outras saídas possíveis para aquela situação inédita e exclusiva.

Conclui-se esta seção com as considerações apresentadas por Fernandes, Taño, Cid e Matsukura (2021b) que, em capítulo de apresentação de livro sobre saúde mental e atenção psicossocial de crianças e adolescentes, auxiliam na síntese do que foi apresentado nas discussões produzidas até aqui. As autoras, que também são terapeutas ocupacionais, reforçam a importância do compromisso ético-político do profissional deste campo com as infâncias e adolescências, com a defesa de seus direitos, sua cidadania e seus diferentes modos de ser e estar no mundo. Falando a partir de seus lugares de terapeutas ocupacionais atuantes e pesquisadoras do campo da saúde mental infantojuvenil, as autoras se posicionam fortemente contrárias às práticas biomédicas, rotuladoras e medicalizantes, que violentam e criminalizam crianças e adolescentes. Também defendem a transdisciplinaridade, a intersetorialidade, a territorialidade, a democratização das relações, a inclusão e o reconhecimento da pluralidade dos seres como composições teórico-práticas que sustentam seus trabalhos neste campo.

Frente ao exposto, com os resultados e a discussão com base na literatura até aqui apresentados, foi possível identificar uma tendência de alinhamento da atuação do núcleo profissional da Terapia Ocupacional com os pressupostos da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, referencial teórico que sustenta o campo da saúde mental infantojuvenil. Isto será aprofundado na subseção a seguir.

4.6.2 Por que se faz: relações entre a Terapia Ocupacional e a Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes

Partindo das atribuições e fazeres característicos da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, apresentados na subseção anterior, importa discutir, aqui, os resultados que fundamentam ou justificam esta atuação. Os resultados ora apresentados evidenciaram uma aproximação entre os saberes e práticas característicos do núcleo da Terapia Ocupacional e as diretrizes da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, que sustentam o campo da saúde mental infantojuvenil. Esta aproximação se deu nos seguintes aspectos: 1) a importância do acolhimento e da escuta; 2) a valorização das identidades e subjetividades; 3) o

“fazer junto” o que faz sentido; 4) a ampliação da autonomia e participação social; e 5) a construção de projetos de vida.

Como já trazido na introdução deste manuscrito, o acolhimento consiste em um dos conceitos-ferramenta propostos por Yasui (2016), mas, também, em uma diretriz da Política Nacional de Humanização, do Sistema Único de Saúde. Compreende o reconhecimento da legitimidade e da subjetividade da necessidade em saúde de um indivíduo; tem como objetivo a construção de vínculo e relação de confiança entre sujeitos e dispositivos; acontece por meio de escuta ativa e qualificada e possibilita a compreensão da demanda e a garantia do acesso ao cuidado (BRASIL, 2013). A escuta, por sua vez, implica na disponibilidade e no acolhimento das queixas que podem, a princípio, não ter relação com a demanda principal do sujeito. Com a escuta, é possível identificar a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua demanda e sobre o modo como esta atravessa e impacta sua vida (BRASIL, 2007).

Apesar de o acolhimento e a escuta estarem dentro do que as políticas em saúde preveem no Brasil para todos os profissionais e serviços, o modo como foi trazida a temática ao longo dos resultados parece indicar uma habilidade, ou sensibilidade, específica do profissional terapeuta ocupacional em executar tais ações.

O que eu acredito é que existam particularidades dentro no nosso processo terapêutico, como um olhar sobre o processo de fazer uma atividade, nosso manejo de grupo, nossa escuta. [segmento de texto – *corpus* TOs – Fase 1]

[O trabalho da Terapia Ocupacional é] De grande importância. A saúde mental da criança e do adolescente é muito fragilizada, principalmente em situação de acolhimento [institucional] e o profissional faz um trabalho relevante neste sentido, garantindo acolhimento, escuta, parceria, motivação e cuidado. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 1]

Faz toda diferença o profissional de Terapia Ocupacional compondo uma equipe e intervindo nas dificuldades das práticas cotidianas a partir de cada caso, assim como a escuta sensível e o acolhimento ao sofrimento. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 1]

Então eu vejo num lugar de, pelo menos na minha atuação com infantojuvenil, vejo as TOs escutando de um lugar e compreendendo esse lugar da criança e do adolescente de funcionar. [segmento de texto – *corpus* NÃO TOs – Fase 2]

Constantinidis e Cunha (2020) discutem a relação entre a escuta dos profissionais da saúde e o que a literatura traz a respeito do olhar do terapeuta ocupacional, partindo dos estudos de Lima (2004) sobre análise de atividades. Para os primeiros autores, a escuta, assim como o olhar, pode ser objetiva e direcionada a um objetivo preestabelecido pelo profissional e

desconhecido pelo sujeito, de modo que só se ouve, ou só se vê, o que interessa. Pode consistir, portanto, em um recorte reducionista de demandas, obtido pelos especialismos. Lima (2004) propõe, assim, a existência de um olhar que interroga para além do que se sabe, que identifica e produz sentidos, que assume o lugar de acolhimento e, por conseguinte, de cuidado.

Partindo dos resultados obtidos neste estudo, é possível se basear na análise acima apresentada para compreender o modo como se articulam o olhar, a escuta e o acolhimento na atuação do terapeuta ocupacional. Este profissional parece conseguir oferecer uma escuta atenta, cuidadosa e empática; uma escuta que não necessariamente convoca a uma resposta pronta, mas que suporta o não-saber e abre espaço para a invenção e a descoberta conjunta de ações possíveis. Parece ser uma escuta que expande o olhar para a completude do sujeito e o que está sobreposto por sua demanda, de modo que ambos – a escuta e o olhar – se somam e se potencializam em um acolhimento sensível e transformador para com o sujeito. Sensível, pois é capaz de identificar e compreender o mais íntimo e subjetivo da situação, sem desarticulá-lo do contexto, e transformador, pois é o ponto de partida para a elaboração de estratégias de cuidado possíveis e potentes.

Parece vir daí a compreensão do terapeuta ocupacional como um profissional que valoriza as identidades e subjetividades dos sujeitos, resultados também encontrados no presente estudo. Uma vez que se dispõe a escutar e acolher, numa relação horizontal, as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e seus familiares, o terapeuta ocupacional parece conseguir identificar e acessar efetivamente quem são estas pessoas, suas identidades, e, a partir disto, colaborar para a construção de estratégias de ação individual e coletivas. Quanto ao mais, a expansão da fresta de contato com o indivíduo em sofrimento psíquico e seus familiares parece ser o ponto de partida para seu reconhecimento enquanto protagonistas, cidadãos e sujeitos de direitos, vontades e saberes.

Todos estes aspectos acima citados, apesar de trazidos nos resultados deste estudo como elementos características do núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, consistem em princípios claros da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, o que evidencia uma aproximação entre os saberes e práticas deste núcleo profissional e os contornos do referido campo.

Os resultados deste estudo também sinalizam que o contato próximo e horizontal do terapeuta ocupacional com as crianças e adolescentes atendidos acontece por meio de um “fazer junto”, de uma parceria que se estabelece com o profissional se disponibilizando para o encontro e estimulando a participação ativa dos sujeitos, o que resulta na descoberta de possibilidades, habilidades e ampliação de repertório das pessoas atendidas. Lima (2018)

considera que os terapeutas ocupacionais, no processo de intervenção, estabelecem uma relação que não é direcionada por uma assistência vertical de “ajuda”, mas de composição, aprendizagem e troca, que se concretiza na escuta de histórias, no reconhecimento de contextos e cotidianos e na compreensão do que deixa aquela vida mais leve ou difícil. E é nesta relação que se torna possível identificar as necessidades individuais e coletivas e os processos de reinvenções.

Do mesmo modo, não se trata de fazer junto algo qualquer, uma ação desprovida de propósito, mas, ao contrário, de fazer junto o que faz sentido. Como se o terapeuta ocupacional intermediasse, por meio do fazer, o encontro do sujeito com o que ele mesmo, sabidamente ou não, deseja e/ou precisa. As atividades e ocupações que, antes da Reforma Psiquiátrica, eram prescritos de forma distanciada e indiscriminada, e serviam para ocupar, alienar e normatizar os corpos, no contexto psicossocial, tornam-se um fazer com sentido e, com isso, alçam o lugar de produção de vida, e o terapeuta ocupacional parece ser uma ferramenta que opera a favor disto – tanto pela Terapia Ocupacional em si, quanto por premissa da Atenção Psicossocial.

No que se refere especificamente ao público infantojuvenil, importa aqui dar destaque para o fazer que se opera por meio do brincar e das estratégias lúdicas, que, embora não tenham sido trazidas com tanta expressividade nos resultados do presente estudo, foram citadas em alguns segmentos de texto. Para Pfeifer e Eufrazio (2006), as crianças têm o papel principal de “brincadoras”, sendo que a atuação da Terapia Ocupacional não pode se dar sem incluir a prática do brincar. As autoras reforçam, ainda, que “para os terapeutas ocupacionais, o brincar, além de um meio terapêutico, é também uma meta a ser estabelecida, ou seja, o brincar tem um fim em si mesmo” (PFEIFER; EUFRAZIO, 2006, p. 14).

Estudo recente desenvolvido por Rodrigues e Mieto (2022) teve o objetivo de construir um modelo teórico representativo da experiência dos terapeutas ocupacionais trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) que identificasse os significados dados ao brincar na sua prática profissional. As autoras adotaram uma abordagem qualitativa e o referencial metodológico da Teoria Fundamentada em Dados. Como resultados, encontraram que os terapeutas ocupacionais entrevistados identificaram uma diferença entre a concepção do brincar para a Terapia Ocupacional e para as outras áreas, e que esta diferença sustenta a ação deles em garantir que o lúdico tenha espaço no cotidiano dos CAPSij. Segundo as autoras, os terapeutas ocupacionais entrevistados destacaram a atividade lúdica como a principal atividade da criança e que “utilizam o brincar para intermediar ações entre a criança e os objetos, entre a criança e outros, entre a criança e o mundo” (RODRIGUES; MIETO, 2022, p. 7).

Para Takatori, Bomtempo e Benetton (2001), a relação terapeuta-paciente-atividade permite encontrar “fazeres” significativos para o sujeito, com os quais ele se identifica, sendo as experiências em Terapia Ocupacional facilitadoras para esse fazer. Para as autoras, o brincar possui um lugar singular e fundamental para a constituição do sujeito. Trata-se de um espaço para ser e fazer: “no brincar a criança presentifica sua forma de ser e somente a partir de sua forma singular de ser que o fazer pode acontecer” (TAKATORI; BOMTEMPO; BENETTON, 2001, p. 92).

É possível supor, assim, que o terapeuta ocupacional, devido às diversas opções de técnicas, meios e recursos de interação, avaliação e intervenção, consegue lançar mão de estratégias não tão comuns ou elementares à clínica, o que o permite obter informações mais específicas, vincular-se com mais facilidade, identificar habilidades e interesses omitidos ou desconhecidos e estimular o engajamento dos indivíduos. E, mais que isso, é possível identificar o terapeuta ocupacional como um profissional que consegue ativar capacidades criativas e construtivas do sujeito, a partir do momento que o coloca concretamente para experienciar as diversas formas do fazer. Para Constantinidis e Cunha (2020), a realização de atividades coloca o terapeuta ocupacional em uma situação privilegiada e favorável ao encontro com a pessoa em sofrimento psíquico. Entende-se, assim, o terapeuta ocupacional como um profissional com uma capacidade de enriquecer e transformar as possibilidades de interação e intervenção no campo da saúde mental infantojuvenil.

Intimamente ligada com a atuação por meio da parceria e do “fazer junto”, os resultados também sugerem como característica da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil a ampliação da autonomia e da participação social. É possível reconhecer tais aspectos como compromissos terapêuticos ocupacionais, especialmente considerando as pessoas em sofrimento psíquico e o público infantojuvenil, historicamente destituídos de direitos e cidadania. Com o histórico engajamento dos terapeutas ocupacionais nos movimentos sociais reformistas, dentre os quais se destaca a Reforma Psiquiátrica, a profissão passou a adquirir um viés ético político de compromisso com as minorias, marcado pela defesa de direitos, inclusão social, participação, autonomia e emancipação social (GALHEIGO *et al.*, 2018) – princípios da Atenção Psicossocial, incorporados pelos terapeutas ocupacionais desde então.

Lussi (2020) discute o modo como o fazer junto tem potencial emancipatório para a Terapia Ocupacional.

