

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

CLEBER HENRIQUE DE MELO

**ENTRE O CAMPO E O NÚCLEO:
Saberes da prática da Terapia Ocupacional em saúde mental**

São Carlos - SP

2025

CLEBER HENRIQUE DE MELO

ENTRE O CAMPO E O NÚCLEO:
Saberes da prática da Terapia Ocupacional em saúde mental

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

Área de concentração: Processo de Intervenção em Terapia Ocupacional.

Linha 3: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental

Orientadora: Prof^ª Dr^a. Teresinha Cid Constantinidis

São Carlos - SP

2025

Melo, Cleber Henrique de

Entre o campo e o núcleo: saberes da prática da terapia ocupacional em saúde mental / Cleber Henrique de Melo -- 2025.
184f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Teresinha Cid Constantinidis

Banca Examinadora: Teresinha Cid Constantinidis, Adriana Leão, Isabela Aparecida de Oliveira Lussi, Maria Fernanda Barboza Cid, Maria Fernanda de Silvio Nicácio

Bibliografia

1. Terapia ocupacional. 2. Saúde mental. 3. Competência profissional. I. Melo, Cleber Henrique de. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de aprovação

Tese apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Terapia Ocupacional. Área de concentração: Processo de Intervenção em Terapia Ocupacional. São Carlos, 28/02/2025.

Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis (Orientadora e presidente)
UFES

Profa. Dra. Adriana Leão (Titular)
UFES

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

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid (Titular)
UFSCar

Profa. Dra. Maria Fernanda de Silvio Nicácio (Titular)
USP

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, a todas as forças que compõem o universo e que nunca me desampararam ou permitiram que eu desabasse, traçando mais este passo em minha vida.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Teresinha Cid Constantinidis, pela paciência, parceria e delicadeza ao apresentar seus apontamentos de forma cuidadosa e respeitosa, e por me guiar neste processo de me tornar pesquisador na área de Terapia Ocupacional. Agradeço a sutileza ao compartilhar seus conhecimentos e experiências.

Às professoras, pesquisadoras e terapeutas ocupacionais que aceitaram o desafio de avaliar este trabalho e contribuíram com suas percepções e cuidados em torno da temática: Prof.^a Dr.^a Maria Fernanda Barbosa Cid, Prof.^a Dr.^a Adriana Leão, Prof.^a Dr.^a Isabela Aparecida de Oliveira Lussi, Prof.^a Dr.^a Fernanda Nicácio, Prof.^a Dr.^a Taís Quevedo Marcolino, Prof.^a Dr.^a Giovana Garcia Morato e Prof.^a Dr.^a Isadora Cardinalli.

Às professoras do PPGTO que, ao longo destes quatro anos, compartilharam seus saberes e perspectivas de forma genuína, sempre abertas a trocas e reflexões no campo da Terapia Ocupacional.

Aos colegas das turmas de mestrado e doutorado, com quem pude compartilhar pensamentos, risos, desesperos e alívios, tornando essa jornada mais leve e enriquecedora.

Aos profissionais que responderam ao questionário desta pesquisa, sendo um verdadeiro motor propulsor para as discussões aqui apresentadas. Em especial, aos profissionais que participaram dos encontros focais: embora, por questões metodológicas, não tenha sido possível utilizar os materiais coletados, suas contribuições foram fundamentais para as reflexões expostas ao longo desta tese.

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 adiante.

Ao meu amigo Rafa, por sempre me encorajar e não permitir que eu desistisse deste percurso. O seu incentivo foi essencial para que eu chegasse até aqui.

Às pessoas que encontrei ao longo do caminho e que permaneceram ao meu lado: Emerson, Amaury, Gui, Andressa, Ana, Aline, Renan Alonso, Renan Macedo, muito obrigado. Suas palavras, reflexões e preocupações foram fundamentais nesta caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

“Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”

Guimarães Rosa.

RESUMO

Introdução: No contexto das práticas de cuidado em saúde mental, sustentadas pelo modelo psicossocial, terapeutas ocupacionais brasileiros desempenham um papel crucial na promoção de uma prática colaborativa e interdisciplinar. Diante da evolução contínua da profissão, reconhece-se a importância de investigar as várias facetas da prática e como elas compõem o núcleo profissional no campo da saúde mental. Compreende-se o campo como um espaço dinâmico e colaborativo, e o núcleo como a integração dos conhecimentos específicos que delimitam a profissão. Assim, torna-se viável aprofundar a discussão sobre seus contornos.

Objetivo Geral: Compreender a prática específica da Terapia Ocupacional em saúde mental a partir da perspectiva de terapeutas ocupacionais atuantes em equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Método: Trata-se de um estudo de caráter não experimental, transversal e exploratório-descritivo, utilizando uma amostra de conveniência composta por 53 terapeutas ocupacionais atuantes na RAPS brasileira. Os profissionais responderam a um questionário semiestruturado com questões fechadas e abertas, o qual possibilitou um mapeamento sociodemográfico dos participantes e uma compreensão dos modos como interpretam e desenvolvem suas práticas no cotidiano profissional.

Análise e Resultados: Os dados qualitativos, resultantes da análise das questões abertas, foram analisados com o auxílio do software IRaMuTeQ, o que possibilitou classificar e nomear as respostas obtidas em cinco categorias, a saber: 1. Articulação da Terapia Ocupacional com o Campo; 2. Fundamentos da Terapia Ocupacional na Saúde Mental; 3. Demandas e Objetivos da Terapia Ocupacional em Saúde Mental; 4. Núcleo Técnico da Terapia Ocupacional; 5. Delineamento do Núcleo Profissional. Os resultados mostram que as discussões que vêm sendo desenvolvidas no campo da saúde mental brasileira por terapeutas ocupacionais têm sido baseadas em concepções dos referenciais teóricos e metodológicos da chamada clínica comum e da saúde coletiva. Já nos aspectos teóricos e metodológicos específicos, identifica-se uma variedade de perspectivas sobre os contornos e fronteiras do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental.

Conclusão: A construção e o fortalecimento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental necessariamente percorrem um processo de negociação constante. Nota-se uma necessidade emergente de consolidar um pensamento crítico que oriente a profissão para além de dicotomias rígidas. Em vez de optar por uma adesão irrestrita ou por uma separação inflexível, propõe-se um equilíbrio dinâmico, em que a especificidade da Terapia Ocupacional seja sustentada pelos terapeutas ocupacionais, ao mesmo tempo em que sua prática se expande em um diálogo com outras áreas do

conhecimento.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Saúde Mental; Competência Profissional.

ABSTRACT

Introduction: In the context of mental health care practices, supported by the psychosocial model, Brazilian occupational therapists play a crucial role in promoting collaborative and interdisciplinary practices. Given the continuous evolution of the profession, it is important to investigate the various facets of practice and how they shape the professional core in the field of mental health. The field is understood as a dynamic and collaborative space, and the core as the integration of specific knowledge that defines the profession. Thus, it becomes feasible to advance the discussion on its contours. **General Objective:** To understand the specific practice of occupational therapy in mental health from the perspective of occupational therapists working in facilities that make up the Psychosocial Care Network (RAPS). **Method:** This is a non-experimental, cross-sectional, and exploratory-descriptive study, using a convenience sample of 53 occupational therapists working in the Brazilian RAPS. The professionals answered a semi-structured questionnaire with closed and open-ended questions, enabling a sociodemographic overview of the participants and insight into how these professionals interpret and develop their practices in their daily work. **Analysis and Results:** The qualitative data, obtained from the open-ended questions, were examined using the IRaMuTeQ software, allowing classification into five categories: 1. Articulation of Occupational Therapy with the Field; 2. Foundations of Occupational Therapy in Mental Health; 3. Demands and Objectives of Occupational Therapy in Mental Health; 4. Technical Core of Occupational Therapy; 5. Delineation of the Professional Core. The results show that the discussions within the Brazilian mental health field by occupational therapists have been based on conceptions from the theoretical and methodological frameworks referred to as common clinical practice and collective health. Regarding specific theoretical and methodological aspects, a variety of perspectives on the contours and boundaries of the professional core of occupational therapy in the field of mental health is identified. **Conclusion:** The construction and strengthening of the professional core of occupational therapy in the field of mental health necessarily involve constant negotiation. There is an emerging need to foster critical thinking that guides the profession beyond rigid dichotomies. Instead of opting for unrestricted adherence or inflexible separation, a dynamic balance is proposed, where the specificity of occupational therapy is upheld by occupational therapists, while its practice expands through dialogue with other areas of knowledge.

Keywords: Occupational Therapy; Mental Health; Professional Competence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Idade dos Participantes.....	65
Figura 2 — Tempo de Formação em Terapia Ocupacional	66
Figura 3 — Pós-Graduação	66
Figura 4 — Estado de Atuação.....	67
Figura 5 — Tempo de Atuação na RAPS	68
Figura 6 — Local de Atuação Profissional	69
Figura 7 — Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus final mediante análise do software Iramuteq	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Subcorpus, classes e palavras	73
Quadro 2 — Síntese dos resultados.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRATO	Associação Brasileira de Terapia Ocupacional
ACH	Análise de Classificação Hierárquica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
GAM	Gestão Autônoma de Medicamento
IRaMuTeQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MBA	Master of Business Administration
PND	Política Nacional de Drogas
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
RENETO	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SHR	Serviço Hospitalar de Referência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO	5
RESUMO.....	7
ABSTRACT	9
LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE QUADROS	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
SUMÁRIO.....	13
APRESENTAÇÃO	13
1 UM CAMPO DE ATUAÇÃO DO FAZER O CUIDADO EM SAÚDE E SEUS MODOS	16
1.1 Sobre o campo de conhecimento e prática da saúde.....	16
1.2 Sobre os modos de operar o cuidado no campo da saúde	22
2 A EVOLUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E INOVAÇÕES	30
3 O CAMPO DE SAÚDE MENTAL E A TERAPIA OCUPACIONAL	45
4 OBJETIVO GERAL	58
5 MÉTODO.....	59
5.1 Aspectos éticos	59
5.2 Composição da Amostra.....	60
5.3 Local de Realização da Pesquisa.....	61
5.4 Questionário:	61
5.5 Construção e adequação do questionário	61
5.6 Coleta de Dados:.....	62
5.7 Análise dos Dados.....	62
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	64
6.1 Caracterização das/dos terapeutas ocupacionais participantes.....	64
6.2 Análise das questões abertas	70
6.2.1 ARTICULAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM O CAMPO.....	74
6.2.2. FUNDAMENTOS DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL	83
6.2.3 DEMANDAS INSTITUCIONAIS VERSUS OBJETIVOS DA TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL	92
6.2.4. NÚCLEO TÉCNICO DA TERAPIA OCUPACIONAL	103
6.2.5. ELEMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA O DELINEAMENTO DO NÚCLEO PROFISSIONAL DA TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL	108

7 ARTICULAÇÕES PARA A COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO PROFISSIONAL DA TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS, AVANÇOS E PERSPECTIVAS.....	126
FIM DE PARTIDA. DE PARTIDA. DÊ PARTIDA... ..	146
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	163
APÊNDICE B — QUESTIONÁRIO ONLINE.....	166
ANEXO A — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	171

APRESENTAÇÃO

A construção desta tese é resultado das reflexões acumuladas ao longo dos anos como terapeuta ocupacional e profissional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Provido de uma família com recursos socioeconômicos limitados e sendo diretamente impactado pelas políticas públicas, principalmente as de acesso à educação, mantive minhas convicções, coloquei uma mochila nas costas e assumi comigo mesmo um compromisso ético e responsável de, após formado, desenvolver meus conhecimentos teóricos e práticos nos equipamentos e programas do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Ao longo da minha trajetória profissional, tive a oportunidade de atuar em diversas frentes da saúde pública, acumulando experiências importantes. Contribuí com equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrando estratégias interdisciplinares voltadas para o fortalecimento da atenção básica. Trabalhei também na Estratégia Acompanhante da Pessoa com Deficiência Intelectual (APD)¹ e em uma Unidade de Acolhimento (UAA). No entanto, foi em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) que construí uma parte significativa da minha carreira. Após dedicar oito anos a este equipamento, assumi a gestão de um Serviço Residencial Terapêutico, aprofundando minha vivência em serviços voltados à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Atualmente, sigo na gestão de um CAPSij III no município de São Paulo.

Na sustentação deste compromisso, especialmente no âmbito da saúde mental, passei a questionar a minha prática e, principalmente, a refletir sobre a forma como nos comunicávamos tanto internamente quanto com os demais colegas no campo, acerca de nosso fazer profissional. Das respostas adquiridas/observadas/percebidas, constatei que estava diante de um fazer em que as bordas limítrofes da ação profissional não seriam achadas/identificadas facilmente por conceitos ou qualquer outra palavra que tenha uma função fixa e/ou estável. Por muitas vezes, deparei-me com as minhas fragilidades conceituais e tentativas frustrantes de querer definir a prática da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental por um único objeto, conceito ou palavra, assim como é feito na medicina, na psicologia etc.

¹ Esta estratégia é uma iniciativa já estabelecida no Município de São Paulo, composta por equipes alocadas nos Centros de Reabilitação (CER). O objetivo é acompanhar pessoas com deficiência intelectual e seus familiares, oferecendo suporte integral e especializado. Conforme descrito no documento orientador de 2024, esta estratégia “se revela essencial para o desenvolvimento de um trabalho terapêutico eficaz, intersetorial e que transcende as abordagens convencionais de reabilitação voltadas a pessoas com deficiência intelectual”. Para mais informações sobre o programa, recomenda-se a consulta ao documento completo, disponível no site oficial da Prefeitura de São Paulo: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/APD_fev24.pdf.

Neste percurso, tomei um atalho que me foi oferecido e o aceitei. Além das inquietações presentes, comecei a me envolver com a formação acadêmica de novos terapeutas ocupacionais ministrando disciplinas específicas, como Fundamentos da Terapia Ocupacional e Terapia Ocupacional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, iniciativa com a qual permaneço envolvido até este momento. Nesse contexto, foram imprescindíveis aprofundamentos técnicos, teóricos, metodológicos e políticos que se aproximassem da vivência concreta e dinâmica de uma prática profissional desenvolvida em um campo multifacetado e diversificado e de como essas questões seriam compartilhadas na formação a partir das conversas que realizo.

Ao retornar ao caminho principal, agora carregando uma mochila mais pesada, senti a necessidade de fazer uma pausa. Sentei-me sobre uma pedra, peguei uma garrafa de água e por um momento contemplei o longo trajeto percorrido. A distância até o ponto de partida já não era mais visível, mas continuava muito presente em mim. Ao abrir a mochila, deparei-me com as inquietações iniciais que ali foram depositadas, revisitadas ao longo do caminho e amadurecidas com a esperança de que o tempo me aproximasse das respostas que buscava alcançar e por fim, compartilhar.

Hoje, convido você a se conectar com esta pesquisa/investigação, onde poderá explorar as respostas obtidas para as questões que carrego em minha mochila. Não se trata de impor verdades, mas sim de compartilhar o aprofundamento teórico identificado, a partir dos caminhos que terapeutas ocupacionais têm trilhado nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme o relato de suas práticas. Por meio destes relatos, foi possível extrair e compreender a prática específica da Terapia Ocupacional em saúde mental a partir das práticas de terapeutas ocupacionais que são desenvolvidas nos equipamentos que compõem a RAPS, sendo este, portanto, o objetivo principal deste estudo.

Na primeira seção, apresento brevemente os modos como um campo vai ganhando contornos e como esses contornos abrem espaços para o desenvolvimento das práticas profissionais. Apoiado em autores como Bourdieu, esta seção faz uma sustentação teórica e necessária que se interconecta com a seção seguinte, no qual — através dos conhecimentos compartilhados pela saúde coletiva — reverbero os modos como a constituição de um campo se incide sobre a saúde e seus modos práticos de operacionalização.

A terceira seção dedica-se detalhadamente ao desenvolvimento contínuo do campo da saúde mental, abordando os esforços persistentes para sustentação uma prática alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Examina-se também os fundamentos teóricos do modelo operacional da Atenção Psicossocial, delineando seu impacto e evolução ao longo dos anos, assim como os embates políticos que se fazem necessários neste campo.

A quarta seção analisa a prática efetiva da Terapia Ocupacional no contexto da saúde mental, investigando os esforços contínuos da profissão, desde seu engajamento com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira até os dias atuais. Aqui são destacadas as principais questões surgidas ao longo dessa trajetória, proporcionando uma reflexão sobre as fronteiras experienciadas pela Terapia Ocupacional neste campo de atuação.

Na sequência, são delineados os objetivos e os aspectos metodológicos, seguidos pela apresentação dos resultados alcançados e análises realizadas. A seção final desenvolve uma espécie de amarração do que foi observado e apreendido ao longo da construção desta pesquisa/investigação.

Este estudo também se dedicou a explorar “um plano intensivo das forças e dos afetos” (Barros; Kastrup, 2009, p. 70) que esteve presente em todos os contextos da pesquisa, buscando destacar aspectos que frequentemente passam despercebidos nas experiências cotidianas dos terapeutas ocupacionais que atuam nos diversos equipamentos que compõem a RAPS brasileira.

Espero que estes achados possam se configurar muito mais como um conjunto de anotações, tentativas e/ou apontamentos do que como um trabalho exaustivo e sem brechas. Aliás, celebremos as brechas, pois são elas que nos conduzem a novas possibilidades, e essa é essencialmente minha intenção e meu convite.

Boa Leitura!

1 UM CAMPO DE ATUAÇÃO DO FAZER O CUIDADO EM SAÚDE E SEUS MODOS

1.1 Sobre o campo de conhecimento e prática da saúde

Para a construção das ideias proposta nesta tese, opta-se por um caminho permeado pelos modos de configurações do chamado “campo” de atuação dos trabalhadores brasileiros do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, as lógicas de compartilhamento dos saberes, que passaram a se configurar em um pensamento da chamada clínica comum (Capozzolo *et al.*, 2014). Para esta perspectiva, compreende-se a necessidade da ampliação do campo de referências com o qual os profissionais trabalham e para o qual se voltam na construção de novas possibilidades de atuação conjunta. Sobre a clínica comum, Capozzolo *et al.* (2014) esclarecem:

Um dos aspectos desse ‘comum’ diz respeito ao que seria importante na formação de qualquer profissional da saúde para possibilitar uma atuação que considere as necessidades singulares daqueles que demandam por cuidado. Outra dimensão da clínica comum é a que se realiza no encontro das diferenças das áreas profissionais, e que exige disponibilidade para agenciar e integrar diferentes saberes e práticas, além de se abrir para dimensões que se situam entre os núcleos profissionais e não foram ainda colonizadas pelos marcos disciplinares (Capozzolo *et al.*, 2014. pág. 445).

Defende-se, para uma ideia do comum, aquilo que se torna permeável, que se torna tateado por todos e que, mesmo assim, possui singularidades. Não se trata de se fechar em uma única possibilidade, mas de construir, desconstruir e reconstruir comuns que possam ser partilhados. Frente a essa perspectiva, compreende-se que o campo de atuação vai se constituindo à medida que se alinhava com outras perspectivas profissionais e constrói, na história da saúde pública brasileira, novas possibilidades para a construção do fazer profissional.

Para Passos e Carvalho (2015), esse modo de atuar no cotidiano profissional é profundamente marcado pela compreensão da inclusão como um princípio central. Ao ser incorporada como uma prática social, a inclusão amplia as possibilidades de corresponsabilidade no cuidado. O SUS adota essa premissa, convocando a participação de diversos sujeitos, respeitando suas singularidades, em todas as fases do planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde.

Para os autores, a produção do comum, as zonas de comunalidade e as encruzilhadas formam um tecido dinâmico e vibrante, no qual o individual e o coletivo se encontram e se transformam. As encruzilhadas, enquanto territórios de cruzamento de caminhos, convidam-

nos a refletir sobre as escolhas que fazemos ao longo da vida. Elas são espaços de indagações. Para onde estamos indo? O que desejamos? O que estamos dispostos a carregar e o que decidimos deixar para trás? Nesse ponto, as encruzilhadas se tornam mais do que simples interseções; elas são campos de forças, carregadas de possibilidades, onde diferentes direções se encontram e se somam, dando origem a novas trajetórias.

Apostamos que as forças que se cruzam nas encruzilhadas têm o potencial de modificar, de trans-formar. Elas não nos deixam intactos, mas nos impulsionam a mudar, a reconsiderar, a agir de maneira diferente. No entanto, como pontos de transição, as encruzilhadas também exigem movimento. Não se pode ficar nelas para sempre, pois sua função é justamente de passagem. São espaços de decisão, onde novas possibilidades surgem, mas que também impõem a necessidade de seguir adiante. Elas são, assim, pontos de contato, de comunicação e de improvisação, onde as surpresas se tornam inevitáveis.

Ao mesmo tempo, as encruzilhadas nos lembram que o comum, o espaço entre todos, é um terreno aberto, “de ninguém”, mas que, por ser compartilhado, deve ser cuidado por todos. Cuidar do comum não significa apenas preservar, mas também cultivar a escuta, o diálogo, o acolhimento e a construção de vínculos. A alteridade, a afirmação da diferença, torna-se um elemento essencial nesse processo, pois é por meio dela que o comum se fortalece e se renova. A colaboração, o trabalho em equipe e a capacidade de formar associações são práticas fundamentais na construção desse território compartilhado (Passos; Carvalho, 2015).