A terapia ocupacional, pela sua característica do fazer junto, do fazer compartilhado, é um campo fértil para que práticas emancipatórias possam ser desenvolvidas junto com as pessoas, na perspectiva de se construir coletivamente. Nesse sentido,

argumento que as práticas desenvolvidas conjuntamente entre a(o) terapeuta ocupacional e a pessoa ou os coletivos podem ser práticas emancipatórias na medida em que não haja uma centralidade dessas práticas no saber e na formação profissional da(o) TO, e sim nas reais necessidades da pessoa ou dos coletivos e no protagonismo destes na luta por uma vida e uma sociedade melhores. Ou seja, não se trata de “dar” ao outro a possibilidade de, e, sim, de desenvolver junto com o outro a possibilidade de. Penso que esta é a base para o desenvolvimento de práticas emancipatórias e elas podem e devem se dar em qualquer área de atuação da terapia ocupacional (LUSSEI, 2020, p. 1344).

Com a temática acima exposta, é possível linear a discussão a respeito da possibilidade de construção de projetos de vida, também citada nos resultados do estudo como potencialidades do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Considerando o sofrimento psíquico como gerador de descrédito das famílias e da sociedade, de desinvestimento nas possibilidades de estar e agir no mundo, muitas vezes é no contato com o terapeuta ocupacional que são pensadas as diversas formas de existência e que são construídos projetos de vida. Como se o terapeuta ocupacional pudesse construir com os sujeitos olhares que enxergam caminhos, traçar rotas para se chegar aos destinos vislumbrados, não desconsiderando as adversidades do sofrimento e do contexto, mas possibilitando, apesar delas, tomar-se como sujeito da própria vida.

Mello, Luz e Cohen (2015), em capítulo no qual tratam de experiência de grupo com adolescentes em CAPS infantojuvenil, a partir da aproximação de um terapeuta ocupacional, discutem a importância do encontro para a construção dos projetos de vida. As autoras descrevem o modo como o grupo se constituiu e como as atividades eram propostas e desenvolvidas em cada encontro, de modo que geravam experimentações, vivências, desdobramentos, relações e escolhas para a vida.

Para nós, a construção dos projetos de vida cabe a cada sujeito, tendo o terapeuta e o grupo como mediadores e sustentadores dessa construção, tornando-a possível. O balizador desse entendimento está no fato de que não podemos decidir ou fazer pelo outro, mas ajudar a construir com esse outro e, a partir de seus desejos, alcançar novas configurações para seu cotidiano (MELLO; LUZ; COHEN, 2015, p. 250).

Os resultados acima apresentados evidenciam importantes aproximações entre as atividades teóricas e práticas da Terapia Ocupacional e as diretrizes da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, que ancoram o campo da saúde mental infantojuvenil. Isto leva à reflexão sobre os processos históricos pelos quais passaram este núcleo profissional e este campo, que geraram esta consonância de ações e princípios, reconhecida tanto pelos terapeutas ocupacionais quanto pelos profissionais não TOs.

Como já exposto na introdução desta tese, a história da saúde mental e da luta pelos direitos humanos apresenta uma estreita relação com a trajetória da Terapia Ocupacional. Os terapeutas ocupacionais se estabeleceram como atores e atrizes ativos neste percurso, no Brasil e no mundo. No contexto nacional, principalmente a partir da década de 70, estes profissionais estiveram fortemente envolvidos no ativismo e na militância pelas causas sociais (LIMA, 2006; CÓRDOBA; GALHEIGO, 2015; GALHEIGO *et al.*, 2018). Este processo fez com que a Terapia Ocupacional passasse por um processo de crise e crítica de seus processos teórico-práticos, o que levou à ressignificação de muitas de suas ações, dentre elas, o uso das atividades. A partir de então, estas deixaram de estar restritas ao tratamento e à supressão de sintomas e sequelas, para alcançar um lugar político de promoção de participação social (ALMEIDA; COSTA, 2019).

A prática da Terapia Ocupacional configurou-se, então, em um processo de encontro com as singularidades e complexidades humanas e suas intervenções nos espaços coletivos se constituíram como tensionadores daquilo que se estabelece como norma e padrão. O terapeuta ocupacional compartilha, com todas as pessoas que acompanha – destacando-se, aqui, as crianças e adolescentes – o desejo e o direito de estar nos contextos públicos, de recriar novas possibilidades de vida e de se relacionar, aumentando as conexões com estes corpos físicos, simbólicos e sociais (LIMA, 2018; LIMA, 2019).

Desta forma, os conceitos-ferramenta da atenção psicossocial, propostos por Yasui (2016) e apresentados nos capítulos introdutórios desta tese, constituem-se como direcionadores ético-políticos das práticas para profissionais do campo da saúde mental e dialogam naturalmente com as prerrogativas da Terapia Ocupacional, proporcionando uma quase indiferenciação entre o que é previsto pelas políticas de saúde mental e os saberes e práticas deste núcleo profissional (MORATO; LUSSI, 2018). Para Morato e Lussi (2018), a promoção de oportunidades de espaços de trocas, a (re)construção do poder contratual e a cidadania são conceitos de base da reabilitação psicossocial, que convergem com os valores da Terapia Ocupacional, o que demonstra o potencial desta profissão para operar na lógica da Atenção Psicossocial.

Os resultados do presente estudo corroboram a ideia apresentada e avançam no que diz respeito às variáveis e demandas específicas do universo infantil e adolescente.

Fernandes (2019), em sua tese de doutorado, propôs um conceito relativo à saúde mental infantojuvenil, segundo o qual:

[...] compreende-se que a saúde mental infantojuvenil é dinâmica e resultado da relação complexa entre os recursos e habilidades pessoais, fatores contextuais e determinantes sociais, que na dimensão do cotidiano estão diretamente implicados nas possibilidades de participação, fruição, reconhecimento e enfrentamento de desafios. O que, dentre outras, envolve a possibilidade de experienciar prazer, frustração, afeto, motivação e proatividade implicados nas descobertas e aprendizados genuínos da infância e adolescência (FERNANDES, 2019, p. 107).

Diversas questões de ordem psíquica e/ou social podem impactar na saúde mental de crianças e adolescentes e, por conseguinte, sua possibilidade de experimentação de vivências e afetos, descobertas e aprendizado, e são estas últimas que mais importam à Terapia Ocupacional e à atenção psicossocial infantojuvenil, não pela negação das doenças ou dos atravessamentos sociais, mas pelo enfoque, sempre em primeiro plano, na criança e no adolescente invisibilizados pela doença, pela desvalorização e subestimação das infâncias e adolescências e pela exigência de normatização dos corpos.

No presente estudo, a saúde mental infantojuvenil foi tratada enquanto um campo multidisciplinar de conhecimento, no qual diferentes núcleos profissionais, dentre os quais se encontra a Terapia Ocupacional, interagem entre si e se apoiam no cumprimento das atividades teóricas e práticas deste campo (CAMPOS, 2000). Tais atividades estão encoradas e abarcadas pela atenção psicossocial infantojuvenil, referencial que sustenta as práticas deste campo, configurando-se como um direcionador ético-político para as aglutinações de conhecimentos – chamadas de núcleos – que o compõem.

A partir dos resultados apresentados na subseção anterior deste manuscrito, sobre o que a Terapia Ocupacional faz e como faz no campo da saúde mental infantojuvenil, esta seção teve como objetivo discutir os motivos pelos quais tal atuação se dá desta forma. Foi, então, encontrado que, para a Terapia Ocupacional no contexto da atenção psicossocial infantojuvenil, importa escutar e acolher crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e seus familiares, valorizá-los em suas individualidades enquanto cidadãos e protagonistas da própria história, promover parceria e oportunizar o envolvimento em atividades que lhes façam sentido, colaborar para a ampliação de sua autonomia, participação social e construção de projetos de vida – princípios que não são apenas do núcleo profissional da Terapia Ocupacional, mas que são também do campo da saúde mental infantojuvenil e da atenção psicossocial de crianças e adolescentes.

Defende-se, assim, que esta indiferenciação entre as premissas do núcleo e do campo, ou este “borramento de limites”, nas palavras de Campos (2000, p. 220), traduz os processos históricos similares pelos quais passaram a Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil e, especialmente, seus compromissos uníssonos e atuais de defesa das infâncias

e adolescências, do cuidado em rede e em liberdade, da preservação da autonomia e cidadania e da valorização desta população enquanto sujeitos ativos e protagonistas da própria história, evidenciando-se, portanto, a importância e potência deste núcleo profissional neste campo.

5 ALGUMAS RESPOSTAS, OUTRAS PERGUNTAS...

O presente estudo teve como objetivo geral identificar a perspectiva de terapeutas ocupacionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes sobre o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Como objetivos específicos, o estudo buscou identificar aspectos que fundamentam e/ou influenciam as práticas de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental de crianças e adolescentes; e analisar como os profissionais não terapeutas ocupacionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes descrevem e avaliam a prática de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental infantojuvenil.

Os resultados da primeira fase do estudo evidenciaram a participação majoritária de mulheres cisgêneras, terapeutas ocupacionais e residentes no Estado de São Paulo. Considerando os participantes não terapeutas ocupacionais, destaca-se a participação dos psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, respectivamente. A maior parte dos participantes era pós-graduado e possuía experiência prévia de atuação em CAPS infantojuvenil.

Também na primeira fase do estudo, foi possível observar que os resultados referentes às respostas dos participantes terapeutas ocupacionais ao questionário foram diretamente ao encontro das perguntas que aparecem no título deste estudo. Em relação ao que caracteriza o que o terapeuta ocupacional faz, foi pontuada a atuação junto às rotinas, às atividades de vida diária e ao sofrimento psíquico. Já em relação à forma como o terapeuta ocupacional atua e os porquês de atuar de tal forma, foi possível observar que as respostas apontavam para o enfoque nas ocupações e para o que faz sentido e é possível para os sujeitos. Também foram ressaltados, nestes resultados, o trabalho em equipe e os diálogos e aproximações entre o núcleo profissional da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil.

Já os resultados referentes às respostas dos profissionais não terapeutas ocupacionais ao questionário indicaram que os participantes identificaram tanto as especificidades da Terapia Ocupacional frente às demandas de saúde mental, autonomia, reabilitação física e psicossocial dos usuários, quanto a importância do trabalho em equipe e da construção coletiva do cuidado, nas quais a presença do terapeuta ocupacional se faz muito importante.

No que diz respeito à segunda fase do presente estudo, na qual foram realizados os encontros de grupo focal com os participantes, foi possível observar que os resultados advindos do grupo com os terapeutas ocupacionais foram semelhantes aos resultados obtidos com os terapeutas ocupacionais no questionário. Foi ressaltado o enfoque da Terapia Ocupacional na

ocupação, nas atividades de vida diária e rotina dos sujeitos, bem como a história da profissão e a amplitude do olhar característica do terapeuta ocupacional. Também foram encontradas e aprofundadas, aqui, aproximações entre a Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental.

Quanto aos resultados provenientes dos grupos focais com os profissionais não terapeutas ocupacionais, os participantes discutiram sobre o lugar da Terapia Ocupacional nos diferentes campos, bem como sobre as características específicas deste núcleo profissional, relacionadas à atuação conjunta com os atendidos e com a equipe e, também, destacando a percepção diferenciada característica do terapeuta ocupacional. Como nos resultados obtidos nas respostas dos profissionais não terapeutas ocupacionais ao questionário, também foi ressaltada, aqui, a importância do trabalho em equipe e da inter e transdisciplinaridade no campo da saúde mental.

Resgatando o paralelo com o título do presente manuscrito – “O que se faz, como se faz, por que se faz?” - Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, a análise dos resultados desta pesquisa permitiu compreender que eles respondem, em justa medida, o que a Terapia Ocupacional faz no campo da saúde mental infantojuvenil, como esta atuação se dá e por que acontece desta forma.

No que diz respeito às atribuições e fazeres característicos da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, a análise dos resultados permitiu identificar: 1) o enfoque nas ocupações e nas atividades de vida diária; 2) a atuação com as rotinas e a partir do cotidiano dos indivíduos; 3) a perspectiva integral sobre os sujeitos; 4) a tessitura de redes e a intersectorialidade; 5) a atuação em interface com o campo da Educação; 6) a atuação frente ao sofrimento psíquico intenso e o manejo nas situações de crise; 7) a atuação frente às situações de vulnerabilidades e violências; e 8) a atuação nos casos mais graves e complexos.

Já no que diz respeito aos motivos de a atuação da Terapia Ocupacional neste campo se dar desta forma, os resultados ora apresentados evidenciaram uma aproximação entre o núcleo da Terapia Ocupacional e as premissas da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, que sustentam o campo da saúde mental infantojuvenil. Esta aproximação se deu nos seguintes aspectos: 1) a importância do acolhimento e da escuta; 2) a valorização das identidades e subjetividades; 3) o “fazer junto” o que faz sentido; 4) a ampliação da autonomia e participação social; e 5) a construção de projetos de vida.

Olhando de forma panorâmica para os resultados aqui apresentados, cabe pontuar algumas reflexões.

A primeira está na importante preocupação ética de salientar que este estudo não objetivou a prepotência de colocar a profissão Terapia Ocupacional como melhor ou mais

importante que as demais no campo, tampouco de tratar os terapeutas ocupacionais do campo da saúde mental infantojuvenil como “melhores” que os TOs de outros campos. Diferentemente disto, com este estudo, buscou-se aprofundar na compreensão sobre o fazer do núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Com os resultados obtidos e ora apresentados, foram evidenciadas aproximações entre os referidos núcleo e campo e o referencial da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, que sustenta este campo. Esta aproximação permite inferir uma facilidade, ou habilidade, do profissional terapeuta ocupacional para atuar no campo, justamente porque os pressupostos de sua profissão dialogam intimamente com os pressupostos do campo. Isto evidencia, por um lado, a potência e importância da profissão no campo, mas, por outro lado, pode trazer inseguranças em relação ao lugar do núcleo profissional neste campo de práticas, uma vez que um acaba por se diluir no outro.

Importa resgatar que este estudo não objetivou identificar “especificidades” da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, de modo a realizar uma delimitação ou enquadramento profissional no campo – o que remete ao “isolamento paranoico”, chamado por Campos (2000, p. 220). Concordando com Lima (1997):

A intenção não é, portanto, fazer uma defesa da ‘identidade profissional’ nem buscar algum campo de saber com o qual possamos nos identificar, que nos diga quem somos, que nos dê uma imagem fixa. *Identidade* remete à ideia de rigidez, imobilidade e de idêntico.

[...]

Propomos que, ao invés disso, procuremos construir ou encontrar nossas singularidades, num campo de multiplicidades onde as diferenças possam aparecer e gerar frutos. *Singularidade* remete à processualidade, movimento e diferença. [...] (LIMA, 1997, p. 98-99, grifo da autora).

Com os resultados desta pesquisa, foi possível identificar a existência de singularidades caracterizadas por condutas/intervenções/avaliações que o terapeuta ocupacional faz com maior facilidade e/ou propriedade, ou, ainda, que este profissional contribui de um modo particular para algumas condutas tomadas em equipe, sendo justificado pelas aproximações entre Terapia Ocupacional e atenção psicossocial, e que isto responde aos objetivos do estudo.

Dentro de contextos e dispositivos que operam numa lógica transdisciplinar, como a atenção psicossocial e os CAPS, faz-se importante refletir sobre o lugar das especificidades profissionais e sobre o modo como cada núcleo contribui para o trabalho do campo. Neste sentido, Constantinidis e Cunha (2020) defendem que a delimitação de identidades e territórios profissionais, baseada nos especialismos, não colabora com a superação do modelo manicomial e com a produção coletiva de saberes e sentidos. Ao contrário, tal cristalização torna-se

empecilho para a efetivação da horizontalidade e a democratização das relações e dos processos de trabalho e de cuidado. Os autores posicionam-se de modo assertivo, indicando que “a formulação da identidade do terapeuta ocupacional em saúde mental é ‘seminecessária’” (p. 54) e que “o fato de a falta de fronteiras que demarcam nosso território de atuação na saúde mental ser constituinte de nossa identidade faz com que estejamos abertos à imanência deste campo e possamos colaborar para que a produção coletiva ganhe potência” (p. 55).

Neste sentido, os resultados obtidos com a presente pesquisa demarcam e evidenciam a importância do núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. O estudo se mostra relevante pela consolidação do lugar e do papel deste núcleo profissional junto às demais áreas do conhecimento que compõem o referido campo, destacando-se, aqui, a importância do trabalho em equipe, tema que foi abordado nos resultados do presente estudo, especialmente pelos participantes não terapeutas ocupacionais, porém não foi aprofundado nesta tese. Concordando que a construção coletiva do cuidado não é apenas uma modalidade de trabalho, mas é, especialmente, uma diretriz ético-política para a qualificação e complexificação do cuidado no campo da saúde mental, estudos que possam se debruçar sobre este fazer em equipe, considerando os diferentes núcleos profissionais, incluindo a Terapia Ocupacional, podem ser importantes para a emergência de novos elementos constituintes do processo de cuidado psicossocial.

Outro ponto que cabe reflexão, aqui, diz respeito à adoção de referenciais teóricos por profissionais que estão na prática no campo. Ao longo da apresentação dos resultados, foi possível identificar conflito teórico entre os conteúdos de alguns segmentos de texto e os princípios da atenção psicossocial. Por exemplo, quando os sujeitos em sofrimento psíquico são tratados a partir de seus diagnósticos e transtornos. Ou, ainda, quando se fala da intervenção terapêutica ocupacional segundo as áreas da ocupação, ou desempenho ocupacional dos sujeitos. Entende-se que, por um lado, a adoção da atenção psicossocial como referencial teórico deste estudo, e não apenas isso, mas como direcionador ético-político para as ações do campo, implica no posicionamento radicalmente contrário aos referenciais psiquiátricos e manicomial. Entretanto, em uma justa medida, desde que não conflitantes, defende-se a possibilidade de adoção de mais de um referencial teórico nas intervenções no campo. A literatura recente, inclusive, aponta que a Terapia Ocupacional brasileira, a partir dos anos 2000 até a contemporaneidade, é marcada por uma multiplicidade de práticas, métodos e aportes teórico-conceituais, sendo possível identificar hoje, no Brasil, diferentes “terapias ocupacionais” (GALHEIGO *et al.*, 2018).

Por outro lado, estas divergências podem sinalizar um hiato entre o mundo acadêmico e os campos de atuação. Muitas das discussões teóricas, por vezes, ficam restritas ao meio científico, tornando-se inacessíveis aos profissionais do campo ou, ainda, desarticulando-se da “vida real” do trabalho no campo e, portanto, não lhe fazendo sentido. No âmbito da clínica, por sua vez, a falta de formação continuada e de ações de supervisão clínico-institucional pode distanciar os profissionais dos aportes teóricos que sustentam as práticas da rede. Importa dar evidência para este tensionamento, uma vez que se defende a contribuição da presente pesquisa não apenas em termos de produção de conhecimento científico, mas, principalmente, de que faça sentido e seja acessível para os profissionais atuantes na rede de atenção psicossocial infantojuvenil.

O presente estudo se mostra relevante e potente, assim, no que diz respeito à atualização dos profissionais que já atuam no campo da saúde mental infantojuvenil, uma vez que as particularidades deste campo exigem uma formação específica e continuada, e, também, à formação de futuros terapeutas ocupacionais. Cabe destacar, ainda, a importância do estudo para subsidiar a maior contratação de terapeutas ocupacionais para os campos da saúde, educação, assistência social e outros setores, bem como para o avanço das discussões sobre núcleo e campo profissionais em contextos transdisciplinares, que é o caso da saúde mental e atenção psicossocial infantojuvenil.

Considerando a lacuna do aprofundamento deste tema pela literatura, importa, aqui, também, dar destaque para o ineditismo do estudo e para a importância do assunto na realidade atual brasileira, visto o cenário pós-pandêmico, de sobrecarga e sucateamento do Sistema Único de Saúde, e de desmonte de políticas públicas voltadas às minorias.

No mais, cabe salientar que o estudo apresentou algumas limitações no que diz respeito à sua execução. O tempo que as pesquisadoras tiveram para divulgar o questionário para potenciais participantes e que o deixaram disponível para preenchimento foi de apenas 40 dias, o que impactou no alcance da pesquisa, tanto no que diz respeito ao número de participantes, quanto em termos territoriais, na abrangência de outras regiões para além do Sudeste. O número pequeno de participantes TOs e não TOs, proporcionalmente ao número de profissionais atuantes no campo da saúde mental infantojuvenil no Brasil, é considerado um limite do estudo. Porém, destaca-se que, considerando o cenário pandêmico, em que a população foi convocada a se dedicar sobremaneira a atividades virtuais, outrora pouco usuais, e que o convite para participação nesta pesquisa geraria mais uma demanda virtual aos interessados, somada ao pouco tempo disponível para atendê-la, avalia-se como positivo o quantitativo de participantes no estudo.

Compreende-se, ainda, que a decisão das pesquisadoras de ampliar a participação, incluindo, no estudo, profissionais que não tivessem experiência exclusiva na RAPS infantojuvenil, pode ter gerado viés no estudo, uma vez que se tornou difícil filtrar, na fala dos participantes com experiência complementar na rede privada de saúde, os aspectos que diziam respeito exclusivamente à RAPS, ainda que o questionário e os grupos focais se direcionassem claramente para este recorte.

Ademais, entende-se que, ao optar pela utilização do *software Iramuteq®* e a consequente composição do *corpus* textual com a junção das respostas dos participantes, perdeu-se a possibilidade de esmiuçar alguns dados, como a identificação das características dos participantes responsáveis por cada fala – ou cada segmento de texto, no caso. Estas informações poderiam trazer mais variáveis e elementos para a análise dos dados do presente estudo. Considera-se este fato também como uma limitação.

No mais, importa ressaltar que a maior parte da literatura apresentada e discutida neste manuscrito não é específica do campo da saúde mental infantojuvenil, e sim do campo maior da saúde mental, uma vez que esta literatura específica ainda não é farta no Brasil. Assim, destaca-se a importância da produção de conhecimento acerca das especificidades da infância, adolescência e juventude no campo da saúde mental, especialmente oportunizando que crianças, adolescentes e jovens, seus familiares e os profissionais diretamente responsáveis pelo cuidado estejam no centro do processo de pesquisa, enquanto atores ativos da temática que lhes diz respeito.

Destaca-se, ainda, a importância de mais estudos que possam dar continuidade e aprofundar no fazer da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, considerando diferentes atores, regiões, enfoques e metodologias, especialmente no sentido de esmiuçar o “como faz” desta profissão que, de acordo com este estudo e com a literatura da área, tem se apresentado como fundamental para o fortalecimento da atenção psicossocial de crianças e adolescentes no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N. R.; BALDANZA, R. F.; GONDIM, S. M. G. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. *JISTEM – Journal of Information Systems and Technology Management [online]*, v. 6, n. 1, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jistm/a/7B4hf9XhN96G7RNdJ6kCSPx/?lang=pt#>>. Acesso em 18 out 2022.
- ALMEIDA, M. V. M.; COSTA, M. C. Movimento de artes e ofícios: perspectiva ética-política-estética de constituição da terapia ocupacional. In: SILVA, C. R. (Org.). *Atividades Humanas e Terapia Ocupacional: saber fazer, cultura, política e outras resistências*. 1ª edição. São Carlos: Hucitec, p. 25-42, 2019.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O.Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, p. 33-45, 2016.
- ARAÚJO, A. B.; MONTICELLI, T.; ACCIARI, L. Trabalho doméstico e de cuidado: um campo de debate. *Tempo social [online]*, v. 33, n. 01, p. 145-167, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ts/a/TGKDBPYy6cM7XkjLcktwdjb/#>>. Acesso em 19 out 2022.
- ARAÚJO, J. A. M. R.; VERAS, A. B.; VARELLA, A. A. B. Breves Considerações Sobre a Atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista na Rede Pública de Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 1, p. 89-98, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i2.687>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL, ABIS. O que é Integração Sensorial? A Integração Sensorial de Ayres®. Disponível em: <<https://www.integracaosensorialbrasil.com.br/>>. Acesso em 23 jan 2023.
- AVELAR, M. R.; MALFITANO, A. P. S. Terapia ocupacional e redes intersetoriais: conceitos e experiências em debate. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 30, e3236, 2022. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/3236/3703>>. Acesso em 03 jun 2022.
- BARATA, M. F. O.; NÓBREGA, K. B. G.; JESUS, K. C. S.; LIMA, M. L. L. T.; FACUNDES, V. L. D. Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: ações de promoção à saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.]*, v. 26, n. 2, p. 225-233, 2015. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v26i2p225-233.
- BARBOSA, N. B; ELIAS, P. E. M. As Organizações Sociais de Saúde como Forma de Gestão Público/Privado. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>>. Acesso em 09 jun 2022.

BARROWS, C. Clinical Interpretation of “Predictors of Functional Outcome Among Adolescents and Young Adults with Psychotic Disorders”. *Am J Occup Ther*, v. 50, n. 3, p. 182–183, 1996. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.50.3.182>

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENETTON, J. A crise na Terapia Ocupacional ou a Terapia Ocupacional na crise?. *Boletim de Psiquiatria*, v. 28, n. 2, p. 24-27, 1995. Disponível em: <<https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/A-crise-na-terapia-ocupacional-ou-a-Terapia-Ocupacional-na-crise.pdf>>. Acesso em 07 nov 2022.

BORDINI, G. S.; SPERB, T. M. O uso dos grupos focais on-line síncronos em pesquisa qualitativa. *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 3, p. 437-445, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/MjNSyC5m4mbfPVbrLJCsPxt/?lang=pt#>>. Acesso em 18 out 2022.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.) *Pierre Bourdieu*. Editora Ática, coletânea Grandes Cientistas Sociais. 1983. 191 p.