Portanto, as encruzilhadas não são apenas espaços de dilemas e decisões individuais, mas também de construção coletiva, onde o comum se revela como um campo vivo, em constante construção. Ao habitá-lo, tornamo-nos mais conscientes da necessidade de cuidar uns dos outros, de tecer redes de solidariedade e de aprender a improvisar juntos, em busca de soluções criativas para os desafios que se apresentam.

Diante dessas primeiras ideias aportam-se, também, reflexões apresentadas nos referenciais da saúde coletiva, que construíram arduamente modos operantes de sustentar uma prática/clínica de cuidado livre de quaisquer aprisionamentos disciplinares. Desta forma, visa a um modo de compartilhamento e corresponsabilização de todos os agentes envolvidos nesse processo, convocando profissionais de todos os níveis a reverem suas práticas e usuários a serem autores de seus processos de cuidados (Yasui, 2016; Ceccim, 2018; Passos; Barros, 2000).

Ao trazermos a discussão para o campo de conhecimento e de práticas para esta investigação, interessa-nos compreender os processos éticos, estéticos e políticos que incidem sobre um modo de operar o cuidado em saúde, sobretudo em saúde mental no cenário brasileiro.

Dessa forma, estaremos baseados nas discussões elaboradas por alguns autores (Almeida Filho; Paim, 1999; Campos, 2000) que propuseram olhar para a saúde coletiva, dentro de uma perspectiva “tanto como um campo científico quanto como um movimento ideológico em aberto” (Campos, 2000, p. 220).

Dentro das discussões apresentadas por Campos (2000), a conceituação de campo é apresentada como “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (p. 220). Compreende-se que, nessa perspectiva, não há possibilidade de construção teórica e prática de barreiras que limitem a ação coletiva, mas identifica-se a necessidade de composição dos espaços em que os diversos saberes construam a capacidade de se articular entre si.

Para Ceccim (2018), as competências e qualificações específicas das profissões vão se direcionando para um espaço mais indeterminado, no qual a busca pela resolução dos problemas e a garantia de um acolhimento devem ser os principais ordenadores nos modos de raciocínio dos profissionais da área da saúde. Para o autor, não basta a justaposição de funções técnicas estruturadas e independentes para o alcance da integralidade e humanização, faz-se necessária a construção de um espaço de intensidades a serem percorridas.

Na perspectiva de cavar um pouco mais e, ao mesmo tempo, delimitar o que nomeamos como o campo do fazer profissional, avançaremos para uma discussão associada aos modos de operar a ciência, aportado em procedimentos metodológicos que apresentam forte influência sobre os modos como se produz o fazer profissional e se delimita o chamado campo de atuação. Nessa premissa, Bourdieu (2004) é um dos autores que, através das lentes das discussões presentes na sociologia, convida-nos a compreender os processos que caracterizam a sociedade por meio de suas estruturas objetivas e subjetivas enquanto balizadoras para a construção do chamado campo científico. A partir de suas obras, é possível identificar marcadores norteiam a construção de um campo de fazer profissional, por meio de um modelo bastante geral para pensarmos as diferenças em nossas sociedades.

Pires (2022) lista algumas estruturas que concretizam os chamados campos, dentre eles o científico, conforme proposto por Bourdieu:

- a) Um campo é um microcosmo, incluído no macrocosmo, constituído pelo espaço social global (nacional ou, mais raramente, internacional).
- b) Cada campo possui regras de jogo e desafios específicos.
- c) Um campo é um espaço estruturado de posições ocupadas pelos diferentes agentes do campo. As práticas e as estratégias dos agentes só se tornam compreensíveis se forem relacionadas às suas posições no campo.
- d) Entre as estratégias invariantes, encontra-se a oposição entre as estratégias de conservação e as estratégias de subversão do estado da relação de forças existente.

- e) Esse espaço é um espaço de lutas, uma arena onde está em jogo uma concorrência ou competição entre os agentes que ocupam as diversas posições.
- f) O objetivo dessas lutas reside na apropriação de capital específico de cada campo e/ou a redefinição desse capital.
- g) Esse capital é desigualmente distribuído no seio do campo. Por conseguinte, existem, nele, dominantes e dominados.
- h) A distribuição desigual do capital determina a estrutura do campo, que é definido pelo estado de uma relação de forças históricas entre as forças (agentes e instituições) em confronto no campo.
- i) Em luta, uns contra os outros, todos os agentes de um campo têm interesse em que o campo exista. Eles mantêm, portanto, uma “cumplicidade objetiva” para além das lutas que os opõem.
- j) A cada campo, corresponde um habitus (sistema de disposições incorporadas) próprio do campo. Apenas os que tiverem incorporado o habitus próprio do campo estão em condições de disputar o jogo e de acreditar na importância dele.
- k) Todo campo possui uma autonomia relativa, pois as lutas que se desenrolam em seu interior têm uma lógica própria, mesmo que o resultado das lutas externas ao campo pese fortemente no desfecho das relações de forças internas (Pires, 2022, p.5).

A partir das estruturas apresentadas, é possível identificar que, para Bourdieu (2004), todas as produções realizadas em meio às práticas e teorias são mediadas por um campo que se apresenta como um mundo social, por vezes autônomo e que apresenta suas próprias leis e, mediante a formulação do objeto concreto produzido, delega aos agentes que atuam sobre esse campo a função de reproduzirem e difundirem tais resultados, tal como a ciência sempre fez, por exemplo. Compreende-se que, mediante a possibilidade de autonomia própria, um campo se estrutura conforme apresenta maior ou menor capacidade de contração e expansão mediante as pressões externas e internas que vivencia diariamente. Nesse jogo, as relações de poder é que vão determinar por quais caminhos se deve traçar o caminhar.

Sendo assim, para o autor, as correlações existentes em um campo sempre estão na ordem de um dado objetivo e um subjetivo, assim como na ciência, os contornos e leis gerais também recaem sobre o campo, afinal o campo científico é “o universo onde estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a [...] ciência” (Bourdieu, 2004, p. 20). Dessa mesma forma, o campo estrutura os modos de cuidado e suas ofertas conforme as demandas ético-políticas de uma época (Pires, 2022).

Nesses aspectos, para a compreensão de formação do chamado campo científico, ponto que de fato nos interessa para a construção desta pesquisa, a partir da perspectiva bourdiana, identifica-se uma luta em que as relações de poder se evidenciam com certa facilidade. Corroborando, Pires (2022) aponta para a inexistência de neutralidade nas ações no interior do campo científico. Para o autor, a falta de neutralidade é resultado da sucessão de interesses que estão em jogo em toda prática. A ciência é quem diz como se deve falar e agir; ela é a autoridade ao mesmo tempo em que autoriza quem a produz com determinados modos de operar nas relações. Em relação às práticas profissionais em saúde, nesse viés, aquilo que advém do social

e do “não científico” passa a ser alocado em uma subcategoria de menor importância (Pires, 2022).

Bourdieu (2004) aponta ainda para duas formas importantes e necessárias para a compreensão da composição do campo (capital) científico. O autor coloca de um lado, um poder que pode ser chamado de temporal (ou político), que é o poder institucional que está ligado à ocupação de posições importantes nas instituições científicas. Esse poder determina o que ou quem compõe as comissões avaliativas, o controle sobre os meios de produção e reprodução do que a ciência assegura, o que deve ou não ser publicado. Por outro lado, coloca um poder específico que apresenta um certo “prestígio” independente, com a falta de reconhecimento por parte de outros cientistas ou outras perspectivas/narrativas científicas. Apesar de as duas formas do campo científico se apresentarem em suas configurações e formações, ambas possuem leis de acumulação diferentes que posteriormente se articularão em um mesmo *modus operandi* de funcionamento, uma vez que

o capital científico da instituição se adquire, essencialmente, por estratégias políticas (específicas) que têm em comum o fato de todas exigirem tempo - participação em comissões, bancas (de teses, de concursos), colóquios mais ou menos convencionais no plano científico, cerimônias, reuniões etc.-, de modo que é difícil dizer se, como o professam habitualmente os detentores, sua acumulação é o princípio (a título de compensação) ou o resultado de um menor êxito na acumulação da forma mais específica e mais legítima do capital científico. (Bourdieu, 2004, p.36)

Em síntese, o campo é conceituado por Bourdieu (2004) como um universo, no qual estão inseridos os agentes e instituições que produzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência (p. 20). O campo é um mundo social que funciona de modo mais ou menos autônomo em relação ao mundo macrossocial. Caracteriza-se por ser um campo de forças que resultam em sua conservação ou transformação. Para Bourdieu (2004), o funcionamento de um campo depende do *habitus* das pessoas que compõem esse campo, e é justamente o *habitus* em questão que permite a essas pessoas reconhecer as leis em jogo na apropriação de lucros e gratificações imanentes do campo. *Habitus*, por sua vez, é um sistema de disposições duráveis e transponíveis, que são incorporadas pelos indivíduos através da socialização e que orientam suas práticas, percepções e apreciações (Grenfell, 2018). O *habitus* se refere à regularidade das condutas, o que permite, quando os agentes do campo se comportam de determinada maneira em determinada circunstância, prever práticas. Para Montagner (2006), é no *habitus* que os sujeitos projetam sua especificidade e sua criatividade.

É preciso destacar essa questão, apresentada por Bourdieu (2004): assim como qualquer campo, o campo científico não escapa das burocracias estabelecidas com base nas dinâmicas

de maior ou menor poder contratual das relações estabelecidas dentro do campo em questão. Diante de sua existência nos espaços, outros modos de configuração e de formação de um campo vão se fazendo presentes. Apesar de Bourdieu não ter trabalhado diretamente com o campo da saúde, podemos utilizar o que o autor chama de *princípio de homologia funcional e estrutural* (Bourdieu, 1988) para aproximações visadas nesta tese. Na perspectiva bourdiana, o campo da saúde é um espaço de construção de saberes e práticas em torno de objetos próprios desse campo que, em um movimento próprio, abre-se como espaço de disputas (Lopes *et al.*, 2013).

Cecília Donnangelo (1983 apud Nunes, 1994), ao apresentar seu trabalho em 1981 no Seminário sobre Saúde Pública, procurava estabelecer uma delimitação aproximada do campo determinado no conjunto de práticas relacionadas à questão da saúde. A autora aponta que os objetos e áreas de saber não são indiferentes à permeabilidade do campo quanto às situações econômicas e político-ideológicas. Para a autora, é preciso haver um compromisso com a noção de coletivo, a qual implica um compromisso com manifestações particulares desse mesmo coletivo. No entanto, a medicina tem se voltado à “medicina do indivíduo”, resguardando-se por meio da cientificidade dos campos que a fundamentam.

Assim, no campo da saúde, faz-se necessária uma abertura e, consequentemente, uma reorganização, trazendo para o seu interior as discussões em torno das dimensões econômicas, históricas, simbólicas, éticas e políticas que compõem as histórias de vida das pessoas e coletivos. Nessa perspectiva, o campo da saúde e suas práticas só podem se materializar quando agregam ao raciocínio teórico-clínico elaborado pelos profissionais as dimensões complementares da vida humana, ou seja, as necessidades além do binômio saúde-doença — compondo, portanto, as relações sociais, econômicas e assim por diante (Slomp *et al.*, 2023).

Além disso, é preciso um trabalho constante dos agentes envolvidos na produção de saúde para chegar a uma lógica de descentralização dos lugares de poder, compreendendo as diferenças epistemológicas e suas condições de possibilidades concretas. Aposta-se na abertura do campo da saúde para outras leituras possíveis, centradas no reconhecimento das diferenças, como um “efeito teórico primordial nesse descentramento” (Birman, 1991, p. 14).

Segundo Birman (1991), a necessidade que se opera mediante diferentes composições teórico-metodológicas faz com que o *modus operandi* de pensamento da saúde coletiva abra espaço para a construção de um campo interdisciplinar no processo de cuidado em saúde, trazendo para si a responsabilidade de cooptar, em seu território, diferentes objetos e discursos, sem hierarquia ou perspectiva valorativa. O autor ainda destaca a importância de ter uma proposta para o campo da saúde em que se supere o biologismo dominante, referente à

naturalização da submissão a uma clínica pautada no modelo médico biologizante.

Nessas condições, é importante compreender que, no campo científico, o que comanda a prática são as escolhas teóricas e/ou metodológicas que serão usadas e as formas de aplicações das técnicas que se darão no cotidiano de trabalho. No caso dos profissionais que atuam no campo da saúde mental, parte das tomadas de decisão sustenta determinados modos de operar o chamado cuidado, culminando tanto em lógicas que se aproximam dos modelos hospitalocêntricos e, portanto, manicomiais, quanto em lógicas fundamentadas no modelo psicossocial, lógicas essas que apresentam disputas éticas, políticas e administrativas intensas e que serão apresentadas no decorrer desta tese.

1.2 Sobre os modos de operar o cuidado no campo da saúde

Para as tratativas de composição do arcabouço teórico desta pesquisa, identificou-se que outros desenhos teóricos-metodológicos foram se configurando de forma gradual, conforme o conhecimento ia sendo desvelado, com vista a compreensões mais amplas na formação do campo de atuação profissional na área da saúde. Nessa perspectiva, diversos autores (Ceccim, 2018; Passos; Barros, 2000; Galheigo, 1999; Lima, 2008) apontam para a necessidade de compreensão dessa temática a partir das estratégias de reflexão acerca da interprofissionalidade e da transdisciplinaridade como sendo componentes fundamentais para o campo da saúde e o desenvolvimento de suas práticas.

Para Ceccim (2018), as possibilidades de intercambiamento entre as profissões para o encontro com o comum se dão a partir das perspectivas de cuidados interprofissionais, uma vez que “o prefixo “inter” indica “no interior de dois”, podendo ser tanto o cruzamento quanto o encontro de duas ou mais profissões. Identifica-se que, ao reconhecer esse comum, os próprios territórios também indicam novas exigências profissionais, convertendo-se em novas perspectivas e novos modos de operar os chamados cuidados em saúde. O autor aponta que, no campo da saúde, fala-se da necessidade de coesão, de integração, e de práticas colaborativas entre os profissionais e que, a partir dessa perspectiva, emergem pontos de cruzamento e encontros relativos ao campo da saúde que não pertencem exclusivamente a uma única profissão ou uma ciência específica.

Para o autor, é importante se apoiar em um trabalho exercido por diferentes profissionais, ao mesmo tempo em que há uma ação conjunta e colaborativa para pensar, escrever e atuar sobre o mesmo “campo amplo”. O autor aponta que a interprofissionalidade se coloca como um limite protocolar ao que é possível no borramento de fronteiras entre as

profissões que fazem conexões, muitas vezes imprevistas, produzindo objetos concretos e resultados advindos dos encontros realizados no campo da saúde.

Ao refletirem sobre a mesma temática, e na busca das compreensões práticas de um fazer no campo amplo da saúde, Schneider *et al.* (2009) concluíram que, para o estabelecimento de uma prática interdisciplinar no sistema de saúde, é necessário que os profissionais se comprometam verdadeiramente a lidar com as novas formas de aquisição de seus conhecimentos específicos, articulando-os ao conhecimento de outros profissionais da área. Nessa direção, Giacomini e Rizzotto (2022) apontam que, na perspectiva interdisciplinar, na produção de cuidado em saúde, não existe objeto exclusivo de uma única área, sendo o foco de atenção redefinido pela intersecção dos saberes dos profissionais atuantes no campo.

Minayo (1991) apresenta reflexões acerca da interdisciplinaridade no campo da saúde, fruto das discussões embasadas na saúde coletiva e, dentre elas, levanta reflexões importantes sobre o fazer profissional. Apesar de as reflexões da autora datarem de 1991, são relevantes mesmo nos dias atuais, visto que as discussões sobre a temática ainda se dão de forma calorosa no cotidiano prático e teórico.

Para a autora, a superação da dominação do modelo biomédico e das concepções reducionistas das ciências sociais colocou as práticas de saúde em vantagem frente a um mundo real no qual as situações de sofrimento, morte e dor se apresentam diariamente aos trabalhadores. Ao conceituar essa possibilidade, refere que:

É no diálogo com o “radicalmente humano” que está o escudo para o salto qualitativo interdisciplinar. Aí a luta tem que ser travada na eleição das disciplinas, na escolha, no aprofundamento e na transitividade dos conceitos, da linguagem e da adequação entre os métodos e técnicas e na busca de uma retórica capaz de traduzir para os leigos a linguagem dos técnicos que diz respeito aos assuntos importantíssimos referente à vida, à saúde, à doença e à morte - assuntos que interessam a todos nós. Em resumo, a problemática da interdisciplinaridade é um tema acadêmico que transborda das salas de aula e dos laboratórios de pesquisas para o gabinete do poder. Tomá-lo como objeto de preocupações, porém, é assumir uma postura que se afronta e enfrenta as formas de saber estabelecidos, abre as portas e janelas para uma nova racionalidade mais humana e mais totalizante (Minayo, 1991, p. 76).

A produção desse campo comum se faz vagarosamente, com acertos e consertos visando a integralidade do cuidado, não apenas do ponto de vista do indivíduo/sujeito, mas, também, de todos os equipamentos que compõem as redes de atenção. Frente a essa ideia, cria-se um lugar interdisciplinar em que os saberes específicos enriquecem o campo comum, ampliando, por sua vez, a capacidade de atuação técnica das equipes. Há aqui a necessidade de concretizar o deslocamento dos processos de trabalho que estão centrados em procedimentos para um processo que esteja focado na pessoa e coletivos, sendo este o imperativo “ético-político que

organiza a intervenção técnico-científica.” (Brasil, 2011b, p.15).

Passos e Barros (2000), ao olharem para a composição do campo e suas interfaces, apresentam, a partir do conceito da transdisciplinaridade, configurações que vão se engendrando neste espaço, chamando-nos a atenção para a dualidade que se concretiza frente aos raciocínios apresentados diante do fazer. Na construção do campo de atuação, ainda há disciplinas que se mostram mais rígidas diante de seu objeto ou interesse de pesquisa, sendo necessário flexibilizar as formas do pensar e do agir.

Para os autores, essa flexibilização se daria a partir de diferentes movimentos, sendo eles estruturados em uma perspectiva em que, ao se olhar para um objeto e suas complexidades, a exigência de composição de diferentes olhares (multidisciplinaridade) aconteceria naturalmente. Desta forma, havendo criação de uma zona de intercambiamento entre si, sendo o objeto específico designado (interdisciplinaridade). Contudo, é identificado em ambos os movimentos, um desejo constante de manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos de estudos e principalmente dos agentes responsáveis pela aquisição do saber científico. (Passos; Barros, 2000)

Para Almeida Filho (2005), frente a necessidade de respostas cruciais aos modos de operacionalização das práticas desenvolvidas no campo da saúde, a transdisciplinaridade emerge como uma das respostas possíveis para as complexas respostas que vêm sendo exigidas no campo da saúde e que escapam aos limites estreitos das disciplinas tradicionais. Para o autor, este conceito não busca apenas integrar as diferentes perspectivas disciplinares, mas em seu bojo, procura romper com as fronteiras estabelecidas, buscando compreender e lidar com a complexidade inerente aos problemas contemporâneos.

Acredita-se que a transdisciplinaridade possibilita a criação de um novo espaço sobre o conhecimento, entrelaçando os saberes com o objetivo de proporcionar a compreensão mais ampla e profunda do objeto estudado. O estabelecimento de um posicionamento teórico-prático não hierarquizado promove um debate horizontal, com contribuições únicas das disciplinas, anulando desta forma, qualquer processo de dominação disciplinar. (ALMEIDA FILHO, 2005). A aplicabilidade desta prática no campo da saúde, garante não apenas a complexa compreensão dos problemas, mas também, garante o desenvolvimento de uma prática direcionada a intervenções mais integradoras e eficazes.

Corroborando com esta perspectiva, Azeredo (2017) refere que atuar com base na transdisciplinaridade representa uma mudança paradigmática fundamental para as práticas desenvolvidas a partir do século XXI, uma vez que compreender os problemas contemporâneos exige superar as disciplinas e suas barreiras. Para a autora, o cuidado que é desenvolvido na

contemporaneidade precisa estar interligado com a saúde global e com as mudanças ambientais, tendo como foco a garantia de um bem-estar pleno das pessoas. Este movimento implica na importância do reconhecimento por parte dos disciplinarizadores da necessidade de incorporação de diferentes perspectivas que transcendem o tecnicismo e o cientificismo puro, abraçando, portanto, os aspectos sociais, culturais e emocionais que passam a fazer parte da composição dos conceitos de saúde e doença.

Silva (2000) define três características essenciais para uma atitude transdisciplinar: rigor, abertura e tolerância, as quais são fundamentais para abrir a perspectiva metodológica. O rigor refere-se ao uso da linguagem como elemento principal na mediação dialógica do transdisciplinar, proporcionando qualidade na relação entre sujeitos e seus contextos. A abertura diz respeito à possibilidade do surgimento do inesperado na construção do conhecimento, originado das zonas de resistência entre sujeito e objeto. Por fim, a tolerância envolve o reconhecimento das posições divergentes e a compreensão de que essas posições podem ou não progredir no campo epigênico das ideias.