_____. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Ed UNESP. 2003. 85 p.

_____. A economia das trocas simbólicas. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva. 2007. 361 p.

_____. Razões práticas: Sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Corrêa. 9º ed. Campinas/SP: Papyrus. 2008. 224 p.

BRASIL. Decreto-lei 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0938.htm> Acesso em 30 ago 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 06 jun 2021.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990b. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em 06 jun 2021.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 06 jun 2021.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002a. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 06 jun 2021.

_____. Resolução CNE/CES n° 6, de 19 de fevereiro de 2002b. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>. Acesso em 03 nov 2022.

_____. Portaria n° 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html>. Acesso em 03 nov 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília, 2005a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf>. Acesso em 07 ago 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 07 ago 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em 20 jun 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Impacto da violência na saúde de crianças e adolescentes. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. 1. ed. 1ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças_adolescentes.pdf>. Acesso em 07 nov 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em 07 nov 2022.

_____. 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). Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 30 ago 2020.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, 1ª Ed, 1ª impressão, 2013. Disponível em
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em 10 out 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em 18 set 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>. Acesso em 01 mai 2022.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: 2015a. Disponível em:
<https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em 13 mai 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em 01 mai 2022.

_____. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em 07 ago 2021.

_____. Nota técnica nº 11/2019a - CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em 07 ago 2021.

_____. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019b. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em 07 ago 2021.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona [online]. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-Funciona#:~:text=Integralidade%3A%20este%20princ%C3%ADpio%20considera%20as,o%20tratamento%20e%20a%20reabilita%C3%A7%C3%A3o.>>. Acesso em 29 jun 2022.

_____. Ministério da Cidadania. Edital de Chamamento Público nº 03/2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/editais-1/chamamento-publico/SEI_71000.011057_2022_04.pdf>. Acesso em 24 mai 2022.

_____. Portaria 596, de 22 de março de 2022b. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. 2022b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-596-de-22-de-marco-de-2022-387974558>>. Acesso em: 24 mai 2022.

BRASIL, D. D. R.; LACCHINI, A. J. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 14-32, 2021. Disponível em: <<https://psico.fae.emnuvens.com.br/psico/article/view/343>>. Acesso em 10 dez 2021.

BRUNELLO, M. I. B. Transtorno Emocional Infantil. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional – Fundamentação & Prática*. 1ª ed, Guanabara, 2007, p. 308-313.

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

BUENO, K. M. P.; ALMEIDA, S. C.; SALES, M. M.; SALBADO, M. F. Práticas de terapia ocupacional na rede de saúde mental da criança e do adolescente. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 29, e2877, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/jRw7pdLBqMHkmGyrBt8FLMh/#>>. Acesso em 15 mar 2022.

CAMARGO, B. Z.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do *software Iramuteq® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2018. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>>. Acesso em 04 abr 2021.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 out 2020.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde*

Pública [online], v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000100025>>. Acesso em 08 jan 2022.

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

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação (online)*, v. 22, n. suppl 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrHcqfsRXLZ7RMxCks/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 dez 2021.

CID, M. F. B.; FERNANDES, A. D. A.; MORATO, G. G.; MINATEL, M. M. Atención Psicosocial y Pandemia de COVID-19: Reflexiones sobre la Atención a Infancia y Adolescencia que Vive em Contextos Socialmente Vulnerables. *Multidisciplinary Journal Of Educational Research*, v. 10, p. 178-201, 2020. Disponível em:
<https://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/remie/article/view/5887/pdf_1>. Acesso em 18 mar 2022.

CID, M. F. B.; SANTOS, G. C.; SQUASSONI, C. E. Cotidiano e práticas educativas parentais: a percepção das famílias de crianças em sofrimento psíquico. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, v. 28, n. 2, p. 190-197, 2017. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p190-197>.

CONSTANTINIDIS, T. C.; CUNHA, A. C. Desinstitucionalizando conceitos: a terapia ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. 3ª reimpressão. São Carlos: EdUFSCar, 2020, p. 37–59.

CONSTANTINIDIS, T. C.; DIAS, L. S.; FERNANDES, S. K.; TAÑO, B. L. Trabalho em Rede na Atenção e Cuidado à Criança e ao Adolescente em Sofrimento Psíquico. *Id on Line Rev. Psic.* v. 15, n. 57, p. 358-375, 2021. Disponível em:
<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3201>>. Acesso em 12 mai 2022.

COPLEY, B.; FORRYAN, B.; O'NEILL, L. Play Therapy and Counselling Work with Children. *British Journal of Occupational Therapy*, v. 50, n. 12, p. 413-416, 1987. doi: <https://doi.org/10.1177/0308022687050012>.

CÓRDOBA, A. G.; GALHEIGO, S. M. Reflexiones críticas acerca de los derechos humanos: Contribuciones desde la terapia ocupacional Latinoamericana. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, v. 71, n. 2, p. 73-80, 2015. Disponível em:
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6971182/mod_resource/content/1/Cordoba_Galheigo_2015.pdf>. Acesso em 03 nov 2022.

CÔRTEZ, C.; GONTIJO, D. T.; ALVES, H. C. Ações da Terapia Ocupacional para a prevenção da violência com adolescentes: relato de pesquisa. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São*

Paulo, v. 22, n. 3 p. 208-215, 2011. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i3p208-215>.

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

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

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica [online]*, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 dez 2021.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: Situação Atual e Desafios. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v. 30, n.4, p. 384-389, 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>.

DESINSTITUTE. Saúde Mental em Dados: Acesse as edições eletrônicas de 2006 a 2015. Desinstitute, 2021. Disponível em: <<https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>>. Acesso em 09 jun 2022.

DEVERA, D; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira. Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007. Disponível em: <<https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>>. Acesso em 15 jul 2019.

FERNANDES, A. D. S. A. Cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: práticas, desafios e perspectivas. 2019. 273 f. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2019.

FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B.; SPERANZA, M.; COPI, C. G. A intersetorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, n. 2, p. 454-461, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/k86SYLnVLpVgzbJZr7N8y3p/?lang=pt>>. Acesso em 29 jun 2022.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes no CAPSi: relações sociais e contextos de inserção. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 216-224, maio-ago, 2015. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p216-224>.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano e o sofrimento psíquico na infância e adolescência: reflexões a partir da reabilitação psicossocial e da terapia

ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (orgs) *Cotidiano, atividade humana e ocupação*. 3ª reimpressão. EdUFSCar, São Carlos, p. 91-104, 2020.

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. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 28, n. 2, p. 725-740, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000200725&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago 2020.

FERNANDES, A. D. S. A.; SPERANZA, M.; MAZAK, M. S. R.; GASPARINI, D. A.; CID, M. F. B. Desafios cotidianos e possibilidades de cuidado com crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frente à COVID-19. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, [S. l.], v. 29, p. e2121, 2021a. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2805>>. Acesso em 17 out 2022.

FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Saúde Mental de crianças e adolescentes e Atenção Psicossocial. 1ª edição. Santana de Parnaíba: Manole, 2021b.

FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, v. 30, e3102, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/4N4HHWhGrNTb4qkpWGbNcSG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 09 jun 2022.

FERREIRA, J. E. S.; SOUZA, L. C.; RODRIGUES, R. C. P. A.; MARTINS-MONTEVERDE, C. M. S. A atuação do terapeuta ocupacional com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: uma revisão da literatura. *Ling. Acadêmica*, Batatais, v. 7, n. 7, p. 21-36, 2017.

FINE, M. Individualization, risk and the body: Sociology and care. *Journal of Sociology*, v. 41, n. 3, p. 247-266, 2005. doi: 10.1177/1440783305057077.

FRANCISCO, B. R. *Terapia Ocupacional*. 2ª ed. Campinas: Papyrus, 2001.

GALHEIGO, S. M. A transdisciplinaridade enquanto princípio e realidade das ações de saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 10, n. 2/3, p. 49-54, 1999.

GALHEIGO, S. M. O abrigo para crianças e adolescentes: considerações acerca do papel do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 2, p. 85-94, 2003. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i2p85-94>.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.19, n. 1, p. 20-28, 2008. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i1p20-28>.

GALHEIGO, S. M.; BRAGA, C. P.; ARTHUR, M. A.; MATSUO, C. M. Produção de conhecimento, perspectivas e referências teórico-práticas na terapia ocupacional brasileira:

marcos e tendências em uma linha do tempo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 723–738, 2018. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2302>>. Acesso em 29 jan 2022.

GARDNER, F. First-hand perspectives on behavioral interventions for autistic people and people with other developmental disabilities. Office of Developmental Primary Care at the University of California, p. 1-5, 2017. Disponível em: <<https://autisticadvocacy.org/wp-content/uploads/2017/05/Behavioral-Interventions-Report-Final.pdf>>. Acesso em 27 mar 2023.

GASPARINI, D. A. Saúde mental e sofrimento psíquico na perspectiva de adolescentes. 2022. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. B. Arquivos de Barbacena, a Cidade dos Loucos: o manicômio como lugar de aprisionamento e apagamento de sujeitos e suas memórias. *Revista Investigações*, v. 27, n. 2, p. 1-38, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/INV/article/view/1217/942>>. Acesso em 6 nov 2020.

GOHN, M. G. História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. 8 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

GOMES, M. L.; OLIVER, F. C. A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 21, n. 2, p. 121-129, 2010. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p121-129>.

GOZZI, A. P. N. F. O processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental: focalizando a avaliação inicial. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

GUADANHIM, M. S.; MATSUKURA, T. S. Terapia Ocupacional e saúde mental infanto-juvenil: identificando práticas de intervenção e pesquisas. Em: XIII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2013, Florianópolis. *Terapia Ocupacional e políticas públicas: diretrizes, compromissos e ações*, 2013.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. La frontera entre el empleo doméstico y el trabajo profesional de cuidados en Brasil. Pistas y correlatos en el proceso de mercantilización. *Sociología del Trabajo*, n. 86, p. 7-27, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ucm.es/index.php/STRA/article/view/60377/4564456547309>>. Acesso em 19 out 2022.

HAGHSHENAS, S.; HOSSEINI, M. S.; AMINJAN, A. S. A possible correlation between vestibular stimulation and auditory comprehension in children with attention-

deficit/hyperactivity disorder. *Psychology & Neuroscience [online]*, v. 7, n. 2, p. 159-162, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pn/a/tTMF5hqj3XCT8Y3Jk69WfFN/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em 13 mar 2022.

HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim: EdiFAPES, 2001.

JUCÁ, V. J. S.; BARROS, D. N. S.; LEMOS, R. M. As conversações e a narrativização do sofrimento psíquico entre adolescentes. *Revista de Psicologia*, v. 12, n. 2, p. 132-146, 2021. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/62753>>. Acesso em 17 out 2022.

KAWASHIMA, J. K. G. Possibilidades da Terapia Ocupacional no Cuidado às Primeiras Crises do Tipo Psicótica. 2013. 65f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade Ceilândia. Brasília, 2013.

LIMA, E. M. F. A. Terapia Ocupacional: um território de fronteira? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 2/3, p. 98-101, 1997.

LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 15, n. 2, p. 42-48, 2004. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p42-48>.

LIMA, E. M. F. A. A saúde mental nos caminhos da terapia ocupacional. *O mundo da saúde*, v. 30, n. 1, p. 117-122, 2006. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/34/saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 mar 2020.

LIMA, E. M. F. A. Vida ativa, mundo comum, políticas e resistências: pensar a terapia ocupacional com Hannah Arendt. 2018. 377f. (Tese de livre docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

LIMA, E. M. F. A. Uma perspectiva ético-estético-política para as atividades em terapia ocupacional. IN: SILVA, C. R. *Atividades humanas e Terapia Ocupacional – saber fazer, cultura, política e outras resistências*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 83-113.

LIMA, E. M. F.; GHIRARDI, M. I. G. Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 153-158, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14042>>. Acesso em 12 abr 2023.

LOPES, R. E. Terapia Ocupacional em São Paulo – Um percurso singular e geral. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 12, n. 2, p. 75-88, 2004. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/181/138>>. Acesso em 16 dez 2022.

LOURENÇO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis e o cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias. 2020. 180 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.

LOURENÇO, M. C.; FERNANDES, A. D. S. A.; MINATEL, M. M.; MATSUKURA, T. S. Possibilidades de cuidado e reflexões sob a perspectiva da atenção psicossocial: o transtorno do espectro autista nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO; B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Org.) *Saúde Mental de crianças e adolescentes e Atenção Psicossocial*. 1ª edição. Santana de Parnaíba: Manole, p. 168-187, 2021.

LOURENÇO, M. S. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 3, p. 809-828, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/khk5FtVMZCJgPftjVbjHCyf/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em 07 ago 2021.

LUSSI, I. A. O. Emancipação social e terapia ocupacional: aproximações a partir das Epistemologias do Sul e da Ecologia de Saberes. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 4, p. 1335- 1345, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/jJf8sGHPfhjR9hMMhKWRz5B/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 12 dez 2022.

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

MÂNGIA, E. F., ASSUMPÇÃO, C. N.; QUINTA, J. M.; RUFINO, M. F. Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 123-32, 2003. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p123-132>.

MARCOLINO, T. Q. A porta está aberta: Aprendizagem colaborativa, prática iniciante, raciocínio clínico e terapia ocupacional. 2009. 308f. (Tese de Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

MATA, A. A.; SILVA, A. C. F. L.; BERNARDES, F. S.; GOMES, G. A.; SILVA, I. R.; MEIRELLES, J. P. S. C.; SOARES, L. G.; GARCIA, L. P. C.; FERREIRA, M. B. S.; BERNARDES, P. S.; BECHARA, L. S. Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 6901- 6971, 2021. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/23381>>. Acesso em 17 out 2022.

MATSUKURA, T. S. A aplicabilidade da terapia ocupacional no tratamento do autismo infantil. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 6, n. 1, p. 25-47, 1997. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/309/254>>. Acesso em 16 dez 2022.

MATSUKURA, T. S. Práticas de Terapia Ocupacional em saúde mental infantil: ampliando o alcance sob o enfoque de mecanismos de risco e proteção. In: X Congresso Brasileiro de

Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades. 2007, Goiânia. Anais, Goiânia, 2007, p. 1-10.

MATSUKURA, T. S.; SORAGNI, M. Terapia ocupacional e autismo infantil: identificando práticas de intervenção e pesquisas. *Revista Baiana de Terapia Ocupacional*, v. 2, n. 1, p. 29-40, 2013. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/terapiaocupacional/article/view/206>>. Acesso em 17 mar 2023.

MAZARO, L. M.; DEPOLE, B. F.; GASPARINI, D. A.; COLATO, E. R. O.; GOMES, L. D.; SOUZA, M. B. C. A.; SOUZA, T. T.; MATSUKURA, T. S.; LUSSSI, I. A. O. Panorama da produção científica sobre terapia ocupacional e saúde mental (1990-2018): estudo bibliométrico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2855, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbt/a/vm3XGYm8YTJNxbB6mz9GC8F/>>. Acesso em 02 dez 2021.

MELO, D. O. C. V. Em busca de um ethos: narrativas da fundação da Terapia Ocupacional em São Paulo (1956-1969). 2015. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde). Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015.

MELLO, B. C.; LUZ, P. O.; COHEN, L. Contornos e Relevos: adolescência e saúde mental. In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (Org.) *Grupos e terapia ocupacional: Formação, pesquisa e ações*. São Paulo: Summus, p. 238-251, 2015.

MILIAUSKAS, C. R.; FAUS, D. P. Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e 300402, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/W578M6SCTxdZQxCCtFJSbrH/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 17 out 2022.

MINATEL, M. M.; CID, M. F. B.; FERNANDES, A. D. S. A.; MORATO, G. G. Promoção da saúde mental de crianças e adolescentes na pandemia da Covid-19: um relato de experiência. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Org.) *Saúde Mental de crianças e adolescentes e Atenção Psicossocial*. 1ª edição. Santana de Parnaíba: Manole, p. 269-287, 2021.

MINATEL, M. M.; TAÑO, B. L.; MORATO, G. G. Quando crianças pedem rede: terapia ocupacional, intersetorialidade e educação popular no cuidado com as infâncias. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.*, v. 6, n. 1, p. 822-833, 2022. doi: 10.47222/2526-3544.rbt042850.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MIRE, S. S.; RAFF, N. S.; BREWTON, C. M.; GOIN-KOCHEL, R. P. Age-related trends in treatment use for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 15-16, p. 29-41, 2015. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.03.001>

- MONZELI, G. A.; MORRISON, R.; LOPES, R. E. Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 235-250, 2019. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1631>.
- MORATO, G. G. Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental. 2019. 288 f. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2019.
- MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 943-951, 2018. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2120/1070>>. Acesso em 07 nov 2022.
- MOREIRA, A. B. Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. *Vita et Sanitas*, v. 2, n. 2, p. 79-91, 2008. Disponível em: <http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/103/86>>. Acesso em 14 mai 2021.
- MOREIRA, J. O.; ROSÁRIO, A. B.; SANTOS, A. P. Juventude e adolescência: considerações preliminares, *Psico*, Belo Horizonte, v. 42, n. 4, p. 457-464, 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8943/7450>>. Acesso em 16 dez 2022.
- MOURA, B. R.; AMORIM, M. F.; REIS, A. O. A.; MATSUKURA; T. S. Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, n. 11, e00087522, 2022. doi: 10.1590/0102-311XPT087522.
- MOURA, B. R.; PIMENTEL, F. A.; CID; M. F. B.; MATSUKURA; T. S. De quem é a crise? Contribuições para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO; B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Org.) *Saúde Mental de crianças e adolescentes e Atenção Psicossocial*. 1ª edição. Santana de Parnaíba: Manole, p. 106-124, 2021.
- OLIVEIRA, B. D. C.; FELDMAN, C.; COUTO, M. C. V.; LIMA, R. C. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 707-726, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>.
- OLIVEIRA, J. C.; PENIDO, C. M. F.; FRANCO, A. C. R.; SANTOS, T. L. A.; SILVA, B. A. W. Especificidades do Grupo Focal Online: uma revisão integrativa. *Cien Saúde Colet [online]*, v. 27, n. 5, p. 1813-1826, 2022, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nCZvvtkykvGkW7grYkLRVxXL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 18 out 2022.
- OLIVER, F. C.; SOUTO, A.C. F.; NICOLAU, S. M. Terapia Ocupacional em 2019: 50 anos de regulamentação profissional no Brasil. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro, v.2,

n. 2, p.244-256, 2018. Disponível em:

<<https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/16523/pdf>>. Acesso em 20 abr 2022.

OLSON, J. A.; BALTMAN, K. Infant mental health in occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther*, v. 48, n. 6, p. 499-505, 1994. doi: 10.5014/ajot.48.6.499. doi: 10.5014/ajot.48.6.499.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100016>>. Acesso em 08 jan 2022.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>>. Acesso em 07 ago 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. Relatório sobre saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança - 2001. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

_____. Mental health atlas 2014. Geneva, Switzerland, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf;jsessionid=8B54B45E20BEDC91003D373910263392?sequence=1>. Acesso em 11 jun 2018.

_____. Organização Pan-Americana de Saúde. OMS/OPAS. *Prevención de la conducta suicida*. Washington, D. C., 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 11 jun 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, OPAS. Folha Informativa sobre COVID-19. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em 17 out 2022.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 1, p. 7-11, 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago 2020.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. S. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P; TANAKA, O.Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2. Edição. São Paulo: Hucitec, p. 75-92, 2016.

PEREIRA, B. P.; BORBA, P. L. O.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional e educação: as proposições de terapeutas ocupacionais na e para a escola no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2072, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/Sgy9GTM4sY6FjY3DFR5F9Vj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 10 abr 2022.

PEREIRA, J.; DUARTE, M. N.; SANTOS, G. P. As crianças no Hospital Colônia Infantil de Oliveira (MG): uma história institucional (1931-1974). *Psicologia & Sociedade*, 34, e256690, 2023. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34256690>.

PEREIRA, D. C.; RUZZI-PEREIRA, A.; PEREIRA, P. E.; TREVISAN, E. R. Desempenho ocupacional de adolescentes de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI). *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.]*, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2014a. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v25i1p11-17.

PEREIRA, D. C.; SILVA, E. K. A.; ITO, C. Y.; BELL, B. B.; RIBEIRO, C. M. G.; ZANNI, K. P. Oficina de culinária como estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional com adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 621-626, 2014b. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/761/577>>. Acesso em 07 nov 2022.

PFEIFER, L. I.; EUFRAZIO, M. C. Influência do brincar para o desenvolvimento de crianças institucionalizadas de 3 a 6 anos. *Temas sobre Desenvolvimento*, v. 15, n. 85-86, 2006.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; NETO, M. M. B. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P; TANAKA, O.Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2. Edição. São Paulo: Hucitec, p. 109-130, 2016a.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; OLIVEIRA, M. F. A. P. B. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P; TANAKA, O.Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2. Edição. São Paulo: Hucitec, p. 186-210, 2016b.

RIBEIRO, M. B. S.; BERNAL, M.; ZAPONI, E. P. G. Relato de experiência de aprimorandas do programa de Terapia Ocupacional em saúde mental numa enfermaria de pediatria. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 16, n.2, p. 113-121, 2008. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/125/84>>. Acesso em 16 dez 2022.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 2, p. 72-75, 2008. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2p72-75>.

RICHTER, R. H. M. O processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSij na perspectiva de terapeutas ocupacionais. 2019. 192 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2019.

RODRIGUES, N. A.; MIETO, F. S. R. Construção de um modelo teórico representativo da experiência: terapeutas ocupacionais significando o brincar nos Centros de Atenção

Psicossocial Infantojuvenis. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, v. 32, 1-3, e204945, 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e204945>.

ROSSI, L. M.; CID, M. F. B. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* v. 27, n. 4, p. 734-742, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/9SCGnqFbC3sBKLGDczkqd5q/?lang=pt>. Acesso em 07 nov 2022.

ROSSI, L. M.; MARCOLINO, T. Q.; SPERANZA, M.; CID, M. F. B. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p.1-12 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BNyxgYRcypmMMDTkLdF5PDN/?lang=pt>. Acesso em 17 out 2022.

SALLES, M. M.; BARROS, S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Imaginário*, São Paulo, v. 12, n. 13, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ima/v12n13/v12n13a18.pdf>. Acesso em 16 dez 2022.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NLZXtHgrV9wVMLH4mbskJdy/?lang=pt#>. Acesso em 29 jun 2022.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Conceitos de ocupação e atividade: os caminhos percorridos pela literatura nacional e de língua inglesa. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.) *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. 3ª reimpressão. São Carlos: EdUFSCar, 2020. p. 13-35.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. Metodologia de pesquisa. 5 ed. Dados eletrônicos - Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTAROSA, C. C. O terapeuta ocupacional na rede de atenção e cuidado a crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas. 2016. 199 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2016.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia, 1999.

SAÚDE MENTAL: “revogação” e novas investidas em andamento. Boletim Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017). Observatório de Análise Política em Saúde, Salvador, v. 6, n. 32, 2020. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/32/>. Acesso em 18 ago 2020.

SCHULTZ-KROHN, W.; CARA, E. Occupational Therapy in Early Intervention: Applying Concepts From Infant Mental Health. *Am J Occup Ther*, v. 54, n. 5, p. 550–554, 2000. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.54.5.550>

SCHWARTZ, K. B. Reclaiming our heritage: connecting the founding vision to the centennial vision. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 63, n. 6, p. 681-690, 2009. doi: 10.5014/ajot.63.6.681.

SHOLLE-MARTIN, S.; ALESSI, N. E. Formulating a Role for Occupational Therapy in Child Psychiatry: A Clinical Application. *Am J Occup Therapy*, v. 44, n. 10, p. 871-882, 1990. doi: 10.5014/ajot.44.10.871.

SOUZA, L. B.; ARAGÃO, F. B. A.; CUNHA, J. H. S.; FIORATI, R. C. A intersectorialidade na redução de iniquidades sociais vivenciadas por crianças e adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 29, e3427, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/188059/173639>>. Acesso em 19 out 2022.

SOUZA, T. T.; MAZAK, M. S. R.; SPERANZA, M.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. A terapia ocupacional na promoção da saúde mental de adolescentes de uma escola pública. *Rev. Fam. Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, Uberaba, v. 10, n. 2, p. 383-398, 2022. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/6152/6261>>. Acesso em 12 dez 2022.

TAKATORI, M.; BOMTEMPO, E.; BENETTON, M. J. O brincar e a criança com deficiência física: a construção inicial de uma história em terapia ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/227/181>>. Acesso em 10 fev 2023.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T. S. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 25, n. 3, p. 208-216, 2014. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p208-216>.

TAÑO; B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, e290108, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Compreensões e expectativas de educadores sobre saúde mental de crianças e adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 12, n. 31, p. 166-192, 2020. doi: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v12i31.69758>.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S.; MINATEL, M. M. Atenção psicossocial e intersectorialidade: entre o lugar do saber e o saber do lugar. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO; B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Org.). *Saúde Mental de crianças e adolescentes e Atenção Psicossocial*. 1ª edição. Santana de Parnaíba: Manole, p. 2-20, 2021.