Nesta discussão, Almeida Filho (2005), nos faz um alerta para a concepção elaborada por Bourdieu, partindo-se da compreensão de que os campos científicos, de fato, não são estruturados, mas sim mediados por uma práxis e, portanto, admite-se que não são as disciplinas que interagem organicamente entre si, mas sim as pessoas que as constroem e as desenvolvem cotidianamente. Para o autor, não existe um campo prático preenchido por entidades intangíveis, esse campo é permanentemente ocupado por profissionais, cientistas e pesquisadores que utilizam seus conhecimentos para organizar os modos de operacionalizar o chamado cuidado em saúde e assim, constituir práticas mais verticalizadas ou horizontais, assim como desenvolver práticas que estão mais atreladas aos modos manicomial ou psicossociais, quando especificamente falamos do campo da saúde mental brasileira.

É fundamental lembrar que, sob a perspectiva do cuidado em saúde, os modos de abordagem e intervenção foram se transformando ao longo do tempo e embora propostas teóricas e metodológicas que defendiam um modelo biopsicossocial tenham começado a emergir a partir dos anos 70, as práticas de saúde ainda se apresentavam de forma fragmentada. Essa fragmentação refletia uma compreensão simplista do modelo biopsicossocial, que muitas vezes era reduzido a um mero somatório de saberes.

Nesse período, havia uma noção inicial de que corpo e mente se influenciam mutuamente durante um processo de adoecimento, o cuidado ainda permanecia fragmentado. Na lógica disciplinar da época, o aspecto físico prevalecia sobre o mental e o social, o que resultava em uma hierarquização no processo de cuidado. Dentro da dicotomia saúde-doença,

o corpo era considerado o principal elemento no processo de cura ou prevenção, estabelecendo uma clara separação entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Compreende-se que, nesta perspectiva, a ênfase no corpo, resultando em uma visão reducionista da saúde, não apenas limitava a compreensão do adoecimento, mas também marginalizava os aspectos essenciais da experiência humana, como as emoções e as relações sociais. Essa fragmentação se refletia, e por vezes, ainda é constatada em práticas cotidianas, onde a abordagem multidisciplinar é muitas vezes ignorada em favor de tratamentos focados exclusivamente no físico.

No recorte para o campo da saúde mental, essa separação pode perpetuar estigmas em torno de condições de saúde mental, reproduzindo uma visão mediada apenas através da lente de suas doenças, em vez de serem compreendidos em sua totalidade. Esse movimento destacou a necessidade de uma mudança urgente de paradigma, que se deu de forma gradativa ao longo dos anos, em que a integração dos saberes biológicos, psicológicos e sociais se tornasse uma prioridade nas políticas públicas de saúde, compreendendo que essa mudança requer não apenas uma formação teórica, mas também um compromisso prático por parte dos profissionais de saúde, que precisariam e precisam estar dispostos a desafiar as estruturas tradicionais e colaborar de maneira mais efetiva em seus cotidianos de trabalho.

Partindo deste cenário, nos é importante realizar um breve diálogo com as propostas elaboradas a partir do conceito de transversalidade e o desenvolvimento de sua metodologia no campo de atuação prático, sobretudo no campo da saúde mental; propostas que, frente às lutas realizadas contra o enclausuramento da loucura, abrem espaço para o exercício deste conceito.

Para Guattari (2004), a transversalidade é um meio de escapar à verticalidade de organização das instituições, da horizontalidade massificante que estabelece agrupamentos homogêneos de indivíduos e saberes baseados em características comuns.

A transversalidade consiste no atravessamento mútuo de campos de saberes que se interpenetram, se misturam a partir de suas peculiaridades, suas características próprias, conservando-as e, sobretudo, ampliando-as. Para Passos (2019) essa metodologia nos apresenta mais do que o conceito de uma experiência, mas há neste processo um “conceitoexperiência” que descreve e intervém, partindo de uma “natureza paradoxal, teórica e técnica, abstrata e concreta” (p. 136)

Para o autor, há uma aposta na abertura para o outro e para o “outramento” em si próprio, uma aposta que abre possibilidades para o confronto com terceiros e com os próprios membros do grupo, criando assim uma proposta de alteridade, à emergência da diferença. Nesta perspectiva, a constituição da subjetividade ganha corpo político e social.

Seguir a diretriz metodológica da transversalidade nos leva, então, a cartografar processos de abertura ou fechamento comunicacionais. Frente aos que fecham, intervir na aposta da ativação dos processos de diferenciação e emancipação. Frente aos que abrem, acompanhar a articulação dos universos de referência avaliando coletivamente os sentidos que advém. Não há como realizarmos tal direção sem estarmos sensíveis ao mundo, sem acolhermos os eventos que nos tocam, nos desviam, nos compõem (Passos, 2019, p. 138).

Este movimento abre espaço para um convite diário aos desenvolvedores do campo, incentivando a revisão contínua das práticas desenvolvidas nos locais de trabalho. É um convite que visa, antes de qualquer coisa, integrar os conhecimentos técnico-científicos a outras necessidades humanas de forma igualitária.

Na perspectiva apresentada por Vasconcelos (2013), o convite à revisitação das práticas no campo da saúde mental foi amplamente acolhido, especialmente pelos trabalhadores da área. Impulsionados pelo movimento antimanicomial, em 1987, e pela II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, esses profissionais iniciaram um processo significativo de transformação do modelo de cuidado. O movimento, além de promover a implementação de novos serviços de saúde mental, também foi marcado pela criação de associações de usuários e familiares, que passaram a desempenhar um papel central no impulso das mudanças nos modelos de cuidado.

A partir da década de 1980, o movimento antimanicomial, alinhado às perspectivas de cuidados mediados pelo saber da saúde coletiva, alcançou conquistas significativas, destacando-se especialmente a institucionalização do controle social nas políticas de saúde e saúde mental. Esse marco foi fundamental para consolidar a participação ativa da sociedade na definição das diretrizes e na gestão dos serviços de saúde. A partir de então, todas as decisões em qualquer nível de gestão precisam ser aprovadas por conselhos, nos quais metade de seus membros é composta por representantes da sociedade civil. Assim, garantiu-se a participação efetiva daqueles que diretamente recebem os cuidados de saúde, permitindo que suas necessidades e demandas influenciassem a organização e o funcionamento do sistema de saúde (Vasconcelos, 2013).

Frente a um contexto contemporâneo, Caron e Feuerwerker (2019) destacam que, ao propor o desenvolvimento de práticas a partir da metodologia da Gestão Autônoma de Medicação (GAM), foi justamente a aceitação do convite para um processo de "não-saber" inicial que estimulou a participação ativa das pessoas. Essa abertura para o desconhecimento inicial criou uma condição propícia para o compartilhamento de novas formas de cuidado, permitindo que os envolvidos se tornassem coautores na produção de saberes. Esse processo de

colaboração e troca de experiências foi fundamental para inovar nas práticas de cuidado e fortalecer a construção coletiva de conhecimentos no campo da saúde mental.

Para os autores, a operacionalização desta prática, quando gestada, praticada e elaborada em um plano comum, configura-se como uma prática aberta e sem centros. Com isso, o processo que era também formativo, só acontecia quando se interrogava a experiência viva e concreta e dela extraía-se os seus efeitos. O aceite deste convite destacou a importância da diversidade de perspectivas na experiência, promovendo uma abordagem transversal que transcende os limites tradicionais e estimula novas formas de pensar, agir e cuidar.

Seguindo na busca de compreensão da constituição deste campo de fazer, importa-nos compreender os fenômenos que acontecem nos cruzamentos dos diversos saberes profissionais. Passos e Barros (2000) nos alertam ao referirem que devemos estar atentos para não substituir uma noção do campo pelo objeto. Não mais nos interessa compreender os processos de cuidados nas dicotomias impostas, sujeito-objeto, indivíduo-sociedade etc. O que primeiro nos interessa é a relação, sendo esta sim a constituidora dos termos. Com esta perspectiva, espera-se ainda, que se transcenda uma ideia já fixada do campo, apenas como espaço físico, habitado por pessoas.

Em consonância com a necessidade de superar as divisões estruturais neste campo de atuação, Ayres (2001) destaca a importância de investigar profundamente a linguagem, pois, segundo ele, é através dela que surgem as resistências fundantes frente ao outro. O autor enfatiza a urgência de um movimento transformador que demandaria um significativo esforço de reconstrução. Ele observa que, no contexto da saúde, essa transformação é crucial, visto que essa falta de alinhamento frequentemente impõe limitações ao diálogo — ainda que, em algumas situações, essas limitações possam ser consideradas mais aceitáveis.

Por fim, lidamos diariamente com os conflitos e interfaces que se dão no fazer profissional dos trabalhadores da saúde pública, contudo, devemos estar alerta e não nos distanciar da perspectiva da atuação compartilhada nesta clínica comum. “Há diversas ações comuns a várias profissões; algumas são complementares, outras estão imbricadas.” (Ellery *et al.*, 2013, p. 433). Ellery *et al.* (2013) referem que as trocas de saberes e práticas que ocorrem no campo comum de atuação profissional, atesta-se na promoção da interação entre diferentes campos disciplinares e colaboração interprofissional, resultando em um quadro de referência que transcende qualquer disciplina específica.

Ao olhar para as nuances evolutivas do fazer profissional em um campo comum ao longo dos anos de sustentação da política pública brasileira, identifica-se campo que é construído e reconstruído vagarosamente. Para Ellery *et al.* (2013), este se configura como um

processo em constante disputa, sem uma representação consensual, completa e estável no campo em questão. As pactuações estabelecidas neste espaço comum devem ser como o trigo e a farinha: cereais de um mesmo saco. O trigo nu e cru, cresce no campo, e é o trabalho paciente, que o transforma em farinha branca, e daí em pão etc., ou seja, um processo constante de depuração e refinamento.

2 A EVOLUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E INOVAÇÕES

Retomando a ideia apresentada pela saúde coletiva diante das propostas de intercambiamentos da prática profissional em um campo comum da saúde pública brasileira, abordamos, nesta seção, as discussões que se deram ao longo dos anos para a efetivação do campo da saúde mental brasileira. Serão alinhavadas narrativas teórico-metodológicas já conhecidas e apresentadas em alguns estudos com uma perspectiva mais contemporânea das forças éticas, estéticas e políticas que recaem sobre o campo da saúde mental brasileira. É importante informar que não é escopo desta tese apresentar uma construção detalhada de todo esse processo — outras publicações já o fizeram —, mas evidenciar os marcos considerados importantes e, assim, articulá-los com o que temos experienciado diariamente no campo da saúde mental, permeado pelos aspectos jurídicos e técnico-científicos.

Para Saraceno (2011), as pessoas que sofrem de qualquer adoecimento psíquico são constantemente expostas às situações de violações dos direitos humanos básicos e da possibilidade de exercício da cidadania. Muitos viveram e vivem no interior das grandes instituições (manicômios, cárceres, presídios) ou em contextos de baixo suporte social (como no caso das comunidades periféricas ou da rua). Essas pessoas necessitam de maior capacidade crítica sobre as situações vivenciadas, além de respostas articuladas ao desenvolvimento e bem-estar comunitário e de desenvolvimento humano global.

A psiquiatria, desde o seu nascimento, na adoção de um saber exclusivista de construção de conhecimento sobre a loucura, estabelece que situações experienciadas pelos sujeitos, não importando sua ordem, passariam a ser consideradas e inseridas nos signos das patologias médicas (Amarante, 1995; Saraceno, 2001; Rotelli, 2001). Nessa perspectiva, não importava se a causa inicial do processo de sofrimento do sujeito ou de um determinado coletivo estava ancorada na esfera dos vazios sociais, econômicos e/ou culturais. Havia, por parte da psiquiatria como saber médico, um pensamento linear que simplificava o sofrimento e o colocava em um status de doença, determinando um único modo de abordagem com tratamentos específicos. Rotelli (2001) aponta que, dentro da perspectiva médica, o olhar se volta para a doença e para a patologia inseridas nos corpos humanos, não mais para a pessoa em sofrimento ou suas histórias — havendo, nesse processo, o desaparecimento das subjetividades mediante as objetividades sintomatológicas.

Na realidade brasileira, a psiquiatria esteve, historicamente, associada aos grandes encarceramentos em manicômios e à perpetuação das violações dos direitos humanos. De acordo com Bezerra Júnior (2014), desde seu surgimento, a psiquiatria é atravessada por tensões

em um campo complexo que se desdobra entre as funções e dilemas do conhecimento e do cuidado. Ela oscila entre as experiências subjetivas dos indivíduos e os determinantes sociais, manifestando-se como um projeto científico e moral. Segundo o autor, a psiquiatria se apropria das tragédias humanas para classificar e distinguir, conforme as normas sociais estabelecidas, o que é considerado normal e patológico diante dos processos que causam sofrimento e angústia.

Para Passos (2018), a psiquiatria exerce um duplo papel ao reproduzir desigualdades, opressões e ao controlar não apenas os corpos, mas também os comportamentos e as subjetividades humanas. É no deslocamento dos sujeitos considerados graves e crônicos, os quais estavam internados nos grandes manicômios brasileiros, que foi possível alargar as possibilidades de produzir o cuidado, superando o modelo médico centrado nas tomadas de responsabilidade e decisões, de forma que um conjunto de profissionais reorganizou o campo de atuação profissional, elaborando um projeto assistencial comum (Peduzzi, 2001).

Foi por meio de uma contínua exploração conceitual de teorias e práticas, impulsionadas pelas críticas ao saber médico psiquiátrico e aos antigos modelos asilares de atenção, que emergiram encontros e abordagens que buscaram sustentar novas perspectivas de cuidado em saúde mental. A mudança paradigmática do modelo asilar para a reforma psiquiátrica representou um marco significativo na abordagem da saúde mental, refletindo uma evolução nas práticas de cuidado e na compreensão dos direitos dos indivíduos com transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica, enquanto novo paradigma, emerge como uma resposta crítica às práticas até então desenvolvidas no cotidiano de trabalho, promovendo a desinstitucionalização como foco principal de discussão. Essa nova abordagem entende a saúde mental como um aspecto intrínseco da saúde global, reconhecendo a importância de fatores sociais, culturais e econômicos na vida dos indivíduos.

É importante destacar que essa mudança vai além de uma simples transição entre modelos de cuidado; trata-se de uma transformação cultural profunda na maneira como a sociedade compreende e aborda a saúde mental. A reforma psiquiátrica também traz à tona a crítica às estruturas de poder e às relações sociais que moldam as práticas de cuidado. Ao desafiar as hierarquias tradicionais e promover a autonomia dos indivíduos, essa nova perspectiva busca criar ambientes de acolhimento e suporte que respeitem a dignidade de cada pessoa e, portanto, representa uma busca por justiça social e inclusão como valores essenciais das relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde mental.

Nesse caminho de lutas e superações, atingiu-se um modelo que se fundamenta na centralização de um sistema de saúde territorial, no qual os cuidados são direcionados para os

espaços cotidianos das pessoas, sendo objetivos finais a reinserção e o convívio social (Brasil, 2013).

De acordo com Pitta (2011), uma das principais conquistas da Reforma Psiquiátrica é a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que representam um novo paradigma de atendimento, uma vez que sua proposta tem como premissa oferecer um suporte mais próximo do cotidiano das pessoas e permitir que elas recebam cuidados em seu território de moradia. Nessa perspectiva, os CAPS são fundamentais para promover a reinserção social, oferecendo um tratamento que valoriza a autonomia dos usuários e integra a família e comunidade no processo de cuidado.

A autora reforça que a Reforma Psiquiátrica promoveu a valorização da participação dos usuários e de suas famílias nas decisões relacionadas ao tratamento, sendo esse um dos principais pilares deste paradigma, pois reconhece a experiência vivida dos indivíduos como um elemento central na construção de políticas de saúde mental.

Sampaio e Bispo Júnior (2021) destacam que, com a implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) a partir dos anos 2000, o descredenciamento dos leitos psiquiátricos tornou-se uma realidade concreta. Essa mudança representa um marco significativo na substituição do paradigma que antes dominava as práticas de cuidado em saúde mental, caracterizado pelo confinamento em instituições psiquiátricas.

Esse movimento foi acompanhado por importantes avanços na política de saúde mental no Brasil. Um exemplo relevante é a criação do programa *De Volta pra Casa*, instituído em 2003, que visa apoiar a reintegração de indivíduos que passaram longos períodos em instituições psiquiátricas. O programa, por sua vez, fornece recursos e assistência para que essas pessoas possam se reestabelecer em suas comunidades, promovendo não apenas o acesso a serviços de saúde, mas também a inclusão social e a reconstrução de laços familiares e sociais.

Além disso, a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, foi um passo crucial para fortalecer o apoio matricial em saúde mental nas equipes de saúde da família nas unidades básicas de saúde. Esse modelo de suporte permitiu que profissionais de diversas áreas, incluindo psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psiquiatras, trabalhassem em conjunto com as equipes de saúde da família, ampliando a capacidade de atendimento e promovendo uma abordagem mais integral aos cuidados com a saúde mental. Assim, as questões relacionadas à saúde mental passaram a ser abordadas de forma mais abrangente, reconhecendo a interdependência entre saúde física e mental.

No que tange aos processos profissionais, Pitta (2011) refere que, com a mudança paradigmática, a reorientação da formação dos profissionais de saúde passou a ser considerada

não apenas como uma exigência técnica, mas uma necessidade ética e social mediante a oferta de cuidado em saúde mental. Ao equipar os profissionais com as ferramentas necessárias para lidar com a complexidade dos transtornos mentais, a autora aponta que essa nova abordagem promove uma atenção mais adequada, humana e inclusiva, refletindo o compromisso com a dignidade e os direitos dos indivíduos.

Essas iniciativas contribuíram nos anos iniciais para uma reconfiguração do sistema de saúde mental no Brasil, enfatizando a importância da desinstitucionalização e da promoção de práticas de cuidado que respeitem a dignidade e os direitos dos indivíduos. Contudo, esse campo não só progrediu como enfrentou ameaças crescentes ao longo dos anos e se tornou um terreno fértil para debates políticos, especialmente no contexto de projetos políticos de higienização social.

Um exemplo disso é o investimento significativo no sistema privado, que favorece a internação de usuários de álcool e outras drogas em instituições de orientação religiosa. Conforme destacam Emerich e Yasui (2016), há em curso um financiamento público direcionado à internação em Comunidades Terapêuticas, ignorando fundamentos essenciais como o vínculo terapêutico, a continuidade do cuidado ao longo do tempo, a integração com a rede de serviços e a laicidade do estado brasileiro. Isso sem contar a proliferação de diagnósticos, apoiada pelas indústrias farmacêuticas, e a proliferação de clínicas com métodos de modelação de comportamento, que sustentam a indústria do autismo, para dizer o mínimo.

Rigoni e Gondinho (2023) afirmam que as comunidades terapêuticas seguem uma abordagem proibicionista, em contraste com o modelo psicossocial de cuidado e a redução de danos. As autoras destacam que, a partir de 2016, surgiram movimentos políticos e mudanças regulatórias que reorientaram a Política Nacional sobre Drogas, prevendo apoio financeiro para essas comunidades e suas entidades representativas. Além disso, a *Lei de Drogas* (nº 11.343/2006) permite a oferta de cuidados em saúde tanto pelo SUS quanto por instituições privadas e organizações sem fins lucrativos. Como resultado, as comunidades terapêuticas passaram a ter acesso a subsídios públicos, o que começou efetivamente em 2011 com o programa *Crack, É Possível Vencer*, com a transferência de recursos do governo federal.

O que hoje nomeamos como o campo de atenção em saúde mental brasileiro se estruturou em paralelo às mudanças políticas, econômicas e sociais que se davam em nosso país e com vistas aos processos de redemocratização brasileira. Segundo Bezerra Junior (2014), a psiquiatria está intrinsecamente conectada aos contextos sociais, culturais, epistêmicos, políticos e tecnológicos. Essa interligação permite não apenas compreender a complexa história das práticas psiquiátricas em relação ao sofrimento, mas também entender o contexto social

mais amplo do qual fazem parte. Assim, novas perspectivas passaram a fazer parte do cotidiano de trabalhadores da saúde mental, contando com o suporte dos movimentos sociais e de uma grande parte da população brasileira. Todos os esforços foram alocados a favor de um novo modelo de cuidado para as pessoas que foram e que viriam a ser acometidas por quaisquer processos de sofrimentos psíquicos. (Emerich; Yasui, 2016)

Com esse movimento, efetiva-se uma prática com foco nos processos de desinstitucionalização, contraponto o até então modelo asilar ofertado a partir da psiquiatria biologizante que, para Nicácio e Campos (2004):

propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social. Nessa visada, a construção dos serviços de atenção psicossocial efetivamente substitutivos e territoriais não pode ser compreendida como simples modernização do circuito assistencial e implica uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico (Nicácio; Campos, 2004, p. 2).

A atual Política Nacional de Saúde Mental propõe a estruturação das redes de atenção psicossocial e de reabilitação, impactando diretamente a formação de uma nova abordagem clínica. Essa abordagem leva em conta diversos aspectos, incluindo questões sociais, sanitárias, de justiça, normas, poder, capitalismo, instituições, legislação, avaliações e afetividade, além da compreensão da loucura em si. Para Costa-Rosa (2000), frente a essa perspectiva de cuidado, era necessário tomá-la como parte da vida dos sujeitos e, por conseguinte, como parte das intervenções terapêuticas ofertadas e dos processos de raciocínios profissionais alocados neste campo do fazer. Não mais a vida do sujeito seria fragmentada frente à produção do raciocínio clínico, mas haveria ali possibilidades de trabalhos conjuntos em um mesmo campo teórico do fazer, aportado nas tecnologias de saber do modo psicossocial, “superando o precipitado da psiquiatria e das especialidades” (Costa-Rosa, 2000, p. 148).

Consolidava-se, assim, uma oportunidade de constituição de um campo de atuação profissional em saúde mental que apontava para o enfrentamento dos mecanismos e suas articulações frente às necessidades dos sujeitos. Para isso, também se fez necessária uma transformação paralela nos currículos de formação dos futuros profissionais de saúde. De acordo com Amarante (2008), a dimensão teórico-conceitual, ou epistêmica, é a mais importante dentro de um processo de formação no campo da saúde mental. Para o autor, pessoas que atuam nessa área deveriam ser formadas para ter críticas quanto à noção de paradigmas, deveriam compreender as dinâmicas das relações do saber e poder, a complexidade da experiência humana e da produção de sentidos das atividades essencialmente humanas.

Para que pudéssemos caminhar para o atual campo, um processo de discussão ético, estético e político precisou ser consolidado através da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, após anos de violações nas ofertas de assistência em saúde mental, reuniu usuários, trabalhadores e sociedade civil em prol das mudanças neste campo.

Por meio de sistemáticas efervescências e de movimentações sociais e políticas, foi possível pensar nas novas estratégias de requalificação da assistência em saúde mental no Brasil. Amarante (2013) refere que a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira prevê a sustentação dos fazeres aportados em uma perspectiva de garantia do pleno exercício de cidadania das pessoas, e que isso não se faz apenas por meio de marcos regulatórios. Para o autor, esse movimento “diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais” (Amarante, 2013, p. 71).

No entanto, mesmo não sendo determinante da perspectiva de mudanças das mentalidades e relações sociais, ressalta-se a importância dos marcos regulatórios para a concretização de um fazer aportado na perspectiva da atenção psicossocial para este campo. Apesar das discussões éticas, técnicas, políticas e jurídicas permeadas por esse fazer, os caminhos que culminaram na prática da atenção psicossocial foram trilhados de forma concomitante, exercendo sobre o campo da saúde mental forças que ora avançaram com rapidez e efetividade e ora retrocederam e paralisaram no cerne do seu objetivo principal — a reformulação das ofertas de cuidados na saúde mental brasileira.

Foram necessários 12 anos de discussões e acordos políticos para aprovar a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, através do marco regulatório nº 10.216 de 6 de abril de 2001 — apresentada pelo deputado Paulo Delgado —, dispondo sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. (Brasil, 2001).

Tenório (2002) destaca que a proposta apresentada pelo deputado gerou impactos mesmo antes de sua aprovação como lei. Houve diversos movimentos de mudança significativos que ocorreram no campo prático e jurídico, antes mesmo da efetivação da Lei nº 10.216/01. Morato (2019) observa que, ao longo dos 12 anos de debates sobre o marco regulatório, várias leis estaduais e municipais foram promulgadas, abordando normativas locais relacionadas às transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica, impulsionando significativamente esse processo. De acordo com Tenório (2002), a intensificação do debate e a popularização da causa da reforma, iniciadas pela revisão legislativa, certamente contribuíram para os avanços alcançados nos anos subsequentes.

De acordo com Souza *et al.* (2007), a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica resultou em um aumento significativo de iniciativas voltadas para a implementação de serviços substitutivos, priorizando a criação de redes de assistência integradas ao território. Essa abordagem, aliada aos marcos legislativos do SUS, estabeleceu diretrizes para uma assistência à saúde mental focada em recursos comunitários e em atendimentos extra-hospitalares, culminando, por sua vez, em um efetivo processo de desinstitucionalização e garantia dos direitos dos indivíduos acometidos por transtornos psiquiátricos.

As autoras afirmam que, dentro dessa lógica, o Programa de Saúde da Família (PSF) se destaca como uma estratégia adequada para abordar a saúde mental na atenção básica, uma vez que atua com ênfase na desinstitucionalização e no fortalecimento do vínculo. As equipes do PSF estão envolvidas no cotidiano da comunidade, integrando ações de promoção e educação em saúde com o objetivo de melhorar as condições de vida da população.

Dessa forma, com vista a humanizar as práticas de saúde, prioriza-se a satisfação do usuário por meio de um relacionamento estreito entre os profissionais e a comunidade. Esse vínculo estimula a população a reconhecer a saúde como um direito de cidadania e uma expressão de qualidade de vida. Além disso, desempenha um papel fundamental como agente de atenção básica em saúde mental (Souza *et al.*, 2007).

Souza e Rivieira (2010) destacam que as organizações territoriais, por meio da atenção básica à saúde, demonstram um grande potencial para o desenvolvimento dessas práticas, principalmente no que se refere à conscientização e desmistificação da loucura. Isso se deve ao seu processo de capilaridade nos territórios, o que permite um acompanhamento integral e longitudinal mais eficaz.

Segundo as autoras, para sustentar os princípios fundamentais do SUS, especialmente o da equidade, a atenção básica — ao ser embasada na lógica da atenção psicossocial — passa a considerar a singularidade dos indivíduos nos processos de adoecimento psíquico. Isso resulta em práticas mais flexíveis e integradas, promovendo a inclusão social como um dos principais objetivos do cuidado em saúde.

Desse modo, ao pensar nas práticas em saúde mental como referenciadas pelo território, a atenção básica implica na necessidade de atuar nesse espaço, desenvolvendo estratégias de solidariedade e transformando as relações da sociedade com a loucura. Esse entendimento contribui para romper com o paradigma tradicional de assistência em saúde mental, promovendo a adoção de múltiplas dimensões clínicas. A expansão do campo de ação resulta em mudanças que desmistificam a loucura, sendo essencial garantir um espaço onde a diferença possa coexistir. Assim, é fundamental criar territórios que incluam os sujeitos, em vez de

segregá-los devido às suas diferenças. (Souza; Rivieira, 2010)

No que se refere à saúde mental infantojuvenil, a inclusão da pauta chegou de forma tardia, sendo necessários diversos debates em torno da compreensão do sofrimento psíquico por parte desta população. Couto e Delgado (2015) destacam que, com a promulgação da Lei da RPB e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ambos em 2001, houve um movimento significativo em direção a práticas que consideram o contexto territorial das crianças e adolescentes. Essa mudança foi crucial pois, antes, as questões relacionadas ao sofrimento psíquico dessa população estavam predominantemente sob a supervisão de instituições disciplinares, distantes dos cuidados adequados em saúde mental.

Essa transição para uma abordagem mais integrativa e focada no território permitiu que os desafios enfrentados por crianças e adolescentes em sofrimento psíquico fossem finalmente reconhecidos e abordados de maneira mais efetiva. O aumento da visibilidade desse tema na agenda pública favoreceu a implementação de políticas mais adequadas, como também possibilitou a mobilização de diferentes atores sociais em prol de uma rede de apoio que considera as especificidades do público infantojuvenil.

Os autores endossam que, após dois meses da realização da III CNSM, foi publicada a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), com um capítulo específico destinado para a criação dos CAPS para crianças e adolescentes, sendo este o primeiro marco na história do SUS com orientações voltadas exclusivamente para crianças e adolescentes no campo da saúde mental brasileira. Em 2004, o Ministério da Saúde, criou o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, sendo este um “mecanismo democrático de participação e deliberação, de composição intersetorial e com representação de usuários e familiares, para formulação e orientação das ações relacionadas à política de saúde mental para crianças e adolescentes” (Couto; Delgado, 2015, p.34).

Nesse processo de reorientação das práticas desenvolvidas no campo da saúde mental, em 2002, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Esse programa partiu do entendimento de que o uso prejudicial de substâncias é uma questão de saúde pública e procurou desenvolver uma política específica para o atendimento de pessoas que consomem álcool e outras drogas. A iniciativa se baseou na ampliação do acesso ao tratamento, na compreensão integral e dinâmica do problema, na promoção dos direitos dos usuários e na adoção das estratégias de redução de danos, que se configura como uma abordagem política e clínica essencial para lidar com o uso abusivo e a dependência de substâncias psicoativas.

Morais *et al.* (2009) destacam que o documento do Ministério da Saúde sobre a atenção

integral a usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004) propõe uma política que deve articular-se não apenas com outros programas do próprio ministério, mas também com diferentes ministérios, organizações governamentais e não-governamentais, além de representantes da sociedade civil. Essa abordagem parte da premissa de que o uso de álcool e outras drogas, embora frequentemente analisado sob uma perspectiva médica, precisa ser compreendido em suas dimensões sociais, psicológicas e político-econômicas.

As autoras enfatizam que essa visão evidencia a necessidade de uma atuação colaborativa entre os serviços de saúde, promovendo acolhimento, prevenção e tratamento, e que essa articulação abre novas possibilidades e oportunidades para o pleno desenvolvimento humano. Nesse contexto, defende-se a criação de uma rede de saúde integrada, que aborda a questão do cuidado em relação a essa temática, envolvendo a atenção básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para Álcool e Drogas, hospitais gerais, e toda a rede intersetorial, que inclui assistência social, habitação, esporte, lazer e cultura, entre outros.

Após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorreram novas discussões no campo político-jurídico que tornaram possíveis as efetivações propostas no referido marco regulatório. Entre as aprovações para o direcionamento dos recursos financeiro para efetivação de abertura de serviços territoriais, substitutivos ao manicômio, e a reorganização da rede de atenção pública em saúde mental, destaca-se a Portaria Ministerial nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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). Em 2017, essa rede foi alterada por meio da Portaria n.º 3.588/2017 incluindo novos serviços, (Brasil, 2022, p.8), o que gerou grande repercussão na área.

A RAPS se consolidou como a principal estratégia integrante da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira, frente a uma perspectiva de “integração do cuidado ordenado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS” e olhou para os processos de “responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos” (Sampaio; Junior, 2021, p. 2). Nessa perspectiva, a RAPS deve ser compreendida como uma estratégia de ampliação das ofertas de cuidados em saúde mental, com foco nas premissas fundantes da atenção psicossocial para a população em geral.

Suas premissas estão ancoradas no respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; na promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; no combate a estigmas e preconceitos; na garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica

interdisciplinar; na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; e no desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, dentre outros (Brasil, 2024). Segue ainda o seu ordenamento, estruturado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo os seus componentes: (I) atenção básica em saúde; (II) atenção psicossocial especializada; (III) atenção à urgência e emergência; (IV) atenção residencial de caráter transitório; (V) atenção hospitalar; (VI) estratégia de desinstitucionalização; (VII) reabilitação psicossocial. (Brasil, 2011)

Segundo Onocko-Campos (2019), a efetividade da RAPS tem sido demonstrada, dando exemplo do maior investimento, com destinação de recursos, em serviços comunitários do que em hospitais psiquiátricos, havendo inversão dos gastos em saúde mental. Nessa mesma linha de destaque, Macedo *et al.* (2017) apontam que, visando fortalecer a estratégia de atenção psicossocial nos serviços, há maior investimento na formação profissional. Yasui *et al.* (2018) destacam que a efetividade da RAPS é possível se houver participação ativa de usuários, familiares e sociedade de forma geral (Yasui; Luzio; Amarante, 2018, p. 182)

Em termos numéricos da RAPS, de acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2024), o Brasil conta com 3.019 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 952 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); 31 Unidades de Acolhimentos Infantojuvenis (UAI) e 55 Unidades de Acolhimento Adultos (UAA); 224 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada de Saúde Mental na Atenção Básica; 277 Equipes de Consultório na Rua; 2.116 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais; 10.890, leitos de saúde mental em Hospitais Especializados e 4.202 beneficiários cadastrados no programa *De Volta para Casa*.

É importante destacar que, apesar das perspectivas animadoras que se deram ao longo dos anos de desenvolvimento das práticas de saúde mental brasileira, entre os anos 2016 e 2020, uma série de portarias, resoluções, decretos e editais culminaram na chamada “Nova Política de Nacional de Saúde Mental” totalizando cerca de 15 documentos (Cruz *et al.*, 2020) que concretizaram retrocessos e atrasos no campo político-jurídico e financeiro da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), essa nova proposta se caracterizou pelo incentivo ao modelo de cuidado por via da internação psiquiátrica e pela separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada Política Nacional sobre Drogas (PND), com foco principal para o financiamento de comunidades terapêuticas e com práticas proibicionistas e higienistas.

Brasil e Lacchini (2021) evidenciaram alguns marcos legislativos que transitaram na perspectiva de remodelação para a “nova” PNSM, constatando-se a retomada do modelo médico centrado e a lógica hospitalocêntrica como principal estratégia de ação, validando, assim, as práticas manicomiais de cuidado. Dentro dessa nova perspectiva, evidenciam-se

quatro dos quinze documentos que marcaram as discussões e remodelaram as formas de operacionalização do campo de atuação da saúde mental brasileira, sendo que algumas delas ainda se mantêm até o presente momento:

- a) Portaria nº 1.482 de 25 de outubro de 2016, inclui as Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo assim, financiadas com verbas públicas destinadas à saúde;
- b) a Emenda constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016 que instituiu o congelamento por 20 anos dos recursos financeiros destinados às políticas sociais e ao SUS;
- c) a Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 em “complemento” à Portaria nº 3.088 que, de acordo com Onocko-Campos (2019), reintroduz na RAPS, o hospital-dia, destacando e privilegiando intervenções biomédicas em detrimento das abordagens psicossociais e de recuperação. A Portaria também estabelece o CAPS AD IV que, na prática, legitima um substancial financiamento público federal para as comunidades terapêuticas, podendo ser considerada uma maneira disfarçada de reintroduzir práticas de isolamento e desrespeito às liberdades individuais, características históricas das práticas asilares e manicomiais no século XX ocidental. Além disso, a portaria determina o ajuste no valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de hospitais psiquiátricos “conforme o porte”, reintroduzindo um nível secundário de atendimento na RAPS através de equipes especializadas em saúde mental, o que abre caminho para a reinstalação de ambulatórios hierarquizados e desarticulados dos demais equipamentos territoriais.
- d) Nota Técnica 11/2019 - Apresentação de possíveis mudanças na PNSM e na PND. Destaca-se o retorno do hospital psiquiátrico para o centro do cuidado em saúde mental, incentivo à utilização da Eletroconvulsoterapia como possibilidade de manejo fora dos hospitais escolas, e o reforço no financiamento de Comunidades Terapêuticas.

Na leitura de muitos trabalhadores do campo prático da saúde mental brasileira e entidades, esse foi um dos momentos mais delicados para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), conforme apontam Brasil e Lanchinni (2021). Apesar do retrocesso apresentado durante o período de 2016 a 2022, com a mudança do governo federal no ano de 2023, sugeriu-se a revogação de uma série desses marcos jurídico-políticos, através da nota técnica nº 2/2023-CGNEP/DESME/SAES/MS, que vai tratar de efetivar a proposta de reanálise da Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

Nesse sentido, compreendemos que os aspectos jurídico-políticos envolvidos no campo da saúde mental brasileira apresentam, até os dias atuais, uma série de entraves, dualidades e disputas conceituais que limitam os avanços necessários para a efetivação do cuidado pautado no modelo da atenção psicossocial. A exemplo dessa perspectiva, a própria nota referenciada no parágrafo anterior, ao seu final, conclui que:

A revogação da portaria 3.588-2017 é uma necessidade para que a política nacional de saúde mental **possa resgatar coerência interna no modelo**, evitar distorções como concentração das práticas assistenciais na rede hospitalar. Da mesma forma, a portaria tem diferentes erros técnicos, como não vincular ofertas a população usuária ou ao restante da rede; permitir que hospitais de grande porte, com pouca capacidade assistencial e tempo de internação longos sejam bem custeados. **Importante identificar que a revogação desta portaria deve ocorrer num contexto de reformulação da legislação de saúde mental, que tem acumulado portarias contraditórias**, como no caso das unidades de saúde mental em hospital geral (Brasil, 2023, grifo próprio).

Diante do complexo cenário jurídico-político, diversas estratégias foram desenvolvidas simultaneamente para garantir a qualidade da assistência aos usuários dos serviços de saúde mental no Brasil. Para muitos profissionais, as discussões se concentraram, e ainda se concentram, principalmente no campo prático. A reafirmação da atenção psicossocial como modelo central neste campo foi fundamental para enfrentar os desafios legais enfrentados. Sabe-se que o exercício desse modelo advém de uma construção coletiva, conforme apontado por Morato (2019), e é um trabalho feito por muitas pessoas, com diversos saberes e diversas perspectivas, em que a garantia da “diversidade, da heterogeneidade, da ousadia, da criatividade e da inventividade” (Morato, 2019, p. 44) se torna a sua principal marca.

Todo esse processo de reflexões e mudanças paradigmáticas que ocorreram no campo intelectual e prático culminaram no que, hoje, nomeamos como o modelo de atenção psicossocial. Para Costa-Rosa et al. (2003), as experiências exitosas nesse contexto ganharam elementos teóricos, técnicos, ideológicos e éticos que constituíram um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental. Para os autores,

[...] a Atenção Psicossocial vai se definindo por uma série de transformações no paradigma Asilar e Psiquiátrico, valendo-se de ações nas esferas político-ideológica e teórico-técnica. Suas ações políticas-ideológicas trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania, ao mesmo tempo sublinhando a particularidade da situação dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Suas ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p.23).

Os autores destacam que o modo como a atenção psicossocial opera os processos de cuidados na saúde mental brasileira constituem um campo dinâmico e contínuo. Esse campo não apenas examina os conceitos e operacionalizações do modelo asilar, fazendo os ajustes necessários, mas também se abre para novas abordagens de maneira suficientemente flexível. Seguindo esse raciocínio, os autores enfatizam que as práticas desenvolvidas sob a lógica da atenção psicossocial são dialeticamente configuradas por composições teórico-técnicas e éticas com várias intensidades de radicalidade.

Nesse contexto de radicalidade, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) revisitam os quatro elementos essenciais do modo psicossocial (Costa-Rosa, 2000), os quais sustentam uma prática de cuidado em saúde mental baseada no modelo de Atenção Psicossocial:

- a) quanto à concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos — buscando convocar os profissionais para se reposicionarem criticamente sobre os modos apreendidos na formação e a tomada dos sujeitos como sujeitos de projetos e não como objetos;
- b) quanto à concepção da organização das relações intrainstitucionais — buscando o reposicionamento das relações de poder, horizontalização dos poderes e práticas pautadas no modelo interdisciplinar e transdisciplinar;
- c) quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral — buscando desenvolver ações práticas externas às instituições, nos territórios de moradia dos sujeitos e mediação de todas as suas complexidades da vida;
- d) quanto à concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos — buscando o reposicionamento do sujeito frente à ética da singularidade e superação do imaginário.

A operacionalização do modo de cuidar proposto pela atenção psicossocial, como resposta aos processos da RPB, procura articular a experiência do sofrimento psíquico com a vida, e o objeto agora passa a ser as complexidades do viver. Segundo Yasui, Luzio e Amarante (2018):

A Atenção Psicossocial é um ensaio que encarna diferentes planos: práticas diversas construídas em diálogo entre distintos núcleos de saberes, ferramentas teórico-conceituais a partir da desconstrução e desnaturalização dos fundamentos do modo hegemônico médico, formulação de política, apostas em modos diversos de fazer andar a vida (p. 175).

Amarante (2007), ao estudar os efeitos das mudanças ocorridas no cenário brasileiro de práticas, compreende que tanto a construção do campo da saúde mental quanto as práticas da

atenção psicossocial como um processo que deve ser visto e compreendido como complexo, frente a todos os atravessamentos que o compõem. Apesar desse cenário, este é um campo que demanda vigilância constante, especialmente em relação às demandas clínicas e sociais que são colocadas aos profissionais da área. Costa-Rosa (2000) destaca a importância de mantermos uma postura crítica mesmo diante das melhorias visíveis no campo, evitando, assim, cair em armadilhas e dicotomias arriscadas. Para o autor, embora diferentes modelos de prática possam existir, as práticas em si podem não ser tão distintas, especialmente nos serviços substitutivos ao manicômio onde o foco, muitas vezes, recai sobre a medicação e seus efeitos esperados.