TAYLOR, E. Beyond 'bad' behaviors: A call for occupational scientists to rethink autism, *Journal of Occupational Science*, p. 1-17, 2022. doi: 10.1080/14427591.2022.2136231.

TEIXEIRA, M. R. Cuidado colaborativo: estratégia para superação dos desafios da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. 2019. 260 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2019.

TELLES, H. P. R. S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P; TANAKA, O.Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2. Edição. São Paulo: Hucitec, p. 131-143, 2016.

THIRY-CHERQUES, H. Roberto Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Revista de Administração Pública [online]*, v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000100003>>. Acesso em 11 jan 2022.

TOKOLAH, E.; HOCKING, C.; KERSTEN, P.; VANDAL, A. C. Cluster-randomised controlled trial of an occupational therapy group intervention for children designed to promote emotional wellbeing: study protocol. *BMC Psychol*, v. 2, n. 1, 16, 2014. doi: 10.1186/2050-7283-2-16.

TSZESNIOSKI, L.; NÓBREGA, K. B. G.; LIMA, M. L. L. T.; FACUNDES, V. L. D. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 20, n. 2, p. 363-370, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.05082014>>. Acesso em 20 ago 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>>. Acesso em 11 out 2020.

YASUI, S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YASUI, S. Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica em tempos sombrios. 2016. 217 f. Tese de Livre-Docência – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 1

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

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 510/2016 do CNS)

Você está sendo convidado (a) para participar da Fase 1 da pesquisa **“O que se faz, como se faz, por que se faz?” - Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil**”.

O objetivo desse estudo é compreender como terapeutas ocupacionais e outros profissionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes percebem o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Você foi convidado (a) por ser um (a) profissional da área da Terapia Ocupacional ou de outras áreas, e por atuar por, ao menos, seis meses na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, seja na assistência ou na extensão universitária, no território nacional.

Você deverá ler este documento e manifestar, ao final do formulário, a concordância ou discordância em participar. Caso manifeste concordância, você será imediatamente redirecionado (a) a um questionário, o qual responderá totalmente *online*. Caso manifeste discordância, o formulário será encerrado. A recusa não lhe trará nenhum tipo de prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Também ressaltamos que sua participação nesta fase do estudo não lhe obriga a participar da fase subsequente.

No questionário, serão solicitadas algumas informações sociodemográficas sobre você e sua experiência profissional, no formato de questões de múltipla escolha, e em seguida serão abordadas questões abertas sobre sua percepção e compreensão acerca dos aspectos e elementos da Terapia Ocupacional e da atuação deste núcleo no campo da saúde mental infantojuvenil. A pesquisadora estará disponível para conversar com você, por meio de telefone, *WhatsApp*, de modo que possa se sentir à vontade para esclarecer possíveis dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário.

Ressaltamos que as respostas ou outros tipos de auto-expressão dos participantes serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome, em qualquer fase do estudo. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Considerando que a pesquisa será realizada totalmente *online*, informamos a necessidade de utilização de recursos digitais, como computador ou *smartfone*, com acesso à *internet*. Com exceção disto, você não terá nenhum outro tipo de custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Sua participação também não gerará nenhuma implicação para seu vínculo trabalhista.

A participação nesta pesquisa poderá gerar situações nas quais você se sinta constrangido (a) ou desconfortável em responder alguma pergunta sobre como compreende e

percebe o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, com base em sua experiência profissional. Estes constrangimentos e desconfortos podem ser minimizados com a orientação explícita de que não será realizado juízo de valor sobre suas respostas, não sendo as mesmas julgadas como certas ou erradas. Também se considera o risco de que o resgate na memória de tais vivências profissionais possa lhe ser desconfortável ou gerar incômodos. Em todos os casos, será oferecida a possibilidade de você se omitir ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo ou consequência. A pesquisadora estará disponível para conversar com você, por meio de telefone, *WhatsApp*, de modo que possa se sentir à vontade para esclarecer possíveis dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário, e até mesmo de procurar orientações e/ou esclarecimentos.

Quanto aos benefícios, sua participação nesta pesquisa permitirá levantar uma discussão que é ainda pouco aprofundada no contexto brasileiro, a respeito do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, partindo da visão que os profissionais têm a respeito do tema, e frente a suas experiências profissionais ao longo da vida, permitindo, assim, avanços na demarcação e no posicionamento deste núcleo profissional no referido campo de atuação. Para além de um benefício social, você poderá ter ganhos pessoais, no sentido de obter conhecimentos sobre a temática e participar ativamente do processo de construção coletiva sobre o lugar, a atuação e os aspectos do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Endereço para contato em caso de dúvidas quanto ao projeto:

Pesquisadora responsável: Flávia Arantes Táparo

Endereço: Rodovia Washington Luis, km 235, São Carlos/SP - CEP: 13565-905

Departamento de Terapia Ocupacional – Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional

Contato telefônico: (16) 3351-9787 ou (18) 99701-4967 (aceita ligação a cobrar).

E-mail: flaviaarantestaparo@gmail.com

Após ter sido devidamente esclarecido (a), declaro que:

() concordo em participar do estudo.

() não concordo em participar do estudo.

APÊNDICE B - Questionário

'O que se faz, como se faz, por que se faz?' - Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil

Pesquisa de Doutorado

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental

Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Universidade Federal de São Carlos

Apresentação

Olá!

Meu nome é Flávia Arantes Táparo, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“O que se faz, como se faz, por que se faz?” - Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil**”.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender como terapeutas ocupacionais e outros profissionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes percebem o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Compreendemos que a atenção psicossocial é um campo inter/transdisciplinar e que as ações multiprofissionais se articulam em equipe, porém convidamos você para pensar e nos contar sobre seu olhar para a profissão Terapia Ocupacional, seus elementos e particularidades.

Você foi convidado (a) por ser um (a) profissional da área da Terapia Ocupacional ou de outras áreas, e por atuar ou ter atuado por, ao menos, seis meses na rede de atenção psicossocial de crianças e adolescentes, seja na assistência ou na extensão universitária. Alguns dos serviços que compõem esta rede são: CAPSij, CAPS I, CAPSad, Unidades de Acolhimento Infantojuvenis, unidades especializadas em hospitais gerais, hospitais especializados, ambulatórios de saúde mental, consultórios na rua, serviços da Atenção Básica, dentre outros. A seguir, você encontrará um Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual contém informações detalhadas sobre o estudo. Solicitamos que leia este documento e sinalize, ao final, sua concordância ou discordância em participar. Caso concorde, você será automaticamente direcionado (a) a um questionário *online*, que tem tempo aproximado de preenchimento de 30 minutos.

Agradecemos desde já seu interesse e disponibilidade em participar desta pesquisa e em colaborar conosco com o processo de produção de conhecimento. Sua participação é muito importante, pois permitirá levantar uma discussão que é ainda pouco aprofundada no contexto brasileiro, a respeito do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 510/2016 do CNS)

Você está sendo convidado (a) para participar da Fase 1 da pesquisa **“O que se faz, como se faz, por que se faz?” - Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil**”.

O objetivo desse estudo é compreender como terapeutas ocupacionais e outros profissionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes percebem o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Você foi convidado (a) por ser um (a) profissional da área da Terapia Ocupacional ou de outras áreas, e por atuar ou ter atuado por, ao menos, seis meses na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, seja na assistência ou na extensão universitária, no território nacional.

Você deverá ler este documento e manifestar, ao final do formulário, a concordância ou discordância em participar. Caso manifeste concordância, você será imediatamente redirecionado (a) a um questionário, o qual responderá totalmente *online*. Caso manifeste discordância, o formulário será encerrado. A recusa não lhe trará nenhum tipo de prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Também ressaltamos que sua participação nesta fase do estudo não lhe obriga a participar da fase subsequente.

No questionário, serão solicitadas algumas informações sociodemográficas sobre você e sua experiência profissional, no formato de questões de múltipla escolha, e em seguida serão abordadas questões abertas sobre sua percepção e compreensão acerca dos aspectos e elementos da Terapia Ocupacional e da atuação deste núcleo no campo da saúde mental infantojuvenil. A pesquisadora estará disponível para conversar com você, por meio de telefone, *WhatsApp*, de modo que possa se sentir à vontade para esclarecer possíveis dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário.

Ressaltamos que as respostas ou outros tipos de auto-expressão dos participantes serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome, em qualquer fase do estudo. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Considerando que a pesquisa será realizada totalmente *online*, informamos a necessidade de utilização de recursos digitais, como computador ou *smartfone*, com acesso à *internet*. Com exceção disto, você não terá nenhum outro tipo de custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Sua participação também não gerará nenhuma implicação para seu vínculo trabalhista.

A participação nesta pesquisa poderá gerar situações nas quais você se sinta constrangido (a) ou desconfortável em responder alguma pergunta sobre como compreende e percebe o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, com base em sua experiência profissional. Estes constrangimentos e desconfortos podem ser minimizados com a orientação explícita de que não será realizado juízo de valor sobre suas respostas, não sendo as mesmas julgadas como certas ou erradas. Também se considera o risco de que o resgate na memória de tais vivências profissionais possa lhe ser desconfortável ou gerar incômodos. Em todos os casos, será oferecida a possibilidade de você se omitir ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo ou consequência. A pesquisadora estará disponível para conversar com você, por meio de

telefone, *WhatsApp*, de modo que possa se sentir à vontade para esclarecer possíveis dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário, e até mesmo de procurar orientações e/ou esclarecimentos.

Quanto aos benefícios, sua participação nesta pesquisa permitirá levantar uma discussão que é ainda pouco aprofundada no contexto brasileiro, a respeito do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, partindo da visão que os profissionais têm a respeito do tema, e frente a suas experiências profissionais ao longo da vida, permitindo, assim, avanços na demarcação e no posicionamento deste núcleo profissional no referido campo de atuação. Para além de um benefício social, você poderá ter ganhos pessoais, no sentido de obter conhecimentos sobre a temática e participar ativamente do processo de construção coletiva sobre o lugar, a atuação e os aspectos do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Endereço para contato em caso de dúvidas quanto ao projeto:

Pesquisadora responsável: Flávia Arantes Táparo

Endereço: Rodovia Washington Luis, km 235, São Carlos/SP - CEP: 13565-905

Departamento de Terapia Ocupacional – Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional

Contato telefônico: (16) 3351-9787 ou (18) 99701-4967 (aceita ligação a cobrar).

E-mail: flaviaarantestaparo@gmail.com

Após ter sido devidamente esclarecido (a), declaro que:

() concordo em participar do estudo.

() não concordo em participar do estudo.

Caso deseje cópia do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, informe seu e-mail:

Questionário

Solicitamos que informe as iniciais do seu nome completo (exemplo: no caso de se chamar João Santos Silva, informe JSS). Garantimos que as iniciais serão mantidas em sigilo e anonimato, sendo substituídas por números no momento de análise dos dados coletados.*

1. Idade*

- Até 25 anos
- 26 a 30 anos
- 31 a 35 anos
- 36 a 40 anos
- 41 a 45 anos
- 46 a 50 anos
- 51 a 55 anos
- 56 a 60 anos
- Mais de 60 anos

2. Gênero*

- Mulher cisgênera (sou mulher e me identifico como mulher)
- Homem cisgênero (sou homem e me identifico como homem)
- Mulher transexual/transgênera
- Homem transexual/transgênero
- Não-binário
- Prefiro não responder
- Outro _____

3. Estado de residência*

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima

- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

4. A cidade onde reside é a capital do seu Estado? *

- Sim
- Não

5. Número de habitantes da cidade onde reside *

- Até 20.000 habitantes
- Entre 20.000 e 70.000 habitantes
- Entre 70.000 e 200.000 habitantes
- Entre 200.000 e 500.000 habitantes
- Entre 500.000 e 1.000.000 de habitantes
- Mais de 1.000.000 de habitantes

6. Nível de escolaridade*

- Ensino médio completo (caso preencha esta alternativa, pule para a questão 8)
- Curso técnico completo
- Superior completo
- Pós graduação (aprimoramento, especialização ou residência) completa
- Mestrado completo
- Doutorado completo
- Pós Doutorado completo

7. Área de formação (pode selecionar mais de uma alternativa)

- Artes (cênicas, visuais, música, dentre outras)
- Educação Física
- Enfermagem
- Farmácia
- Fonoaudiologia
- Neurologia
- Nutrição
- Odontologia
- Pediatria
- Pedagogia
- Psicologia
- Psicopedagogia
- Psiquiatria
- Serviço Social