Para Costa *et al.* (2012), a atenção psicossocial no campo da saúde mental brasileira ainda se apresenta de forma incipiente, convocando diariamente mudanças sociais, institucionais e individuais, sendo um desafio político e ético frente à construção das concepções sobre o sofrimento psíquico. Embora reconheçamos esse campo como um processo colaborativo, construído por diversas mãos e conhecimentos, é evidente que, devido às nossas diferenças políticas e econômicas, em muitos locais ainda não há uma rede de saúde mental consolidada ou formalmente pactuada. (Costa *et al.*, 2012)

A consolidação do campo da saúde mental brasileira mediante os ideais apresentados pela RPB, com o foco no desenvolvimento das práticas ancoradas pelo modelo teórico-metodológico da atenção psicossocial, ainda se configura como um desafio para todos os trabalhadores da área. As articulações com as redes de saúde e demais redes intersetoriais é um nó que ainda temos dificuldades para desatar. Todo este processo requer preparo e reconhecimento por parte das equipes frente às formas de abordagem, tratamento e encaminhamentos possíveis. (Costa *et al.*, 2012)

As armadilhas da lógica manicomial² (Yasui; Luzio; Amarante, 2018) persistem diariamente nos equipamentos que compõem a RAPS brasileira. As dificuldades em compartilhar estratégias de cuidado em todos os níveis de atenção em saúde e em promover a corresponsabilização por parte dos profissionais que atuam nesses equipamentos acabam por segregar os indivíduos, relegando-os aos mesmos padrões sociais historicamente associados à loucura.

Para Yasui, Luzio e Amarante (2018), as armadilhas presentes na lógica manicomial

² Conforme apontado pelos autores, a lógica manicomial se caracteriza por um modo de exercício do biopoder que institui saberes e fazeres produzindo uma interdição dos espaços urbanos e a determinação de lugares e modos de se relacionar com certos grupos marcados pela exclusão e, em muitos casos, pelo confinamento. Não apenas como um poder que exclui e reprime, antes, um poder que produz normatizações, controle, assujeitamento, vigilância. Concretiza-se no policiamento da cidade e no controle dos indivíduos pela análise pormenorizada do território e de seus elementos e pelo exercício de um poder contínuo (Yasui; Luzio; Amarante, 2018, p.183).

não estão intrinsecamente colocadas nas lógicas da exclusão — a qual seria possível acreditar ser o maior desafio para o campo da saúde mental brasileira — mas, antes, “na produção de subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo de diferentes mercadorias: objetos e modos de ser” (p. 184). Para os autores, a excessiva busca por diagnósticos médicos, a medicalização do sofrimento como resolução instantânea dos problemas, a busca por receitas de como viver, como se relacionar, como cuidar dos filhos, etc. são sinais das lógicas manicomiais que recaem sobre sujeitos que estão diante da experiência do sofrimento psíquico e sobre trabalhadores da área.

A Atenção Psicossocial é um trabalho que é feito diariamente através de práticas coletivas, e que não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. Trata-se de “estratégias, artimanhas, tramadas nas bordas e desvios, urdidas na tessitura de uma rede de serviços, de ações de cuidado, de pessoas, provocando encontros, acontecimentos e apostando na saúde como produção da vida” (Yasui; Luzio; Amarante, 2018, p.185). Esse deve ser o norte de práticas desenvolvidas neste campo de atuação. A revisão do modelo de assistência à saúde mental (Costa *et al.*, 2012) deve ser uma prática diária de todos os agentes responsáveis pela efetivação de uma política pública em que sujeitos, sociedade civil, políticos, jurídicos e demais envolvidos estejam comprometidos com este modelo, mesmo sabendo das batalhas que serão vivenciadas cotidianamente. Afinal, falamos de um campo em construção processual.

3 O CAMPO DE SAÚDE MENTAL E A TERAPIA OCUPACIONAL

Com o avanço das discussões, no decorrer dos anos, em torno do uso da ocupação como estratégia terapêutica no campo da saúde mental, até a efetivação da institucionalização da profissão no cenário brasileiro, em 1969, profissionais da área foram trilhando novos achados teóricos para as estratégias de sustentação das intervenções terapêuticas, consolidando um campo de atuação e prática. De modo geral, o uso de atividades se constituiu como estratégia principal de intervenção da profissão (De Carlo; Bartalotti, 2001), efetivando uma sistematização técnica das intervenções em Terapia Ocupacional (Feriotti, 2013).

Conforme a profissão avançava em seu aspecto técnico-científico no campo da saúde mental, notava-se cada vez mais que o distanciamento das concepções biológicas, patologizantes e médico-centradas fazia-se necessário e estruturante para a prática e para o desenvolvimento da profissão. De acordo com Morato (2019), nessa perspectiva, terapeutas ocupacionais trilhavam um caminho crítico e identitário, libertando-se de ideologias e construindo-se profissionalmente com outros referenciais neste campo de atuação.

Com o afastamento dos modelos hegemônicos de cuidado em saúde mental e a reorientação ético-política das terapeutas ocupacionais envolvidas nas agendas do processo de redemocratização brasileira nos anos 80, aliados ao ressurgimento dos movimentos sociais e à Reforma Sanitária, ocorre um impulso significativo para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Mângia; Nicácio, 2001). Para a Terapia Ocupacional, esse momento marca a reconstrução de marcos referenciais para a prática no campo da saúde mental brasileira (Mângia; Nicácio, 2001) e de repactuação com o seu próprio fazer enquanto profissão da área da saúde, culminando em modos outros, diferentes dos instituídos até então. Feriotti (2013) aponta que, nesse momento, a Terapia Ocupacional experienciou um intenso período de discussões epistemológicas.

No contexto da RPB, Shimoguiri e Costa-Rosa (2017) destacam que a Terapia Ocupacional no Brasil redefiniu sua prática, desempenhando um papel crucial e de relevância na ampliação das discussões sobre saúde mental. Terapeutas ocupacionais tiveram participação fundamental na idealização e implantação dos serviços psicossociais no Brasil, nos anos de 1980, como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo — o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira — e, na cidade de Santos, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (Shimoguiri, Costa-Rosa, 2017). O campo da saúde mental foi campo de desenvolvimento da identidade profissional e reconhecimento social da Terapia Ocupacional brasileira, que atuou como protagonista, junto a outras categorias profissionais e movimentos

sociais na luta pela transformação das lógicas excludentes de cuidado (Mângia; Nicácio, 2001).

A profissão passou a abordar questões sociais, econômicas e culturais que influenciam o cotidiano das pessoas, compreendendo-as como parte integrante do processo de sofrimento psíquico. Além disso, enfatizou-se a ruptura dos laços sociais enfrentados por essas pessoas devido aos estigmas associados à chamada loucura. A tarefa de desenvolvimento das práticas pautadas nos referenciais da desinstitucionalização (mediadas por diálogos com a superação dos manicômios e novas formas de se relacionar com as pessoas) foi o grande desafio para a Terapia Ocupacional e suas práticas no campo da saúde mental (Mângia; Nicácio, 2001).

A Terapia Ocupacional, na busca do resgate da cidadania das pessoas, passa a proporcionar oportunidades para expressão, escuta atenta, promoção de interações sociais, fortalecimento de vínculos, validação dos desejos, afetos, vontades e, principalmente, possibilitou estabelecer conexões com o mundo, reativar recursos, restituir direitos e criar espaços reais e virtuais além das barreiras tradicionais entre o interno e o externo (Mângia; Nicácio, 2001). Tratava-se, portanto, de atuar neste campo acreditando que essas práticas poderiam apresentar maiores potencialidades com expressão significativa para um agir no cotidiano e nos enfrentamentos éticos, técnicos e políticos que esse novo modo de oferta do cuidado em saúde mental evidenciava (Nicácio, 2003).

A implementação das práticas em Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, mediadas pelo uso de atividades como recurso terapêutico e alinhadas à proposta de desinstitucionalização, estabeleceu novos padrões para o avanço profissional. Esse processo resultou em novas abordagens no exercício profissional, que se traduziram em transformações palpáveis na vida das pessoas com sofrimento psíquico, tanto em níveis individuais quanto coletivos, assim como nas dinâmicas institucionais.

Para Barros (1990), esse também foi um processo que convocou os profissionais da área, incluindo os terapeutas ocupacionais, a reavaliarem o mandato social que recaía sobre eles diante do contínuo movimento de mediação entre indivíduos em sofrimento psíquico e a sociedade, permanecendo o desafio de “exercer dialeticamente esse papel em sua contradição, ‘advogando’ os direitos civis e sociais e buscando possibilitar a criação de formas de emancipação” (p.115). Salienta-se que este é um desafio que persiste até os dias atuais, exigindo reflexão e ação contínua por parte dos profissionais envolvidos.

Almeida e Trevisan (2011), ao investigarem as estratégias de intervenção dos terapeutas ocupacionais no contexto da transformação da assistência em saúde mental no Brasil, destacam que, sob a perspectiva dos referenciais teóricos que não apenas mudaram a prática da Terapia Ocupacional, mas também fortaleceram os debates no campo, a Socioterapia e a Psicodinâmica

emergiram como abordagens fundamentais para estas mudanças no campo. Essas teorias sustentaram um modelo de atuação em saúde mental, especialmente nas tentativas de humanização do hospital psiquiátrico, críticas ao tratamento moral e à banalização do uso da ocupação como mera forma de ocupar o tempo ocioso.

Na perspectiva socioterápica, Mângia e Nicácio (2001) ressaltam que a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional compartilham o ideal de transformar o ambiente hospitalar em um espaço terapêutico. Ambas desenvolveram estratégias que fundamentaram os princípios das abordagens psicossociais e psicanalíticas, apostando na ideia de que é por meio das relações interpessoais que o indivíduo se constitui e reencontra sentido em sua vida. Para as autoras, foi nessa abordagem que se iniciaram práticas como as intervenções grupais, o trabalho com famílias e a redefinição dos papéis profissionais dos terapeutas, entre outras estratégias.

No Brasil, Luís Cerqueira destacou-se, entre as décadas de 60 e 70, como um grande defensor de uma política de saúde mental voltada para os serviços comunitários. Ele acreditava que as ações desenvolvidas pela Terapia Ocupacional poderiam estabelecer pilares fundamentais para as mudanças institucionais e nos ambientes de trabalho (Mângia; Nicácio, 2001).

Faz-se importante destacar a prática da Terapia Ocupacional fundamentada no referencial psicodinâmico, que, desde o final dos anos 80, tem se consolidado no Brasil e se tornado objeto de discussão na área. Inicialmente mediada por Benetton e, posteriormente, por outros autores, essa abordagem se insere em um contínuo processo de desenvolvimento teórico e técnico. Como afirma Marcolino (2014), “consiste na investigação da prática clínica da Terapia Ocupacional para gerar teorias que expliquem os fenômenos da prática e metodologias que sustentem a assistência” em saúde mental. Dessa forma, essa prática ofereceu e oferece contribuições significativas para o campo da Terapia Ocupacional em saúde mental, culminando, nos dias de hoje, no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica.

As experiências advindas dos referenciais da desinstitucionalização italiana também foram responsáveis pelas inovações na prática da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental brasileiro, uma vez que assumiu o sujeito como alvo central do seu processo de intervenção, colocando a doença e suas sintomatologias “entre parênteses” (Torre; Amarante, 2001, p. 75). Diante dessa perspectiva, o reconhecimento da complexidade da vida emerge como um chamado para os profissionais da área, instigando-os a desenvolver terapias eficazes que abordem de maneira profunda os desafios concretos enfrentados no cotidiano das pessoas, visando não apenas à mitigação, mas à superação das problemáticas existentes (Mângia, 2002).

Embasados nas propostas da desinstitucionalização, a Reabilitação Psicossocial é tomada como estratégia central e inicial para o desenvolvimento das práticas em saúde mental no território brasileiro. Compreende-se a Reabilitação Psicossocial como uma estratégia que visa fortalecer as habilidades individuais diante das experiências enfrentadas durante o processo de sofrimento psíquico (Lussi et al., 2006). Essa abordagem não apenas busca aumentar as capacidades das pessoas, mas também promove sua autonomia e qualidade de vida, facilitando a reintegração social e o alcance de metas pessoais significativas.

Para Ribeiro e Bezerra (2015):

A reabilitação psicossocial se define enquanto conjunto de estratégias destinadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos, processo esse que necessariamente implica na abertura de espaços de negociação para o usuário, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços implicados em seu tratamento. Desta forma, seu conceito pode ser ampliado como processo que permite e estimula a inserção social e o desenvolvimento de potencialidades que ao longo do convívio com o sofrimento psíquico ficaram encobertas (p.303).

Saraceno (2016) refere que:

A Reabilitação não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas, pelo contrário, a reabilitação é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos. O que é completamente distinto do que se vem pensando, ou seja, não estamos lutando para tornar forte o paciente que tem a desabilidade, mas sim permitir a quem não é forte de estar na cena em que eles estão (p.194).

Foi com base na reabilitação psicossocial³, que terapeutas ocupacionais desempenharam um papel crucial ao desenvolver estratégias e programas comunitários, visando efetivamente o apoio e a reintegração social dos indivíduos (Benetton, 1993). Mângia e Muramoto (2006) destacam que, da mesma forma que na Reabilitação Psicossocial, a prática da Terapia Ocupacional enfrenta o desafio de facilitar a inserção social de indivíduos com maiores

³ É crucial destacar que, embora Benetton faça afirmações significativas sobre reabilitação, ela aborda o tema como um desafio no desenvolvimento do campo da saúde mental. No texto, a autora enfatiza que a Terapia Ocupacional tem como objetivo final a inclusão social dos indivíduos marginalizados. Nesse contexto, é vital avaliar a eficácia social das intervenções, questionando: a inclusão deve ser baseada no novo ou no que foi readquirido? Benetton também ressalta que, ao considerar a reabilitação pela perspectiva do “re”, corremos o risco de nos limitar a um ciclo de tentativas de equilibrar o novo e o velho. Essa preocupação a leva a criticar a terminologia de “reabilitação psicossocial”, que sugere um retorno a um estado anterior. Para ela, um novo e audacioso projeto de saúde, que aborde questões políticas e sociais, não deve ficar preso a um termo tão carregado de implicações negativas. Em resumo, a autora defende que o termo “reabilitação” precisa ser dissociado de contextos de exceção e, simultaneamente, deve se comprometer genuinamente com o desenvolvimento da vida em todas as suas dimensões. Isso envolve a aceitação do cotidiano em sua totalidade, incluindo todas as suas nuances habituais (Benetton, 1993).

limitações para o exercício da cidadania, confrontando constantemente as dificuldades sociais associadas à convivência com a diversidade. Dessa forma, exigem-se transformações conceituais sobre os modos de cuidado e organização dos equipamentos de saúde. É sobre o papel de “tecelão social”, conforme apontado por Galheigo (1997), que terapeutas ocupacionais exercem suas elaborações para novas estratégias e abordagens no campo de atuação.

Para Ribeiro e Machado (2008), terapeutas ocupacionais desenvolvem, através de suas especificidades, as ampliações necessárias para o exercício da cidadania, mediado por atividades que transformam o cotidiano das pessoas, devolvendo aquilo que a psiquiatria biologizante historicamente retirou. Nessa abordagem, surgem novas oportunidades para a criação de espaços inclusivos e a promoção de trocas sociais enriquecedoras. Nesse novo modo de operar o cuidado em saúde mental, centrado na ética, no cuidado e na cidadania, a/o terapeuta ocupacional se posiciona essencialmente onde as pessoas mais necessitam, oferecendo suporte a indivíduos que enfrentam desafios relacionados a esses conceitos e práticas fundamentais.

A intervenção de um processo terapêutico ocupacional mediado por atividades que estão alinhadas com as vontades, desejos e necessidades individuais e coletivas proporciona experiências enriquecedoras que ampliam a realidade das pessoas, além de facilitar trocas sociais significativas. Imersos nas significâncias do fazer, as/os terapeutas ocupacionais enriquecem o espaço terapêutico com elementos essenciais da vida humana, como espiritualidade, cultura e outras dimensões que fortalecem os indivíduos para enfrentarem e darem continuidade ao seu cotidiano (Castro; Lima; Brunello, 2001).

O comprometimento de uma ação terapêutica ocupacional, com o exercício de cidadania, sustentado pelos ideários da reabilitação psicossocial, acontece em espaços onde o encontro possa ser sustentado, onde se possa conviver tecendo relações e resgatando meios de comunicação para a organização individual e coletiva. A constituição efetiva da Terapia Ocupacional como promotora da reabilitação psicossocial, ocorre nas ruas, praças, mercados, igrejas, ou seja, na vida (Ribeiro; Machado, 2008).

Trata-se, portanto, para a prática terapêutica ocupacional, de um compromisso com uma clínica sustentada nas relações vivas, nas quais os intercâmbios acontecem de forma entrelaçada, possibilitando nas experimentações do sofrimento psíquico, o compartilhamento com terceiros. Uma clínica que permita ao sujeito produzir valor social, uma clínica que seja produtora de sentido (Saraceno, 1998). Com esse investimento, recupera-se a capacidade de contratualidade com o outro, exercendo na prática o exercício de cidadania (Mângia, 2000).

Essas preocupações têm deslocado os settings experimentais da Terapia Ocupacional,

para os espaços reais do habitar, do trabalhar e do conviver. Os pacientes têm que poder usar suas habilidades no mundo, e o processo de reabilitação se transforma em um processo de reconstrução/construção de redes relacionais. Para nós também é assim, não é? Nossa inserção social está referida há um amplo espaço de trocas dos quais participamos, nossa casa, os espaços sócio-familiares de trocas, nosso trabalho. É num amplo conjunto de cenários que desempenhamos e desenvolvemos nossas habilidades, nos diferentes momentos de nossas vidas (Mângia, 2000, p. 31).

Considerando esses fundamentos, é crucial reconhecer que, apesar da diversidade de práticas e referenciais que permeiam a atuação dos terapeutas ocupacionais na saúde mental, a integração dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira deve ser uma diretriz central para os profissionais que trabalham nas RAPS — que, por sua vez, alicerçadas nos princípios da saúde coletiva, promovem uma visão abrangente da saúde que não se limita apenas aos aspectos clínicos, mas que também leva em conta as dimensões sociais, culturais e psicológicas da vida dos indivíduos. Espera-se que a prática da Terapia Ocupacional nas RAPS não se restrinja apenas à inclusão social e à recuperação dos indivíduos, mas também desempenhe um papel como agente de transformação social, desafiando estigmas e fomentando uma compreensão mais profunda do que significa viver com saúde mental no mundo contemporâneo.

Assim, configura-se um campo de atuação profissional no qual terapeutas ocupacionais, por meio de suas práticas, não apenas medeiam, reinventam e sustentam as interações e atividades dos indivíduos em seus diversos contextos de vida, mas também promovem a autonomia, a inclusão social e o bem-estar, contribuindo significativamente para o desenvolvimento integral das pessoas.

Nesse modo de pensar a prática terapêutica ocupacional e suas complexidades, Galheigo (2023) nos auxilia nessa discussão ao evidenciar o processo de transformação ocorrida na consolidação da profissão no Brasil, construindo os saberes críticos sobre a prática executada. Nesse aspecto, para a autora, a reflexão que emerge desse processo é, antes de tudo, sobre o papel da autonomia profissional. Durante muito tempo, a Terapia Ocupacional esteve submissa a modelos de atuação que a reduziam a uma prática técnica e adaptativa, com foco exclusivo na recuperação física de indivíduos com deficiência ou em processo de reabilitação. Porém, a partir da década de 1970, com o fortalecimento de movimentos sociais que questionavam a exclusão e marginalização de certos grupos, começou a surgir a necessidade de repensar essa abordagem, integrando questões sociais, culturais e políticas ao trabalho terapêutico.

Ao longo do tempo, a problemática da teoria versus prática se tornou um dos grandes desafios da Terapia Ocupacional. A reflexão crítica sobre as técnicas e modelos tradicionais levou os profissionais a questionarem a eficácia de uma prática que não levava em consideração as condições de vida e as subjetividades dos indivíduos. Ao contrário de apenas adaptar o

ambiente ou a tarefa às limitações físicas do paciente, os terapeutas ocupacionais passaram a compreender que é fundamental olhar para as condições sociais que envolvem a pessoa em tratamento: seu contexto de vida, sua inserção na sociedade e as barreiras impostas pela estrutura social e pela cultura.

Galheigo (2023) continua com esse pensamento, ao evidenciar que essa mudança de paradigma exigiu uma revalorização do pensamento crítico dentro da Terapia Ocupacional. A prática deixou de ser algo simplesmente técnico e passou a ser entendida como um processo ético e político, em que o profissional se coloca como agente de transformação social. As interações terapêuticas não se limitam mais a uma simples ajuda para a recuperação da saúde, mas envolveram o fortalecimento da autonomia e a promoção da inclusão social.

É perceptível que essa construção de um pensamento crítico, para a Terapia Ocupacional, representa a construção de um saber que não se contenta com a reprodução de modelos preexistentes, mas que é capaz de questionar suas próprias bases e de se reinventar à medida que novas necessidades e desafios surgem diante do cotidiano das pessoas que são atendidas pela profissão. Para a evidência desse processo, é fundamental que os profissionais da área continuem a se questionar e a se desafiar constantemente. A prática reflexiva, que se torna central na formação e atuação dos profissionais, não deve ser vista como um ponto final, mas como um movimento contínuo de avaliação, crítica e adaptação. Em um mundo cada vez mais complexo, marcado por novas formas de exclusão e desigualdade, o desafio da Terapia Ocupacional é manter-se fiel aos seus princípios éticos e humanistas, ao mesmo tempo em que responde às necessidades emergentes de uma sociedade em transformação.