- Terapia Ocupacional
- Outro. Especifique _____

8. Profissão atual (pode selecionar mais de uma alternativa) *

- Assistente Social
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Auxiliar/Técnico de Farmácia
- Dentista
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Fonoaudiólogo
- Gerente/Gestor
- Médico Neurologista
- Médico Pediatra
- Médico Psiquiatra
- Nutricionista
- Oficineiro
- Pedagogo
- Profissional de Educação Física
- Psicólogo
- Psicopedagogo
- Terapeuta Ocupacional
- Outro. Especifique _____
- Não estou trabalhando atualmente (caso preencha esta alternativa, pule para a questão 11)

9. Tipo de vínculo empregatício atual (pode selecionar mais de uma alternativa)

- CLT
- Funcionário público
- Autônomo
- Contrato
- Outro _____

10. Local (is) onde está trabalhando atualmente (pode selecionar mais de uma alternativa)

- Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I
- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSij
- Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas - CAPSad
- Unidade de referência especializada em hospital geral
- Hospital especializado
- Ambulatório de Saúde Mental
- Unidade de acolhimento infantojuvenil
- Consultório na rua
- Unidade Básica de Saúde - UBS

- Unidade de Saúde da Família – USF
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF
- Rede intersetorial da Assistência Social, como CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Centro de convivência, dentre outros.
- Outros equipamentos da Rede Intersetorial (Educação, Judiciário, Cultura e Lazer, ONGs, dentre outros).
- Extensão universitária (desde que componha/contribua com a Rede de Atenção Psicossocial).
- Outro _____

11. Suas experiências profissionais na Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil* (pode selecionar mais de uma alternativa)

- Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I
- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSij
- Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas - CAPSad
- Unidade de referência especializada em hospital geral
- Hospital especializado
- Ambulatório de Saúde Mental
- Unidade de acolhimento infantojuvenil
- Consultório na rua
- Unidade Básica de Saúde - UBS
- Unidade de Saúde da Família – USF
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF
- Rede intersetorial da Assistência Social, como CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Centro de convivência, dentre outros.
- Outros equipamentos da Rede Intersetorial (Educação, Judiciário, Cultura e Lazer, ONGs, dentre outros).
- Extensão universitária (desde que componha/contribua com a Rede de Atenção Psicossocial).
- Outro _____

12. Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, considerando todas as experiências profissionais*

- Até 1 ano
- 1 ano e 1 mês a 3 anos
- 3 anos e 1 mês a 6 anos
- 6 anos e 1 mês a 9 anos
- 9 anos e 1 mês a 12 anos
- 12 anos e 1 mês a 15 anos
- 15 anos e 1 mês a 18 anos
- Mais de 18 anos.

Se você é terapeuta ocupacional, pule para a questão 14.

13. Durante suas experiências profissionais na Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, você atuou em equipes compostas por terapeutas ocupacionais? *

- Sim
 Não
 Não sei

A partir daqui, você poderá continuar respondendo de forma escrita, mas também terá a possibilidade de responder por áudio. Disponibilizaremos, em cada uma das questões a seguir, uma caixa para *upload* de arquivos. Se você optar por responder em áudio, você deverá escrever "resposta em áudio" na questão e, abaixo, deverá clicar na caixa "adicionar arquivo", selecionar no seu dispositivo o arquivo em áudio e inseri-lo como resposta.

14. Na sua opinião, como é/o que caracteriza o trabalho da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil? *

Opção de envio de áudio para a pergunta 14 - *Upload* de arquivo

15. Na sua opinião, o terapeuta ocupacional tem alguma “tarefa” ou responsabilidade específica, algo que apenas ele faz ou pode fazer, no campo da saúde mental infantojuvenil? *

- Sim
 Não

Comente ou justifique a resposta acima. *

Opção de envio de áudio para a pergunta 15 - *Upload* de arquivo

16. Na sua opinião, quais casos, ações ou práticas no campo da saúde mental infantojuvenil precisam mais da ação de um terapeuta ocupacional? Por quê? *

Opção de envio de áudio para a pergunta 16 - *Upload* de arquivo

17. Considerando o trabalho em equipe, frente às suas experiências profissionais no campo da saúde mental infantojuvenil, em quais situações é mais comum solicitarem a avaliação ou intervenção de um terapeuta ocupacional? Comente, por favor. *

Opção de envio de áudio para a pergunta 17 - *Upload* de arquivo

18. Se puder e quiser, relate uma experiência que você observou e/ou vivenciou e que ilustra o que a Terapia Ocupacional faz ou pode fazer na atenção à saúde mental infantojuvenil.

Opção de envio de áudio para a pergunta 18 - *Upload* de arquivo

19. Utilize o espaço abaixo caso queira deixar algum comentário, sugestão, crítica ou outro tipo de apontamento.

() Opção de envio de áudio para a pergunta 19 - *Upload* de arquivo

Finalização

Finalizamos aqui o questionário referente à Fase 1 do presente estudo. Para a Fase 2, convidamos profissionais interessados em aprofundar conosco a discussão sobre o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. A Fase 2 será realizada totalmente *online*, em até dois encontros grupais virtuais, com discussões mediadas pela pesquisadora.

Se você tiver interesse em participar da Fase 2, informe seu e-mail e/ou número de *WhatsApp* (o meio que você acessa com maior facilidade e frequência) para posterior contato da pesquisadora.

Agradecemos sua participação!

APÊNDICE C - Roteiro para condução dos grupos focais com participantes TOs

1) APRESENTAÇÃO E COMBINADOS (10 minutos)

Breve apresentação pessoal da pesquisadora. Breve apresentação pessoal de todos os participantes (nome, cidade/Estado onde residem, local de atuação profissional).

Retomadas das etapas do estudo e objetivos do grupo (esclarecimento sobre a importância das opiniões com base nas experiências, e sobre não haver uma preocupação com certo e errado).

Combinados sobre sigilo (esclarecimento sobre a gravação do grupo ser para fins de pesquisa e que as informações trazidas pelos participantes são sigilosas).

Combinados sobre tempo (tempo total do grupo e tempo para cada tema discutido).

2) TEMAS E QUESTÕES DISPARADORAS (1 hora)

De acordo com as informações trazidas pelos participantes nos questionários, foi possível identificar que as respostas se dividiam em seis temas, separados em três blocos temáticos:

O primeiro bloco temático diz sobre o que pensamos quando nos perguntam o que a Terapia Ocupacional faz no campo da saúde mental infantojuvenil. E dentro desse bloco temático aparecem dois temas: atuação da Terapia Ocupacional nas rotinas domiciliar e escolar e nas dificuldades no desempenho das AVDs; e atuação da Terapia Ocupacional frente ao sofrimento psíquico e os transtornos mentais, o manejo à crise, a escuta, o acolhimento.

Os outros temas estão mais relacionados a como a Terapia Ocupacional atua e porque atua dessa determinada forma. Aqui, as respostas se organizam em outros dois blocos temáticos: o primeiro sobre a Terapia Ocupacional em si (ou seja, como é a atuação da Terapia Ocupacional e porque é dessa forma), e o segundo sobre o lugar da Terapia Ocupacional nas equipes (ou seja, como é a atuação da Terapia Ocupacional dentro da equipe neste campo e porque é dessa forma).

No bloco temático sobre a Terapia Ocupacional em si, as respostas contemplaram dois temas: A Terapia Ocupacional enquanto clínica do sentido, das possibilidades, subjetividades, construção coletiva e trabalho em rede; e o enfoque nas ocupações e no papel ocupacional das pessoas, autonomia, independência e qualidade de vida.

No bloco temático sobre a Terapia Ocupacional enquanto parte de uma equipe, as respostas contemplaram outros dois temas: a forma como o TO atua depende da forma como as equipes se organizam (ou seja, se as equipes se organizam no modelo de referência técnica, as especificidades tendem a se diluir, mas há modelos de organização em equipe em que prevalecem as especificidades de cada profissão); e os diálogos da Terapia Ocupacional com o campo da saúde mental infantojuvenil, a clínica ampliada e o cuidado interdisciplinar.

O que vocês pensam a respeito do assunto?

3) ENCERRAMENTO (20 minutos)

Vocês acham que a nossa conversa de hoje trouxe alguma contribuição para vocês? Comentem sobre o assunto.

Vocês gostariam de fazer mais algum comentário ou apontamento?

APÊNDICE D – Roteiro para condução dos grupos focais com participantes NÃO TOs

1) APRESENTAÇÃO E COMBINADOS (10 minutos)

Breve apresentação pessoal da pesquisadora. Breve apresentação pessoal de todos os participantes (nome, cidade/Estado onde residem, local de atuação profissional).

Retomadas das etapas do estudo e objetivos do grupo (esclarecimento sobre a importância das opiniões com base nas experiências, e sobre não haver uma preocupação com certo e errado).

Combinados sobre sigilo (esclarecimento sobre a gravação do grupo ser para fins de pesquisa e que as informações trazidas pelos participantes são sigilosas).

Combinados sobre tempo (tempo total do grupo e tempo para cada tema discutido).

2) TEMAS E QUESTÕES DISPARADORAS (1 hora)

De acordo com as informações trazidas pelos participantes nos questionários, foi possível identificar que as respostas se dividiam em seis temas, separados em três blocos temáticos:

BLOCO TEMÁTICO 1: O trabalho em conjunto com o terapeuta ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil

- Em um espaço de compartilhamento de saberes, a percepção e a intervenção do TO são muito importantes e potencializam as possibilidades de ação da equipe
- Destaque para os recursos da Terapia Ocupacional direcionados à relação e interação da pessoa com o mundo, à funcionalidade, à expressão não verbal e ao corpo
- Tendência a considerar que não existem ações específicas de um TO, mas que tem contribuições que apenas o TO pode fazer

BLOCO TEMÁTICO 2: A interdisciplinaridade e a Terapia Ocupacional

- A atuação em equipe permite um cuidado ampliado e integral para o sujeito e sua família, e a contribuição da Terapia Ocupacional está no olhar para o desenvolvimento global do indivíduo, suas singularidades e potencialidades
- Importância do TO na promoção de qualidade de vida e autonomia no cotidiano do sujeito
- Destaque para a importância da escuta e do acolhimento do TO
- Tendência de a Terapia Ocupacional ser acionada nos casos de TEA, DI, uso de SPA, e em casos graves e sem êxito com outras intervenções

BLOCO TEMÁTICO 3: Especificidades da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil

1. Interlocução com a rede, com a família e com a escola
2. Avaliação aprofundada das demandas de aprendizagem, cognitivas, motoras, sensoriais, sociais, comportamentais, psíquicas e funcionais
3. Diminuição do sofrimento e de seu impacto no autocuidado e na rotina
4. Identificação de dificuldades e desenvolvimento de habilidades
5. Atuação com e por meio de atividades
6. Processos de reabilitação física e psicossocial

- Importância da Terapia Ocupacional na interação e inclusão social, na autonomia nas AVDs e na qualidade de vida no dia a dia

O que vocês pensam a respeito do assunto?

3) ENCERRAMENTO (20 minutos)

Vocês acham que a nossa conversa de hoje trouxe alguma contribuição para vocês? Comentem sobre o assunto.

Vocês gostariam de fazer mais algum comentário ou apontamento?

APÊNDICE E – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 2

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

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 510/2016 do CNS)

Você está sendo convidado (a) para participar da Fase 2 da pesquisa **“O que se faz, como se faz, por que se faz?” - Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil**”.

O objetivo desse estudo é compreender como terapeutas ocupacionais e outros profissionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes percebem o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Você participou da Fase 1 desta pesquisa, onde foram solicitadas algumas informações sociodemográficas sobre você e sua experiência profissional, bem como sobre sua percepção e compreensão acerca dos aspectos e elementos da Terapia Ocupacional e da atuação deste núcleo no campo da saúde mental infantojuvenil, por meio de um questionário *online*. Neste momento, você está sendo convidado (a) a participar da Fase 2 da presente pesquisa por ter sinalizado previamente seu interesse e disponibilidade.

Esta fase do estudo acontecerá no formato de grupos *online*. Nestes grupos, pretende-se aprofundar a discussão sobre o núcleo da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil, identificando, analisando e construindo elementos que compõem os referidos núcleo e campo, coletivamente, e sob condução da pesquisadora. Será proposta a realização de dois encontros virtuais com cada grupo, em data e horário a serem acordados com os participantes, sendo cada encontro com tempo de duração previsto de uma hora e trinta minutos. Os encontros serão realizados via plataformas digitais de comunicação grupal. Utilizaremos registros audiovisuais dos referidos grupos para posterior análise dos materiais, sendo, portanto, solicitado seu consentimento em relação à gravação dos grupos em áudio e/ou vídeo.

Ressaltamos que as respostas ou outros tipos de auto-expressão dos participantes serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome, em qualquer fase do estudo. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Considerando que a pesquisa será realizada totalmente *online*, informamos a necessidade de utilização de recursos digitais, como computador ou *smartfone*, com acesso à *internet*. Com exceção disto, você não terá nenhum outro tipo de custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Sua participação também não gerará nenhuma implicação para seu vínculo trabalhista.