Dentro da perspectiva de consolidação desse campo, no qual terapeutas ocupacionais compartilham de seus conhecimentos, Santos (2004) compreende que, no que se refere ao chamado campo de atuação profissional, podemos e devemos identificá-lo como sendo um território de experiências sociais vivas e que, portanto, o território, quando tomado e apropriado pelo povo que ali o habita, é capaz de criar uma zona de vizinhança e de conexões. Nesse espaço territorial, com todas as suas configurações, características e potencialidades, identificamos possibilidades de trocas sociais para os sujeitos em maiores ou menores intensidades, “a seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens, é o resultado de uma práxis coletiva que reproduz as relações sociais” (Santos, 2004, p. 96).

Para Saquet e Silva (2008),

...o espaço, além de instância social que tende a reproduzir-se, tem uma estrutura que corresponde à organização feita pelo homem. É também uma instância subordinada à lei da totalidade, que dispõe de certa autonomia, manifestando-se por meio de leis

próprias. Assim, o espaço organizado é também uma forma resultante da interação de diferentes variáveis. O espaço social corresponde ao espaço humano, lugar de vida e trabalho: morada do homem, sem definições fixas. O espaço geográfico é organizado pelo homem vivendo em sociedade e, cada sociedade, historicamente, produz seu espaço como lugar de sua própria reprodução (p. 31).

Merhy (2004) ressalta que o campo da saúde mental não apenas abre caminho para a realização dos desejos fundamentais dos indivíduos, mas também se configura como um espaço propício para a criação de redes inclusivas. No entanto, esse processo só se efetiva quando está intimamente ligado a uma “revolução cultural” no imaginário social, envolvendo diversos sujeitos e atores sociais. Ou seja, ele se constitui como um gerador de novas possibilidades que desafiam as hegemonias ao compreender a multiplicidade e o sofrimento humano dentro de um contexto social de inclusão e cidadania. Segundo Deleuze (1989) “o território só vale em relação a um movimento através do qual dele se sai [...] não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte” (p.4).

Nesses territórios, o campo de intervenção em saúde mental se desenvolve de forma mais profunda e complexa, pois é a partir deles que as estratégias de intervenção ganham destaque, constituindo o principal meio para facilitar trocas sociais significativas e promover o bem-estar dos indivíduos. Esses locais não apenas proporcionam um ambiente propício para o cuidado, mas também são cruciais para a construção de redes de apoio e inclusão social. Segundo Leão e Salles (2017) é nesse espaço que terapeutas ocupacionais exercem os objetivos de suas práticas associadas às ações concretas da vida das pessoas, visto que as cenas cotidianas são os melhores instrumentos de intervenção do real vivido.

Lima *et al.* (2019) corroboram e sustentam essa perspectiva ao sugerirem que, ao considerar o território como parte integrante das ações da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, é essencial estar disposto a circular, movimentar-se e explorá-lo ativamente.

Para os autores,

remete-se a pensar nos chamados “territórios do cotidiano” conceito que tem como parâmetro à copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a sociabilização com base na contiguidade, reunindo a mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, instituições, formas sociais e geográficas (p.176).

Diante das circunstâncias intrincadas que permeiam áreas complexas, é fundamental oferecer respostas que não apenas abordem, mas transcendam os desafios apresentados. Assim, a Terapia Ocupacional passa a integrar um projeto de emancipação dos sujeitos, deixando de ter como principal alvo de retirada de sintomas (Constantidinis; Cunha, 2016).

Nessa perspectiva, observa-se que os terapeutas ocupacionais vêm sendo instigados a explorar o potencial da Terapia Ocupacional com um foco renovado na análise de suas capacidades para aprimorar e consolidar sua prática no contexto brasileiro. Isso tem impulsionado discussões teórico-metodológicas que visam aprimorar e reconhecer as características distintivas da Terapia Ocupacional em seus diversos campos de atuação. Como apontam Galheigo *et al.* (2018), compreender a Terapia Ocupacional como um núcleo profissional integrado por conhecimentos e práticas envolve explorar, conhecer e discutir as tendências e tensões que têm emergido ao longo do tempo dentro do campo do saber e da prática profissional.

Nesse percurso, os profissionais de Terapia Ocupacional têm dedicado esforços significativos na área da saúde mental, explorando as complexidades que permeiam este campo específico de atuação. É crucial reconhecer que as práticas em saúde mental no contexto brasileiro dependem essencialmente da colaboração entre diferentes profissionais e da integração de seus conhecimentos específicos. Essa abordagem colaborativa não apenas enriquece as intervenções terapêuticas, mas também fortalece a capacidade de terapeutas ocupacionais lidarem eficazmente com as dicotomias e desafios presentes neste cenário complexo. Nessa perspectiva, não se busca promover uma política de especialização, nem sustentar o corporativismo ou a rigidez da identidade profissional. Em vez disso, o campo da saúde mental é visto como um espaço de colaboração e integração de saberes, promovendo o desenvolvimento de “práticas híbridas” (Lima; Guirardi, 2008).

Mesmo com a falta de limites e intersecções entre os diferentes núcleos profissionais que compõem o campo da saúde mental, é possível identificar contribuições como oriundas de algumas profissões específicas, por exemplo: compete ao médico a medicação, ao psicólogo a psicoterapia, ao enfermeiro procedimentos específicos de cuidado, etc. (Constantidinis; Cunha, 2016). Nessa perspectiva, é relevante questionar se a descrição de ações é o melhor caminho para caracterizar o núcleo. Uma das ideias sobre o núcleo profissional abrange um conjunto de práticas e saberes que se fundamentam em diversas perspectivas teóricas, metodológicas e técnicas. Isso envolve diferentes formas de entender o objeto de conhecimento, os objetivos que se pretende alcançar e as técnicas ou tecnologias aplicáveis.

Ao descrever ações, pode-se perder de vista a complexidade e a inter-relação entre essas dimensões. O núcleo não se resume apenas ao que é feito, mas também ao porquê e ao como, envolvendo uma reflexão mais profunda sobre os fundamentos teóricos que orientam as práticas. Assim, para uma compreensão mais abrangente e significativa, é essencial integrar a descrição das ações com uma análise dos princípios e objetivos que sustentam essas práticas.

Dessa forma, cremos ser possível uma visão mais completa e articulada do que compõe esse núcleo, permitindo que as práticas sejam entendidas em um contexto mais amplo e fundamentado.

Destaca-se que o núcleo profissional da Terapia Ocupacional em saúde mental vem sendo objeto de investigação aprofundada por pesquisadores da área, como evidenciado pelas discussões nos Grupos de Trabalho (GT) de Saúde Mental do Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional (SNPTO). Essas discussões têm revelado que, apesar da significativa contribuição da Terapia Ocupacional para o conhecimento no campo da saúde mental, são escassos os estudos que oferecem contribuições específicas dessa disciplina para o campo.

Para entender o núcleo profissional, consideramos as reflexões de Campo (2000), que problematiza a questão e apresenta achados teóricos indicando que esse núcleo pode ser visto como uma delimitação de um campo específico de conhecimento e prática profissional. No entanto, é importante reconhecer que algumas dessas concepções e discussões podem apresentar certa fragilidade e, por vezes, incertezas ao abordar esse tema. Apesar da necessidade de cautela em relação às certezas estabelecidas neste contexto, entende-se que:

no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada (Campos, 2000, p.221).

Quando se trata da prática da Terapia Ocupacional em saúde mental, é essencial considerá-la em um campo onde os diversos fazeres profissionais se interconectam em uma clínica comum/compartilhada. Conforme destacado por Paim (2006), é através da prática profissional que é possível uma aproximação com o núcleo específico da profissão.

Na prática da Terapia Ocupacional, observa-se uma intersecção significativa de objetivos e ferramentas com o campo da saúde mental, o que sugere a existência de um núcleo profissional dinâmico e multifacetado. O debate em torno desse núcleo específico, longe de buscar verdades absolutas, explora as possibilidades de aprofundar a compreensão de como os terapeutas ocupacionais aplicam o conhecimento específico da profissão em suas intervenções diárias nos serviços de saúde mental públicos. Essa reflexão não apenas enriquece a prática clínica, mas também contribui para o desenvolvimento contínuo da Terapia Ocupacional como um campo vital na promoção da saúde mental e do bem-estar dos indivíduos.

Os esforços dos terapeutas ocupacionais para delimitar a área profissional do conhecimento se concretizam quando o núcleo profissional é delineado por práticas que

incorporam tecnologias inovadoras nas intervenções terapêuticas ocupacionais. Essas práticas são apresentadas e incluem o uso de atividades expressivas para explorar e processar experiências, a identificação de papéis ocupacionais, e a criação de estratégias para lidar com desafios através de iniciativas como geração de renda, autocuidado, oficinas terapêuticas, e promoção da autopercepção, autonomia e fortalecimento das redes sociais de suporte (Oliveira; Ferigato, 2019).

Observa-se que o núcleo profissional da Terapia Ocupacional se define ainda mais claramente quando a prática terapêutica é enriquecida por oficinas terapêuticas e atividades do cotidiano que promovem uma conexão genuína com as pessoas. Essas atividades são impulsionadas pelo desejo criativo e promovem formas de convivência e encontros que não apenas reinventam territórios, mas também tecem estratégias eficazes para lidar com situações de violências e outras adversidades (Prodócimo; Milek; Ferigato, 2018).

No contexto da Terapia Ocupacional, é fundamental destacar a ênfase na expansão do cotidiano como meio de promover a inserção social e a autonomia. De acordo com Assad, Pedrão e Cirineu (2016), o cerne da Terapia Ocupacional reside nas propostas e estratégias desenvolvidas a partir das atividades do dia a dia. Para esses autores, a especificidade da Terapia Ocupacional, ao focalizar o cotidiano como o principal espaço de intervenção, alinha-se com os princípios do novo paradigma de cuidado em saúde mental, contribuindo significativamente para os processos de reabilitação psicossocial.

Bueno *et al.* (2021) identificaram que as práticas centrais do núcleo profissional, quando aplicadas ao campo da infância, estão focadas no desenvolvimento e na aquisição de habilidades, destacando o brincar como elemento fundamental devido à sua importância para o cotidiano e o desenvolvimento infantil. Em consonância, Táparo (2023) enfatiza que as atividades essenciais da Terapia Ocupacional no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes envolvem intervenções centradas nas ocupações, nas atividades da vida diária, nas rotinas e no cotidiano dos indivíduos. Isso inclui uma abordagem integral dos sujeitos, colaboração em redes interdisciplinares e intersetoriais, manejo de crises e intervenção em casos graves e complexos de sofrimento psíquico.

Trevisan *et al.* (2023) destacam que as intervenções territoriais na prática da Terapia Ocupacional em saúde mental são uma colaboração coletiva das equipes, fundamentadas no conceito de cotidiano, central no arcabouço teórico-prático da profissão. Essas intervenções são potencializadas pela atuação no território e na organização das atividades diárias das pessoas, conferindo aos terapeutas ocupacionais uma segurança diferenciada em comparação com outros profissionais. As autoras ressaltam que, através da sensibilidade característica dos terapeutas

ocupacionais, emerge uma perspectiva única de abordagem que não se limita necessariamente a ações ou intervenções específicas, mas à capacidade de perceber e potencializar a vida. As práticas técnicas da Terapia Ocupacional são orientadas por um compromisso com as transformações sociais, pelo entendimento profundo do sujeito em sofrimento psíquico e pela adaptação às singularidades de cada caso.

Gozzi e Lussi (2013) identificaram que as demandas direcionadas aos terapeutas ocupacionais nos serviços de saúde envolvem diversos aspectos fundamentais para a vida diária, como autonomia e independência, inserção social, ocupação produtiva, gestão do tempo livre e cuidado emocional. Essas necessidades são abordadas por meio de intervenções detalhadas que consideram áreas específicas de desempenho, como a rotina, os hábitos diários, aspectos cognitivos, organização de interesses pessoais, e atividades tanto básicas quanto instrumentais da vida diária.

As autoras ressaltam, ainda, a importância de integrar a Terapia Ocupacional à ocupação, pois as ocupações são centrais nesse campo profissional quando pensadas como atividades diárias ativas e significativas para as pessoas. Esse enfoque não apenas promove a independência funcional, mas também fortalece a qualidade de vida dos indivíduos ao facilitar sua participação plena na sociedade.

Ao longo dos anos, a Terapia Ocupacional no Brasil tem se destacado em diversos cenários de atuação, inicialmente focada nas ciências da saúde e suas problemáticas e, ao longo do tempo, expandindo seu domínio técnico-científico para outras áreas, como o campo social, educacional, cultural, ambiental, entre outros. Esse desenvolvimento reflete o engajamento contínuo de profissionais e pesquisadores da área, dedicados a aprimorar o conhecimento técnico-científico e político que permeia a profissão e suas práticas. Essa evolução possibilita à Terapia Ocupacional contribuir de maneira significativa em diferentes contextos, integrando-se de forma cada vez mais ampla e eficaz no cuidado e na promoção da saúde mental e bem-estar dos indivíduos.

É importante destacar e retomar, nesta discussão, que no campo da saúde mental, em meio às produções intercambiantes, os esforços de uma ação terapêutica estão voltados para a atenção e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, seus familiares e suas redes sociais. Costa-Rosa (2003) destaca a “integração em profundidade” dos saberes neste campo. Para o autor, esta integração se contrapõe à lógica manicomial, em uma atitude transdisciplinar que está em sintonia com a ética correspondente aos efeitos do Paradigma Psicossocial. Nesse sentido, compreende-se que a produção de cuidado em saúde mental se dá em meio a desterritorialização do agir profissional através do ato coletivo de um trabalho em equipe.

Nessa perspectiva, ao examinar a prática específica da Terapia Ocupacional na saúde mental dentro do funcionamento do campo, identifica-se um exercício profundo de engajamento com os desafios constantes da profissão ao afirmar-se como ciência. Reconhecendo-se em um campo de conhecimento e intervenção, suas metodologias são direcionadas a intervenções territoriais e comunitárias, buscando se integrar de maneira significativa no cuidado e na promoção do bem-estar dos indivíduos.

Reconhecendo a complexidade e a interconexão de diversos aspectos que permeiam o campo da saúde mental, torna-se crucial articular as competências profissionais de forma integrada. Nesse contexto, surgem questionamentos importantes: Qual tem sido a contribuição específica da Terapia Ocupacional para este campo tão diversificado e desafiador? Quais são as características distintivas da Terapia Ocupacional no contexto da saúde mental brasileira? Como os profissionais de Terapia Ocupacional podem melhor mediar as demandas emergentes desse campo, alinhando-se aos objetivos específicos da profissão no âmbito da saúde mental?

É fundamental destacar que, nessa abordagem de trabalho, o terapeuta ocupacional precisa se aproximar dos seus aspectos subjetivos peculiares, característicos do seu processo de subjetivação como profissional de saúde mental (Constantinidis; Cunha, 2017). Apesar dos avanços alcançados tanto na produção de conhecimento quanto na prática profissional, ainda é evidente a necessidade premente de aprofundar a compreensão sobre o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no contexto da saúde mental. Este estudo se propõe a explorar um terreno ainda pouco percorrido pelos profissionais e pesquisadores da área, que é o debate sobre o núcleo profissional nas intervenções realizadas em saúde mental no Brasil.

Como consideração final e crucial desta seção, é fundamental afirmar que este estudo não tem como objetivo estabelecer uma definição sobre a identidade da profissão de Terapia Ocupacional, tampouco fazer afirmações universalizantes, pois reconhecemos que estamos lidando com uma profissão dinâmica, em constante reflexão sobre seus campos de atuação e revisão contínua de suas práticas — afinal, concordamos com Constantinidis e Cunha (2017) quando afirmam que uma identidade demasiadamente definida pode dificultar a implementação da horizontalidade nas relações com todos os envolvidos no processo de cuidado. A rigidez dessa identidade tende a restringir as ações do profissional, perpetuando posturas e intervenções que podem não ser adequadas para fomentar iniciativas coletivas e criativas. É justamente a ausência de fronteiras claras que delimitam nosso campo de atuação na saúde mental que nos permite estar abertos à imanência desse campo, facilitando nossa colaboração para fortalecer a produção coletiva.

4 OBJETIVO GERAL

Analisar a prática específica da Terapia Ocupacional em saúde mental, considerando a perspectiva de terapeutas ocupacionais que atuam em serviços integrados à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

5 MÉTODO

Trata-se de um estudo não experimental, transversal, exploratório-descritivo, com amostra de conveniência, segundo a participação voluntária de 53 terapeutas ocupacionais trabalhadores da RAPS.

Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial descrever as características de uma população específica e estabelecer relações entre variáveis relevantes. Esse tipo de pesquisa possibilita investigar a distribuição demográfica de um grupo, como idade, gênero e nível de escolaridade, além de levantar opiniões, atitudes e crenças prevalentes dentro dessa população. A abordagem qualitativa proporciona uma compreensão detalhada dos fenômenos estudados, enquanto a abordagem quantitativa oferece a possibilidade de generalização dos resultados para uma população maior. Integrar essas duas abordagens permite uma análise mais abrangente e profunda dos dados coletados, resultando em uma compreensão mais completa dos aspectos investigados no estudo.

Selltiz *et al.* (1965) apontam que, nesse caminho, é possível agrupar um grande conjunto de interesses, uma vez que, do ponto de vista da pesquisa, apresentam importantes características comuns, pressupondo conhecimentos anteriores do problema pesquisado. Em complemento à proposta, Gil (1999) aponta que as pesquisas descritivas, associadas às exploratórias, comumente são utilizadas uma vez que os pesquisadores demonstram preocupações com a atuação prática. Turato (2005) argumenta que a metodologia qualitativa aplicada à saúde não busca apenas estudar o fenômeno em si, mas compreender o significado que esse fenômeno possui no âmbito individual ou coletivo, uma vez que esses significados estruturam a vida das pessoas, que organizam suas experiências a partir dessas atribuições de significado. Gil (1999) complementa essa visão ao destacar que essa abordagem permite uma análise profunda das questões relacionadas ao fenômeno estudado, facilitando a identificação dos eixos comuns do problema e mantendo-se aberta às suas diversas variantes.

Portanto, este estudo adota uma abordagem qualitativa, que permitirá uma análise estruturada e abrangente do fenômeno pesquisado, explorando os aspectos qualitativos de maneira integrada.

5.1 Aspectos éticos

Este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), seguindo como base as

diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Somente após a aprovação⁴ deu-se início ao seu desenvolvimento.

5.2 Composição da Amostra

A presente pesquisa se deu em uma etapa, sendo que a composição da amostra se configurou da maneira descrita a seguir.

Participaram, no total, 53 profissionais terapeutas ocupacionais que trabalham nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de todo o território brasileiro. Ressalta-se que, para esta pesquisa, a compreensão da RAPS se deu a partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que é composta pelos seguintes equipamentos: Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura; CAPS I; CAPS Adulto II; CAPS Adulto III; CAPS AD II; CAPS AD III; CAPS AD IV; CAPSij II; CAPSij III; CAPSADij; Sala de Estabilização; UPA 24hrs; Portas Hospitalares de atenção à urgência e emergência; Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Transitório; Enfermaria Especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

A composição se deu a partir de convite eletrônico enviado por meios digitais, como grupos de terapeutas ocupacionais existentes no WhatsApp, sendo esse canal o maior difusor da pesquisa. Foi, ainda, solicitado apoio dos órgãos representativos da classe profissional, como os 18 Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Brasil (CREFITOs), a Rede de Ensino e Pesquisa de Terapia Ocupacional (RENETO) e da Associação Brasileira de Terapia Ocupacional (ABRATO) para o compartilhamento da pesquisa com os seus associados. Apenas um dos 18 CREFITOs e a RENETO responderam de forma positiva, compartilhando a pesquisa em suas redes sociais e suas *mailing lists*.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes:

- a) estar em concordância com o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido;
- b) ter idade mínima de 18 anos;

⁴ Parecer substanciado emitido pelo CEP com aprovação do projeto de pesquisa sob o Número do Parecer: 6.078.888, CAAE: 68275023.0.0000.5504

- c) ser terapeuta ocupacional que atua no campo da saúde mental brasileira e que trabalhe nos equipamentos da RAPS, conforme descrito anteriormente.

5.3 Local de Realização da Pesquisa

A presente pesquisa foi conduzida de maneira online, utilizando a plataforma Google Forms, o que permitiu que os participantes preenchessem o questionário sem a necessidade de estarem em um local específico. Esse método virtual foi adotado para facilitar a participação de profissionais de diversas regiões do Brasil.

É importante ressaltar que este estudo não possui vínculos com os equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Portanto, a participação dos indivíduos foi voluntária, sendo uma decisão exclusiva de cada participante. O anonimato dos respondentes foi rigorosamente preservado durante todo o processo de coleta de dados.

5.4 Questionário:

O questionário (Apêndice B) inicia com uma apresentação do estudo seguida pelo Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE, Apêndice A), no qual os participantes tinham acesso às informações detalhadas sobre a pesquisa e seus aspectos éticos. O RCLE era assinado virtualmente através de um ícone de preenchimento obrigatório. Somente após o consentimento dos participantes para participar da pesquisa era possível ter acesso ao questionário.