Você deverá ler este documento e manifestar, ao final do formulário, a concordância ou discordância em participar. A recusa não lhe trará nenhum tipo de prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A pesquisadora estará disponível para conversar com você, por meio de telefone, *WhatsApp*, de modo que possa se sentir à vontade para esclarecer possíveis dúvidas que surgirem.

A participação nesta pesquisa poderá gerar situações nas quais você se sinta constrangido (a) ou desconfortável em responder alguma pergunta sobre como compreende e percebe o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, com base em sua experiência profissional. Estes constrangimentos e desconfortos podem ser minimizados com a orientação explícita de que não será realizado juízo de valor sobre suas respostas, não sendo as mesmas julgadas como certas ou erradas. Também se considera o risco de que o resgate na memória de tais vivências profissionais possa lhe ser desconfortável ou gerar incômodos. Em todos os casos, será oferecida a possibilidade de você se omitir ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisadora estará disponível para conversar com você, por meio de telefone, *WhatsApp*, de modo que possa se sentir à vontade para esclarecer possíveis dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário e os grupos, e até mesmo de procurar orientações e/ou esclarecimentos.

Quanto aos benefícios, sua participação nesta pesquisa permitirá levantar uma discussão que é ainda pouco aprofundada no contexto brasileiro, a respeito do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, partindo da visão que os profissionais têm a respeito do tema, e frente a suas experiências profissionais ao longo da vida, permitindo, assim, avanços na demarcação e no posicionamento deste núcleo profissional no referido campo de atuação. Para além de um benefício social, você poderá ter ganhos pessoais, no sentido de obter conhecimentos sobre a temática e participar ativamente do processo de construção coletiva sobre o lugar, a atuação e os aspectos do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Endereço para contato em caso de dúvidas quanto ao projeto:

Pesquisadora responsável: Flávia Arantes Táparo

Endereço: Rodovia Washington Luis, km 235, São Carlos/SP - CEP: 13565-905

Departamento de Terapia Ocupacional – Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional

Contato telefônico: (16) 3351-9787 ou (18) 99701-4967 (aceita ligação a cobrar).

E-mail: flaviaarantestaparo@gmail.com

Após ter sido devidamente esclarecido (a), declaro que:

() concordo em participar do estudo.

() não concordo em participar do estudo.

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ¿O que se faz, como se faz, por que se faz?¿ - Focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil

Pesquisador: Flávia Arantes Táparo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39921420.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.537.878

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_1650903, de 11/01/2021): RESUMO - A literatura específica identifica elementos sobre o núcleo da Terapia Ocupacional, no campo da saúde mental infantojuvenil, evidenciando, entretanto, a necessidade e importância de aprofundamento na discussão sobre a localização, caracterização e demarcação de suas especificidades. O presente estudo tem como objetivo compreender como terapeutas ocupacionais e outros profissionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes percebem o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. Para isso, propõe-se a realização de um estudo de caráter descritivoexploratório, com abordagem quali quantitativa, a ser desenvolvido em duas fases. Na Fase 1, pretende-se explorar, com um número mais amplo de profissionais terapeutas ocupacionais e não terapeutas ocupacionais com experiência no campo da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, questões sobre o núcleo da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil, por meio de questionário

online. Na Fase 2, pretende-se aprofundar a discussão sobre o núcleo da Terapia Ocupacional e o campo da saúde mental infantojuvenil, com o objetivo de identificar, analisar e construir elementos que compõem os referidos núcleo e campo, coletivamente, com base na percepção dos

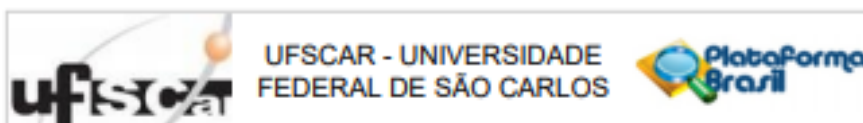
Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.537.878

próprios participantes, por meio de grupos focais online. Como resultados, espera-se abarcar profissionais de diferentes regiões brasileiras no estudo e que os mesmos consigam elaborar elementos que compõem o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, de forma aprofundada e complexa. Tais resultados serão discutidos à luz dos referenciais teóricos da reabilitação psicossocial e atenção psicossocial, bem como do campo e núcleo. Espera-se que o estudo colabore para a consolidação do núcleo da Terapia Ocupacional junto às demais áreas do conhecimento que compõem o referido campo profissional, contribuindo com o processo de formação de terapeutas ocupacionais e com a atuação prática daqueles que estão inseridos no campo. **HIPÓTESE** - Hipotetiza-se que os profissionais participantes resgatarão elementos intrínsecos à formação e atuação da Terapia Ocupacional para justificarem suas compreensões sobre a especificidade no campo da saúde mental infantojuvenil, bem como serão levantados elementos sobre o trabalho em equipe multi, inter e transdisciplinar e as localizações e especificidades de cada núcleo profissional nestas equipes. **METODOLOGIA** - A pesquisa será desenvolvida totalmente online, viabilizando a participação de profissionais de diferentes Estados brasileiros. Salienta-se que esta pesquisa não está subordinada às instituições às quais os participantes estão ou estiveram vinculados profissionalmente, sendo a participação consentida apenas mediante a autorização de cada participante. **Instrumentos**: Será utilizado um questionário online, elaborado pela pesquisadora exclusivamente para esta pesquisa, disponibilizado pela ferramenta do Google Docs – Formulário. O questionário será iniciado com uma avaliação sociodemográfica, com o objetivo de caracterizar a população participante da pesquisa. Serão coletados dados de idade, gênero, local de residência, nível de escolaridade, local de formação, tempo de formação e experiências profissionais, por meio de questões de múltipla escolha. Em seguida, os participantes serão questionados sobre quais aspectos e elementos percebem no núcleo profissional e na atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, por meio de questões abertas. O questionário será finalizado com a possibilidade de o participante sinalizar seu desejo e interesse de participar da Fase 2 do presente estudo, isto é, da composição dos grupos focais, sendo solicitado, em caso afirmativo, a disponibilização do endereço eletrônico para que a pesquisadora entre em contato posteriormente. Também será elaborado, a partir da revisão da literatura e pautado nos objetivos da pesquisa, um roteiro para condução dos grupos focais, com uma questão disparadora e outras questões temáticas, para nortear a discussão do grupo acerca da temática do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9085 E-mail: caphumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.537.878

Salienta-se, para a realização dos grupos focais, a utilização de recursos digitais, como computador ou smartfone, com acesso à internet e a plataformas digitais de comunicação grupal, que permitam a gravação em vídeo em tempo real, bem como materiais gráficos para registros. Também se pretende adotar a estratégia do diário de campo como uma forma de registro dos encontros. Procedimentos: Fase 1 - Pretende-se convidar virtualmente os profissionais a responderem os questionários online, sendo utilizadas as redes sociais e o método "bola de neve" como meios de divulgação dos convites aos potenciais participantes. Segundo Vinuto (2014), o método

"bola de neve" é um método de amostragem não probabilística, que utiliza cadeias de referência, isto é, parte da identificação de informantes-chaves, que ajudam o pesquisador a localizar e acionar, dentre suas próprias redes sociais, pessoas que se encaixem no perfil pesquisado e que possam ser informantes para a pesquisa, sendo o convite replicado por cada participante, sucessivamente. Será disponibilizado um link para acesso ao Google Docs – Formulário, sendo os participantes direcionados a uma página que conterá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível para leitura, com as devidas explicações sobre a pesquisa. O TCLE será assinado virtualmente através de um ícone de preenchimento obrigatório. Somente após o aceite de participação na pesquisa, os participantes poderão responder o questionário. A pesquisadora estará

disponível para conversar com os participantes, por meio de telefone, WhatsApp, para que se sintam à vontade para esclarecer possíveis dúvidas. Fase 2 - Pretende-se entrar em contato virtualmente, por e-mail, com os participantes que sinalizaram no questionário seu interesse em participar da fase subsequente da pesquisa, aos quais será apresentado o TCLE da Fase 2. Serão compostos dois grupos focais, sendo um apenas com terapeutas ocupacionais, e outro com profissionais não terapeutas ocupacionais. Será proposta a realização de dois encontros virtuais com cada grupo, em data e horário a serem acordados com os participantes, sendo cada encontro previsto de 1h30min. Os encontros serão realizados via plataformas digitais de comunicação grupal. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO - Serão potenciais participantes do presente estudo profissionais com experiência prévia ou atual na atenção psicossocial de crianças e adolescentes em todo o território nacional. Serão adotados como critérios de inclusão: 1) terapeutas ocupacionais que atuem ou tenham atuado por, ao menos, um ano na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, seja na assistência ou na extensão universitária, no território nacional; 2) profissionais não terapeutas ocupacionais, de nível superior ou médio, que atuem ou tenham atuado por, ao menos, um ano na atenção psicossocial de

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



Continuação do Projeto: 4.537.878

crianças e adolescentes, em cujas equipes havia, ao menos, um terapeuta ocupacional, seja na assistência ou na extensão universitária, no território nacional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como terapeutas ocupacionais e outros profissionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes percebem o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Objetivo Secundário: Analisar a percepção de profissionais não terapeutas ocupacionais envolvidos na atenção psicossocial de crianças e adolescentes sobre a atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil; Identificar aspectos que fundamentam e/ou influenciam as práticas de terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental de crianças e adolescentes; Identificar e analisar, com terapeutas ocupacionais, os elementos que compõem o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental de crianças e adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

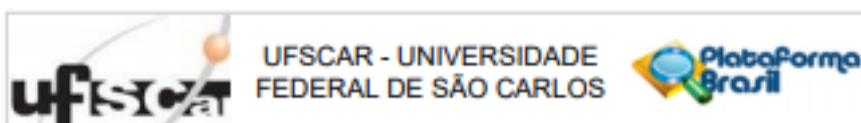
Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade? Dessa forma, o pesquisador deve fazer o exercício da alteridade colocando-se no lugar do sujeito participante para detectar possíveis riscos, que podem ser físicos, morais ou psicológicos. Neste sentido o projeto apresenta como:

Riscos: Os riscos decorrentes da participação nesta pesquisa estão relacionados ao desconforto, constrangimento ou dificuldade em responder alguma pergunta sobre como compreendem e percebem o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil com base em sua experiência profissional. Estes riscos podem ser minimizados com a orientação explícita de que não será realizado juízo de valor sobre a

compreensão e percepção dos profissionais acerca do referido tema, não sendo as respostas julgadas como certas ou erradas. Também se considera o risco de que o resgate na memória de tais vivências profissionais possa ser desconfortável ou gerar incômodos. Em todos os casos, será oferecida a possibilidade de o participante se omitir ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A pesquisadora estará disponível para conversar com os participantes, por meio de telefone, WhatsApp, de modo que possam se sentir à vontade para esclarecer possíveis dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário e até mesmo de procurar orientações e/ou encaminhamentos.

Benefícios: Quanto aos benefícios, o desenvolvimento deste projeto de pesquisa permitirá levantar uma discussão que é ainda pouco aprofundada no contexto brasileiro, a respeito do núcleo

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



Continuação do Protocolo: 4.537.878

profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil, partindo da visão que os profissionais têm a respeito do tema, frente a suas experiências profissionais ao longo da vida, permitindo, assim, avanços na demarcação e no posicionamento deste núcleo profissional no referido campo de atuação. Para além de um benefício social, o participante poderá ter ganhos pessoais, no sentido de obter conhecimentos sobre a temática e participar ativamente do processo de construção coletiva sobre o lugar, a atuação e os aspectos do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores solucionaram todas as pendências e inadequações e, portanto, considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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: 4.537.878

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1650903.pdf	11/01/2021 11:00:59		Aceito
Outros	Carta_Resposta-versao1.docx	11/01/2021 10:59:34	Flávia Arantes Táparo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_fase2_atualizado.pdf	11/01/2021 10:58:31	Flávia Arantes Táparo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_fase1_atualizado.pdf	11/01/2021 10:58:14	Flávia Arantes Táparo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Flavia_Arantes_Taparo_atualizado.pdf	11/01/2021 10:57:51	Flávia Arantes Táparo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rostoassinada.pdf	05/11/2020 21:50:26	Flávia Arantes Táparo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Flavia_Arantes_Taparo.pdf	04/11/2020 19:03:12	Flávia Arantes Táparo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_fase_2.pdf	04/11/2020 19:02:38	Flávia Arantes Táparo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_fase_1.pdf	04/11/2020 19:02:29	Flávia Arantes Táparo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/11/2020 18:58:35	Flávia Arantes Táparo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-0685 E-mail: caphumanos@ufscar.br



Continuação do Processo nº 537.678

SÃO CARLOS, 12 de Fevereiro 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: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: ocp@umanos@ufscar.br