O questionário elaborado incluía questões sociodemográficas destinadas a mapear informações como gênero, identidade de gênero, raça, idade, tempo desde a formação acadêmica, formações complementares, local de atuação atual e tempo de experiência no campo da saúde mental. Essas questões eram respondidas através de opções de múltipla escolha. Em seguida, os participantes eram convidados a responder quatro perguntas abertas e obrigatórias que visavam compreender suas reflexões sobre o campo e o núcleo da profissão na área da saúde mental, além de exemplificar suas práticas profissionais.

5.5 Construção e adequação do questionário

A elaboração do questionário se deu a partir dos objetivos apresentados, sendo discutido e organizado a partir de encontros virtuais com a professora orientadora da pesquisa.

Posteriormente, solicitou-se que três terapeutas ocupacionais especialistas na área avaliassem o conteúdo, considerando os objetivos da pesquisa.

Após as avaliações e ajustes sugeridos pelos especialistas, o questionário foi enviado para cinco terapeutas ocupacionais que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para uma fase de teste. O objetivo dessa etapa foi verificar a viabilidade e aplicabilidade do questionário em relação aos objetivos da pesquisa, além de avaliar a clareza das informações contidas e o tempo aproximado necessário para o preenchimento completo do formulário. Com base nos feedbacks recebidos, foram feitos ajustes adicionais no instrumento, resultando no questionário final disponibilizado nos meios de comunicação informados.

5.6 Coleta de Dados:

O questionário esteve disponível para compartilhamento e preenchimento entre maio e novembro de 2023, registrando os picos de respostas nos meses de maio, junho e setembro, conforme os dados coletados através de uma planilha do Microsoft Office Excel®. Foram obtidas 53 respostas válidas que foram incluídas para análise. Os picos de preenchimento observados nos meses mencionados ocorreram devido a novas divulgações do questionário nos grupos exclusivos de terapeutas ocupacionais no WhatsApp.

5.7 Análise dos Dados

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

Os dados qualitativos, resultantes da análise das questões abertas, foram analisados com auxílio do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que consiste em um “programa informático gratuito, que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras” (Camargo; Justo, 2013, p. 513).

A construção do material textual, obtido a partir das questões abertas desta pesquisa, foi organizada utilizando o software de corpus textual, seguindo as orientações do tutorial do programa para gerar uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que melhor será explicado à frente. A análise conduzida pelo Software IRaMuTeQ resultou na criação de um dendrograma (Camargo; Justo, 2013), que oferece insights sobre a distribuição das classes e

classifica os segmentos de texto com base em seus vocabulários específicos. Além disso, o software possibilita a recuperação dos segmentos de texto associados a cada classe no corpus original (Constantinidis; Matsukura, 2021), facilitando a análise qualitativa do contexto no qual as palavras e conceitos foram utilizados (Camargo; Justo, 2013).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para proporcionar uma melhor visualização dos resultados e fundamentar as discussões, este estudo apresentará os dados adquiridos de forma organizada. Inicialmente, serão expostos os dados sociodemográficos, destacando o perfil dos profissionais que participaram da pesquisa na primeira etapa. Em seguida, serão apresentados os resultados das questões abertas, analisados pelo IRaMuTeQ, seguidos das discussões baseadas nas classes identificadas. Essa estrutura permitirá uma compreensão detalhada dos achados e uma análise crítica das respostas obtidas.

6.1 Caracterização das/dos terapeutas ocupacionais participantes

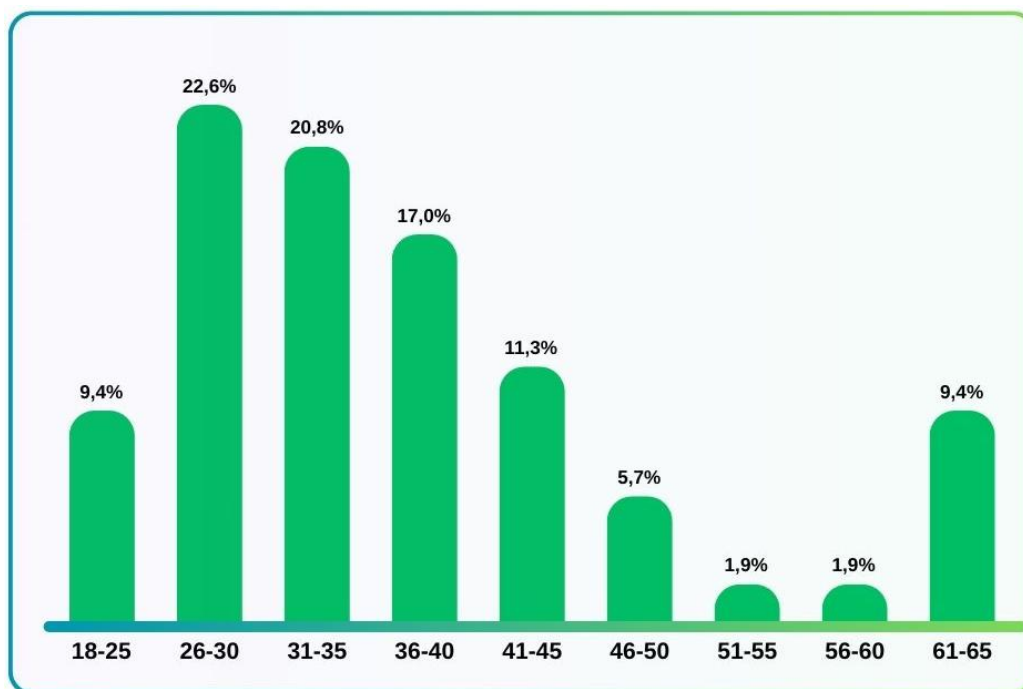
Das respostas obtidas no formulário, 92,5% indicaram identificação com o gênero feminino, enquanto 7,5% se identificaram com o gênero masculino. Dentro desse grupo, 86,8% se identificaram como mulheres, 7,5% como homens cisgêneros e 5,7% preferiram não identificar sua identidade de gênero. Esses dados iniciais refletem a trajetória histórica da profissão, conforme já explicitado em outros estudos específicos sobre a temática. Segundo Benetton apud Figueiredo *et al.* (2018), a Terapia Ocupacional surgiu, ainda que de forma incipiente, a partir da década de 1950, com as mudanças nos padrões culturais que levaram à entrada das mulheres no mercado de trabalho. No contexto do desenvolvimento histórico da profissão no Brasil, influenciado pelo modelo americano, percebe-se que a ideia de uma profissão majoritariamente feminina também se consolidou (Figueiredo *et al.*, 2018).

Quanto à questão racial, 58,5% dos participantes identificaram-se como brancos, 20,8% como pardos, 15,1% como pretos e 5,7% como amarelos. Embora esse não seja o foco principal desta pesquisa, os dados refletem uma estrutura da profissão que enfrenta desafios significativos, dado o grande número de profissionais identificados como brancos. Essa realidade está alinhada com os achados de Laborne (2017), que argumenta que os espaços acadêmicos são frequentemente reproduções de pactos que sustentam os recursos materiais e simbólicos da branquitude. Nesse sentido, Porto e Silva (2023) instigam os campos e os núcleos a refletirem sobre a questão racial, considerando a cor das pessoas atendidas pela Terapia Ocupacional e as que são marginalizadas nos contextos de saúde dos trabalhadores e em seus processos históricos.

Em relação à idade, nota-se que, no momento da resposta ao questionário, grande parte dos participantes da pesquisa tinha entre 26 e 30 anos (22,6%), seguido de pessoas com idade

entre 31 e 35 anos (20,8%) e 36 e 40 anos de idade (17%), conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1 — Idade dos Participantes

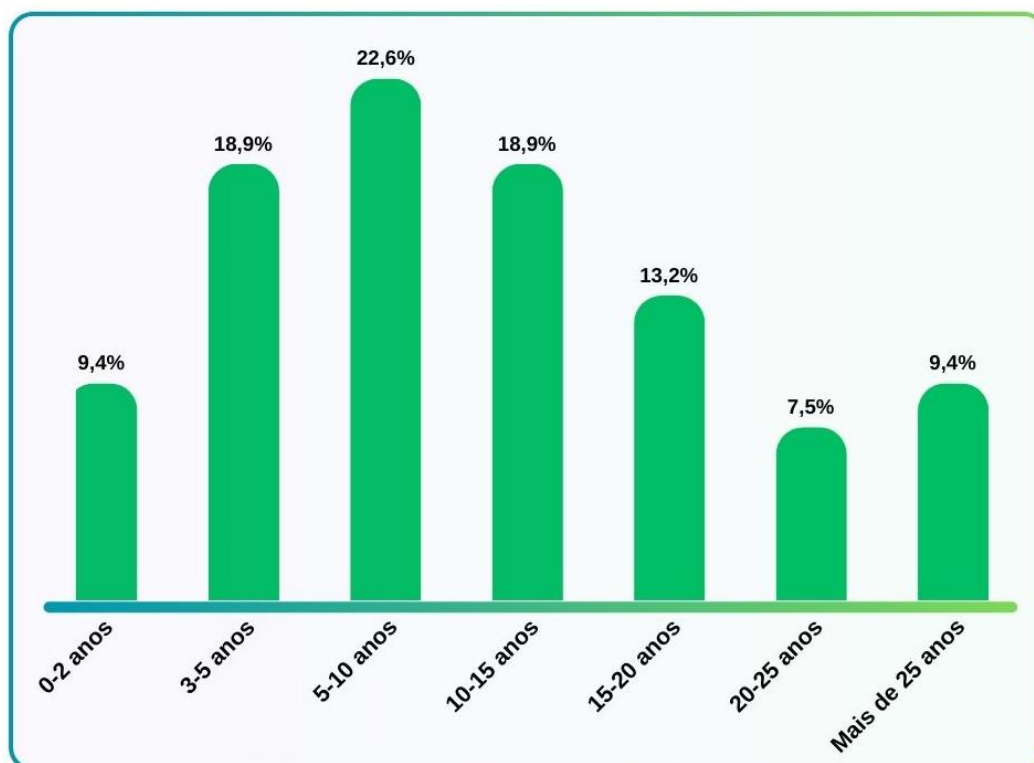


Fonte: Elaboração Própria

Em relação ao tempo de formação em Terapia Ocupacional, observa-se uma variabilidade interessante, com a maioria dos participantes (22,6%) tendo se formado entre cinco e dez anos antes da coleta. Houve uma proporção semelhante entre aqueles formados entre três e cinco anos antes (18,9%) e os formados entre dez e quinze anos antes (18,9%), conforme ilustrado na Figura 2. Quanto aos cursos de pós-graduação, 94,3% dos participantes indicaram possuir algum título de pós-graduação em alguma área do conhecimento, enquanto 5,7% disseram não possuir esse tipo de formação.

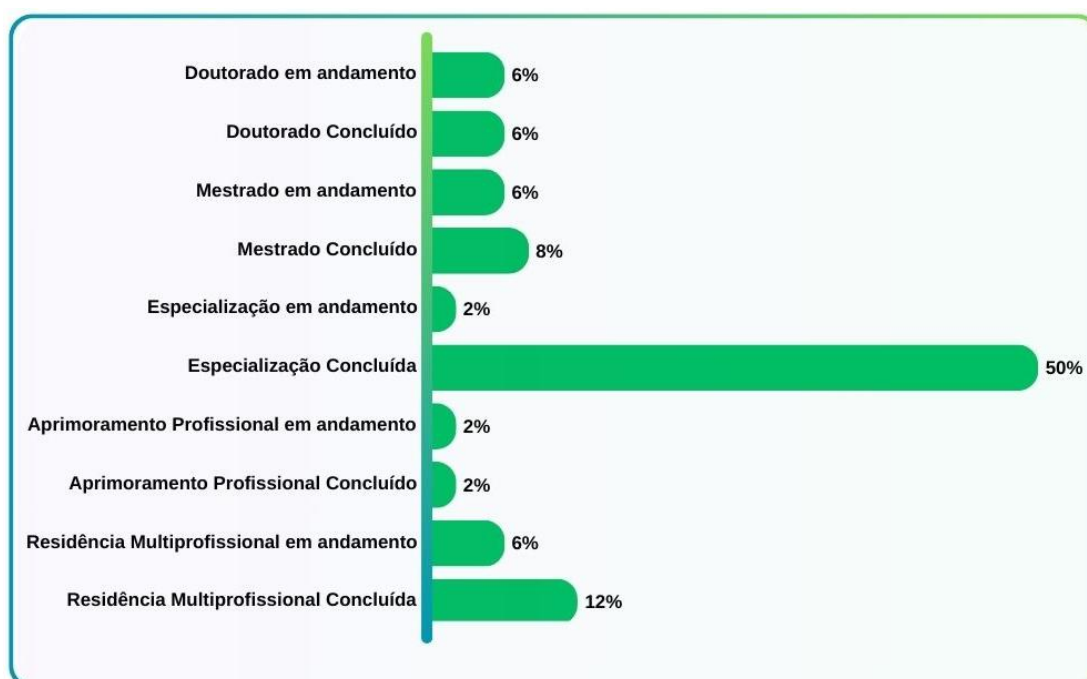
Os cursos de pós-graduação mencionados pelos participantes da pesquisa foram categorizados com base nas diversas opções disponíveis no campo da formação, excluindo-se os cursos de *Master of Business Administration* (MBA). A maior prevalência ocorreu nos cursos de especialização concluída (50%), conforme ilustrado na Figura 3. Os participantes foram solicitados a nomear as pós-graduações realizadas e, entre as respostas, identificou-se que terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental frequentaram cursos tanto na área de Terapia Ocupacional quanto em outras disciplinas, como educação, psicologia, saúde coletiva, arteterapia, terapias holísticas, neuropediatria, contexto hospitalar, terapia de mão, neonatologia, incluindo doutorados em psicologia clínica e Terapia Ocupacional.

Figura 2 — Tempo de Formação em Terapia Ocupacional



Fonte: Elaboração Própria

Figura 3 — Pós-Graduação



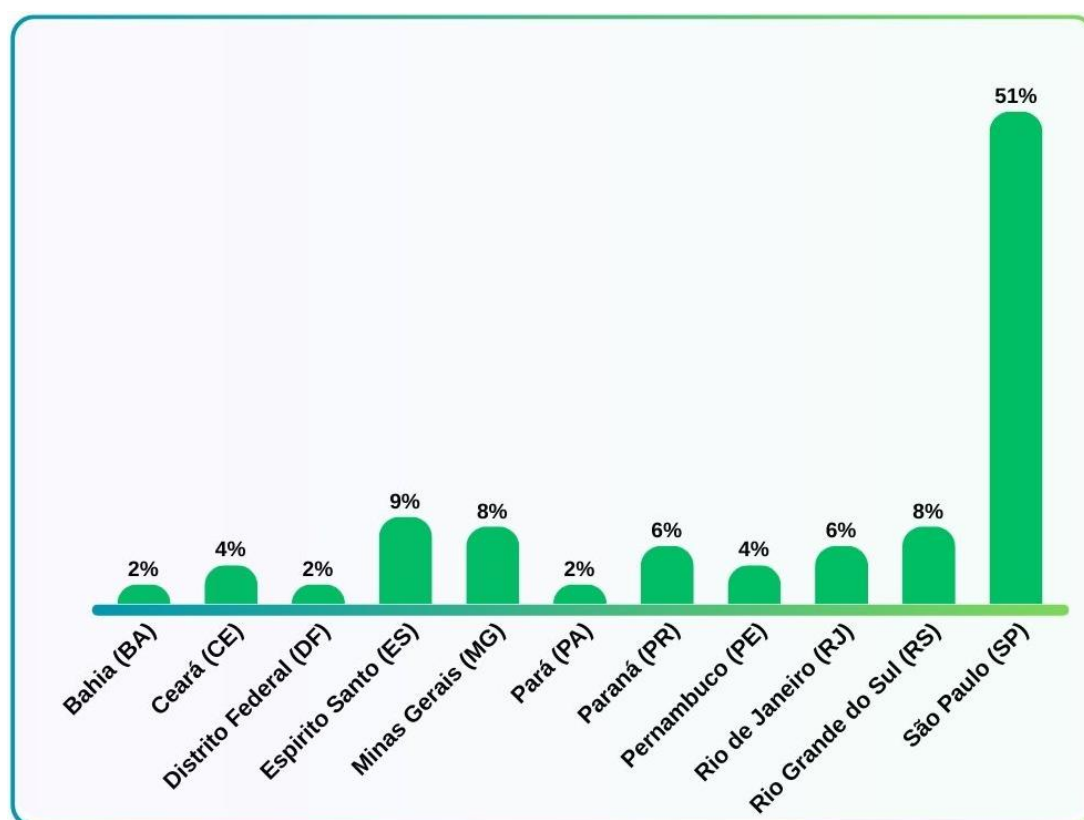
Fonte: Elaboração Própria

Quanto ao estado de atuação dos participantes, observa-se uma maior concentração de terapeutas ocupacionais em São Paulo (51%), seguido por Espírito Santo (9%) e Rio Grande do Sul (8%), conforme ilustrado na Figura 4. Esses dados corroboram as informações disponíveis no site da RENETO (2020), que menciona a existência de 34 cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, com a maior concentração na região Sudeste, sendo nove dos 14 cursos localizados no estado de São Paulo.

Esse é um cenário que demanda discussão urgente e detalhada, pois os resultados evidenciam a escassez de profissionais de Terapia Ocupacional em diversos territórios, resultando em uma lacuna na assistência terapêutica ocupacional para a população brasileira. Em 2016, durante uma reunião da Comissão de Legislação Participativa, a Deputada Erika Kokay mencionou

A falta de terapeutas ocupacionais para suprir a demanda nas políticas públicas tem sido reiterada de forma constante. Existe uma necessidade de suprir a carência de terapeutas ocupacionais no Brasil, ressaltando os estados onde não existe nenhum curso, como o Amazonas, com toda sua imensa área geográfica, assim como, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Acre, Amapá, Tocantins, e nas regiões interioranas de todo o País (Agência Câmara de Notícias, 2016).

Figura 4 — Estado de Atuação



Fonte: Elaboração Própria

Essa questão merece uma análise aprofundada e serve como um alerta para futuras investigações. Embora não seja o foco principal deste estudo, é crucial destacar uma preocupação emergente para o futuro da profissão. Conforme referenciado pela presidenta à época da RENETO durante a mesma audiência, Prof^a Dr^a Ana Paula Malfitano “estamos falando do acesso e da garantia aos bens sociais que a sociedade decidiu como incorporado para sua população” (Agência Câmara de Notícias, 2016).

Quanto ao tempo de atuação na RAPS, há uma predominância maior, entre os participantes da pesquisa, de profissionais terapeutas ocupacionais com tempo de atuação entre zero e dois anos (22,6%), seguido de cinco a dez anos (20,8%) e dez a quinze anos (18,9%), conforme demonstrado na Figura 5. Os dados revelam que os terapeutas ocupacionais têm desempenhado um papel crucial e contínuo nesta rede, assegurando a prestação dos serviços de Terapia Ocupacional conforme orientado pelas políticas públicas de saúde e saúde mental. Esse percurso demonstra um compromisso firme com a assistência terapêutica ocupacional e sua contribuição para a promoção do bem-estar e qualidade de vida da população atendida.

Figura 5 — Tempo de Atuação na RAPS

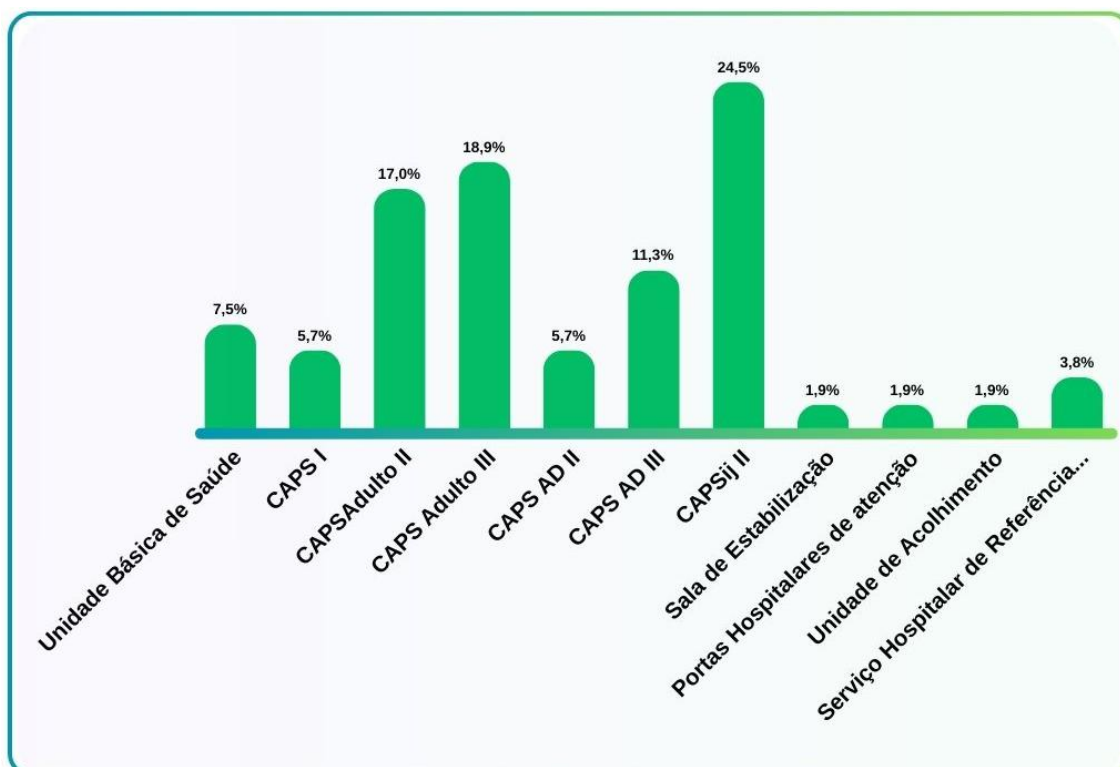


Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados sobre em quais equipamentos da RAPS os participantes da pesquisa atuavam, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) demonstraram ser o local de maior atuação de terapeutas ocupacionais na realidade brasileira. Nesse cenário, os CAPS na

modalidade II para infância e adolescência aparecem com maior prevalência entre os participantes (24,5%), seguido dos CAPS na modalidade III para adultos (18,9%) e CAPS na modalidade II para adultos, conforme demonstrado na figura 6. Informa-se, ainda, que os demais equipamentos componentes da RAPS não foram citados pelos participantes na pesquisa, mesmo sendo descritos em formulário e, por esse motivo, não aparecem na Figura 6.

Figura 6 — Local de Atuação Profissional



Fonte: Elaboração Própria

Com o processo de desinstitucionalização, os CAPS surgiram como a principal estratégia da RPB diante das necessárias transformações no modelo assistencial em saúde mental no território brasileiro (Leal; Antoni, 2013). Onocko e Furtado (2006) definem os CAPS como equipamentos comunitários e territoriais destinados a fornecer assistência por meio de abordagens individuais ou grupais integradas a um projeto terapêutico singular, concebido de maneira colaborativa com todos os envolvidos nos processos de cuidado. As autoras destacam a necessidade de os CAPS se tornarem efetivamente novos dispositivos que rompam com as estruturas teóricas e práticas dos modelos hospitalares, exigindo um verdadeiro rompimento com lógicas éticas, políticas e teóricas do modelo anterior.

Segundo Ribeiro e Machado (2008), a nova lógica de funcionamento dos serviços no campo da saúde mental convoca os profissionais a um reposicionamento político diante da

exclusão histórica dos usuários.

Barros (2010) destaca que a Terapia Ocupacional assumiu um papel de grande relevância dentro da RPB, contribuindo significativamente para a construção de novas práticas no campo da saúde mental. Shimoguri e Costa Rosa (2017) mencionam que os terapeutas ocupacionais participaram ativamente do movimento reformista, contribuindo para a inauguração do primeiro CAPS do Brasil em São Paulo e dos Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos. Esses estabelecimentos, que são representativos máximos da RPB, destacam-se pela forte presença de profissionais de Terapia Ocupacional entre os profissionais que compõem o quadro de trabalhadores.

Esse pensamento é congruente com o dado apresentado e explica o elevado número de terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa, que desenvolvem suas práticas nos CAPS. Isso se deve ao fato de que o trabalho desses profissionais está estreitamente alinhado aos objetivos dos serviços, promovendo a ampliação do cuidado centrado na vida cotidiana das pessoas e na transformação de seus contextos sociais. Conforme observado por Ribeiro e Machado (2008), essa abordagem se traduz em práticas concretas de emancipação e autonomia, o que resulta em um aumento na qualidade de vida dos usuários.

6.2 Análise das questões abertas

Seguindo com os resultados obtidos, a próxima subseção apresentará os dados das questões abertas aplicadas no questionário, detalhando sua composição e análise realizada com o auxílio do software Iramuteq. São elas:

- a) Conte sua rotina de trabalho como terapeuta ocupacional, sobre as atividades que você desenvolve, suas ações de cuidado em saúde mental.
- b) A partir da sua experiência, comente e explique quais ações ou práticas no campo da saúde mental que mais necessitam da ação de um/uma terapeuta ocupacional.
- c) O que você entende que seja atribuição específica do/da terapeuta ocupacional, ou seja, que é de competência exclusiva do/da terapeuta ocupacional no trabalho de atenção e cuidado em saúde mental?
- d) Frente às suas experiências profissionais no campo da saúde mental, em quais situações é mais comum solicitarem a intervenção específica de um/uma terapeuta ocupacional? Comente, por favor.
- e) Na sua opinião, quais as potencialidades do trabalho do/da terapeuta ocupacional na saúde mental?

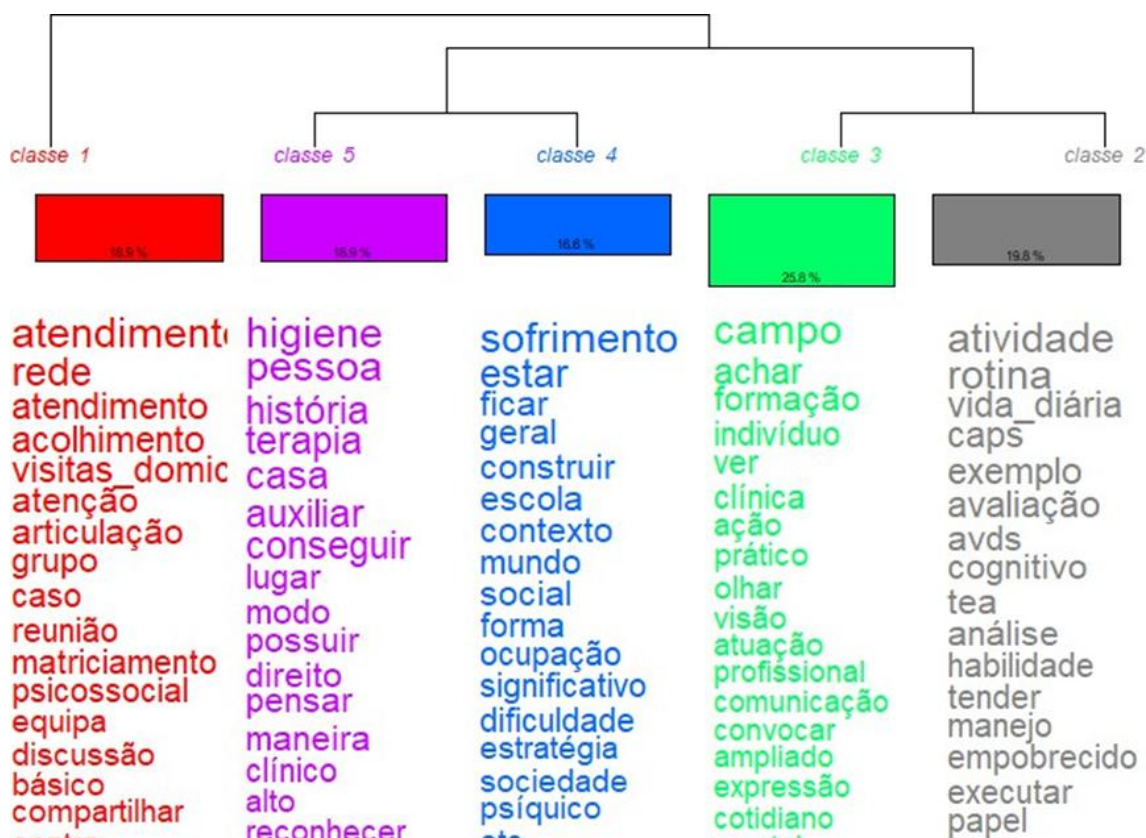
Os resultados das questões abertas do questionário aplicado aos participantes da pesquisa são demonstrados na Figura 7, através do dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus “Questões abertas”. A CHD classifica o texto em função dos seus respectivos vocabulários, obtendo-se assim as classes dos textos, com vocabulários próximos entre si. A partir dessas análises em matrizes, o software organiza a análise dos dados em uma representação gráfica (dendrograma da CHD), que ilustra as relações entre as classes. (Justo; Camargo, 2014)

Para este estudo, a análise mostrou-se um método promissor, permitindo uma exploração detalhada e descritiva dos resultados obtidos. Conforme Justo e Camargo (2014), ao identificar semelhanças estatísticas entre palavras, é possível reconhecer padrões repetitivos de linguagem. Dessa forma, ao buscar uma compreensão mais profunda do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no contexto da saúde mental, explorar esses padrões linguísticos pode revelar caminhos pertinentes para esta pesquisa. Com base no tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ (Camargo; Justo, 2013), este estudo seguiu as seguintes etapas para realizar a Análise de Classificação Hierárquica (ACH) das questões abertas: o corpus de análise foi preparado inicialmente, consolidando todas as respostas das questões abertas em um único documento de texto, formatado em um bloco de notas. Cada resposta foi separada por uma linha de comando padrão (**** * Quest_14; **** * Quest_15; **** * Quest_16; **** * Quest_17 e **** * Quest_18). As perguntas originais foram excluídas, mantendo apenas as respostas fornecidas pelos participantes. Posteriormente, foram realizadas correções textuais para corrigir erros de digitação, pontuação e para unir palavras compostas, como “atendimento grupal” passando para `atendimento_grupal`, e “atendimento individual” para `atendimento_individual`, por exemplo, no sentido de as palavras não serem consideradas separadamente na análise do software.

A partir dessa preparação, os segmentos textuais foram apresentados em classes. O processamento do corpus foi realizado em 0,17s, havendo o aproveitamento de 74,83% do total do corpus. Após o processamento, é possível, na aba resultado, a leitura do dendrograma das classes, apresentado na Figura 7. A leitura correta do dendrograma é da esquerda para a direita e as classes, por sua vez, foram originadas mediante as partições, sendo, portanto, observado que o corpus principal foi subdividido em dois subcorpora. No primeiro, obtém-se a classe 1, que correspondeu a 18,9% do aproveitamento textual. O segundo subcorpus, por sua vez, foi ainda subdividido em mais dois subcorpora, havendo a junção das classes 2 e 3, correspondentes a 19,8% e 25,8%, respectivamente, do aproveitamento textual, e as classes 4 e 5,

correspondentes a 16,6% e 18,9% do aproveitamento textual, respectivamente.

Figura 7 — Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus final mediante análise do software Iramuteq



Fonte: Iramuteq.

O dendrograma mostra uma primeira partição do corpus em dois subcorpora, ficando de um lado as classes 1 (subcorpus 1) e, de outro, as classes 2, 3, 4 e 5. Em uma segunda partição, ficam de um lado a classe 4 e a classe 5 (subcorpus 2) e, de outro, as classes 2 e 3 (subcorpus 3).

O subcorpus 1 evidencia as estratégias predominantes no cenário comum da saúde mental brasileira. A análise realizada, com foco nas repetições das palavras e suas posições nas frases dos participantes, indica a interação dos terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental, colaborando com outras práticas profissionais e compartilhando suas ações de maneira colaborativa.

O subcorpus 2 traz os aspectos teóricos, políticos e metodológicos fundamentais da Terapia Ocupacional no contexto da saúde mental brasileira, abordando os fundamentos necessários para lidar com os processos de sofrimento psíquico das pessoas, considerando os diversos desafios envolvidos nesse processo (Classe 4). Traz também a interação no campo,

que pode ser compreendida através das diversas respostas que o campo exige e que são demandadas dos terapeutas ocupacionais nos cuidados prestados, contrastando com a percepção e a compreensão do que realmente constitui o objetivo profissional da Terapia Ocupacional (Classe 5).

No subcorpus 3, por sua vez, observa-se o contraste de perspectivas dos profissionais ao apresentarem suas narrativas, influenciadas por um contexto mais intrínseco à Terapia Ocupacional, independentemente do campo específico de atuação, que dialoga com os princípios Terapia Ocupacional (classe 2) e sua associação com discussões que buscam delinear o núcleo profissional no campo da saúde mental sem ser necessariamente influenciada por fronteiras do exercício profissional (classe 3).

Baseando-se na composição das palavras predominantes, buscando-se representar as ideias de cada classe, foram elaborados nomes para cada classe (Carvalho *et al.*, 2020). As classes lexicais receberam as seguintes nomeações: classe 1: Campo; classe 4: Fundamentos; classe 5: Demandas e objetivos; classe 2: Núcleo técnico; classe 3: Delineamento do núcleo. Isso pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 — Subcorpus, classes e palavras

Subcorpus 1	Subcorpus 2		Subcorpus 3	
Classe 1 <i>Campo</i> 18,8%	Classe 5 <i>Demandas e objetivos</i> 16,6%	Classe 4 <i>Fundamentos</i> 18,9%	Classe 2 <i>Núcleo técnico</i> 19,8%	Classe 3 <i>Delineamento do núcleo</i> 25,8%
Palavra Atendimentos individuais Rede Atendimento Acolhimento Visita domiciliar Atenção Articulação Grupo Caso Reunião Matriciamento Psicossocial Equipe	Palavra Higiene Pessoa História Terapia Casa Auxiliar Conseguir Lugar Modo Possuir Direito Pensar Maneira Clínico Reconhecer	Palavra Sofrimento Estar Ficar Geral Construir Escola Contexto Mundo Social Forma Ocupação Significativo Dificuldade Estratégia Sociedade	Palavra Atividade Rotina Vida diária CAPS Exemplo Avaliação Cognitivo TEA Análise Habilidade Manejo Empobrecido Executar Papel Lazer	Palavra Campo Achar Formação Indivíduo Ver Clínica Ação Prática Olhar Visão Atuação Profissional Comunicação Convocar Ampliado Cotidiano

Fonte: Elaboração Própria

Com base nos dados obtidos, foram estabelecidas cinco categorias a partir das classes da CHD. Essas categorias são:

- a) Articulação da Terapia Ocupacional com o Campo;
- b) Fundamentos da Terapia Ocupacional na Saúde Mental;
- c) Demandas institucionais x Objetivos da Terapia Ocupacional em Saúde Mental;
- d) Núcleo Técnico da Terapia Ocupacional;
- e) Elementos que contribuem para o delineamento do Núcleo Profissional.

6.2.1 ARTICULAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM O CAMPO

A Classe 1, que abrange termos como *atendimentos individuais, rede, acolhimento, visita domiciliar*, entre outros, revela as ações da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, fundamentadas em uma prática clínica comum e em interação com as ações de outros profissionais. De acordo com Junior *et al.* (2023), essa interação configura um espaço singular no âmbito da saúde, um espaço de intercessão que surge entre aqueles que buscam cuidado e aqueles que o oferecem.

Para os autores, este espaço não é estático, mas um fenômeno dinâmico e vívido, no qual ocorre uma interseção contínua entre os mundos dos profissionais e dos usuários. Os participantes desse processo não saem do encontro inalterados; a experiência exige transformações e ajustes de todos os envolvidos. A interação nesse espaço cria um ambiente de troca e coconstrução que vai além da simples sobreposição de práticas. Na prática, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos às nuances e contextos específicos da vida dos sujeitos alvos de suas ações, conforme ilustrado no relato da terapeuta ocupacional 12:

Minhas ações estão associadas a estar perto, desde perto da equipe a perto do usuário, estar aberto, permitir trocar, escutar, perceber, identificar necessidades, dar tempo para um outro olhar que o dispositivo centro de atenção psicossocial permanece, seja em contexto dentro da instituição ou fora, nas ruas, no contexto da casa das pessoas atendidas (terapeuta ocupacional 12).

Nessa perspectiva, é importante que cada profissional seja capaz de navegar pelas diversas dimensões do cuidado, levando em consideração não apenas as necessidades imediatas, mas também os aspectos emocionais, sociais e culturais que moldam a experiência do cuidado. A intercessão, portanto, se manifesta como uma prática de articulação e mediação, onde o profissional atua como um facilitador que conecta e harmoniza essas múltiplas

dimensões.

Dessa forma, é possível observar e participar de um processo essencial para promover um cuidado mais integrado e personalizado, refletindo a complexidade e a fluidez das interações humanas no campo da saúde. A intercessão, com suas múltiplas e recíprocas afecções, não apenas enriquece a prática clínica, mas também contribui para uma compreensão mais profunda e integral do cuidado (Junior *et al.*, 2023).

Corroborando essa perspectiva, é evidente que, apesar da presença de interprofissionalidade no campo da saúde, a prática da Terapia Ocupacional mantém características próprias, conforme apresentado pelo seguinte relato da terapeuta ocupacional 11:

[...] juntamente a equipe do Centro de atenção psicossocial álcool e drogas, na construção do Projeto terapêutico singular, o qual reconstruímos planos de vida, buscamos restaurar ou fortalecer vínculos familiares e de rede de apoio, pensamos em espaços de circulação no território, estratégias de autonomia e independência nas atividades cotidianas, para que assim, esse usuário possa estar na vida, independente do seu uso de substância e sofrimento mental, podendo assim, pensar sobre e aprender a lidar de melhores formas, construindo sua forma de estar na vida e no mundo, através do ser e fazer (terapeuta ocupacional 11).

Conforme apresentado no relato da terapeuta ocupacional 47, entre as características próprias do trabalho da Terapia Ocupacional, destacam-se as preocupações voltadas para as configurações do cotidiano, que são fundamentais no trabalho da Terapia Ocupacional. Salles e Barros (2009) identificaram que, após a vivência do sofrimento mental, observa-se uma fragilidade nos laços sociais, que leva a dificuldades na restauração desses vínculos, tanto com familiares e amigos quanto com outras redes, como o ambiente de trabalho. A Terapia Ocupacional encontra seu espaço ao focar na análise do cotidiano dessas pessoas. É nesse contexto que é possível abordar as diversas ocupações presentes no dia a dia, as quais gradualmente contribuem para a reconstituição dos laços sociais e para o estabelecimento de um lugar social para o indivíduo.

Ainda para as autoras, mesmo em situações que parecem não oferecer alternativas, uma análise detalhada do cotidiano revela diversas micropossibilidades de atividades e inclusão social. Essas ocupações, embora frequentemente desvalorizadas em comparação a outras, ajudam a combater a sensação de vazio e desconexão. Além disso, mesmo sem remissão do sofrimento psíquico, é possível que o usuário desenvolva novas formas de autonomia e vínculos sociais, ao se engajar conscientemente com sua realidade e com o mundo ao seu redor. Para as autoras, a compreensão do cotidiano é fundamental para a elaboração das propostas desenvolvidas no território, desempenhando um papel crucial no alcance dos objetivos das

intervenções em Terapia Ocupacional.

Nesse sentido, as participantes destacam a importância de ações territoriais na composição deste cotidiano:

Atendimento de usuários como referência, articulações de rede com o objetivo de ampliar o cuidado, compreender o cotidiano, busco conhecer melhor o território, proposta de compartilhar grupos que façam sentido para a população atendida, atendimento aos usuários dos Serviços de residência terapêutica e suporte aos acompanhantes (terapeuta ocupacional 47).

Acolhimento, convivência, atividades no território, visita domiciliar e atividades de interesse e necessidade do usuário, atividades culturais, reuniões com os equipamentos que compõem a rede e supervisão de equipe (terapeuta ocupacional 16).

É importante notar que os objetivos e ações descritas por terapeutas ocupacionais participantes, conforme exemplificados acima, estão conectados com as metas específicas de uma abordagem psicossocial adotada pelas equipes em uma clínica comum. Nesse cenário, o acesso aos territórios se torna relevante, pois proporciona espaços onde as relações — tanto entre pessoas quanto entre pessoas e objetos — se tornam dinâmicas. Esses espaços, por sua vez, embora possam estabelecer relações de poder, também apresentam a capacidade de oferecer oportunidades para expressões individuais dos sujeitos. As dualidades presentes nesses ambientes podem abrir possibilidades para a configuração de novos cotidianos, facilitando mudanças sociais necessárias que desafiam as concepções sociais e históricas alocadas sobre a loucura.

Nesse cenário, aposta-se que o desenvolvimento de ações no território seja fundamental para a resignificação do cotidiano de pessoas com transtornos mentais, criando condições para o exercício da cidadania e promovendo a autonomia plena. Para Lima *et al.* (2019), por meio de abordagens referenciadas nas dinâmicas do cotidiano, é possível a realização de um trabalho interdisciplinar mediado por uma dinâmica móvel o suficiente para acompanhar as possibilidades existentes nos territórios.

Compreende-se que as tecnologias desenvolvidas e concebidas com base no modo psicossocial, mediadas por interações e convivências compartilhadas, têm um papel fundamental na formação e fortalecimento dos vínculos. Essa abordagem, que valoriza o estar junto e a troca contínua entre os indivíduos, possibilita a criação de oportunidades para o estabelecimento de conexões significativas. Para a Terapia Ocupacional, esses elementos são cruciais e se integram ao trabalho realizado pela equipe. A integração de tecnologias e práticas psicossociais no ambiente terapêutico enriquece a experiência dos participantes e fortalece a

colaboração e a coesão de toda a equipe.

Penso que o acompanhamento é longitudinal e atravessado pelo vínculo, que se fortalece nesses encontros, nessa abertura a estar com uma forma da Terapia Ocupacional fazer saúde e que vai de encontro ao campo da saúde mental (terapeuta ocupacional 15).

Para terapeutas ocupacionais participantes deste estudo, a experiência prática no campo da saúde mental, voltada para a criação de espaços de confiança e o fortalecimento dos vínculos entre os envolvidos no processo de cuidado, fundamenta-se na construção coletiva de projetos terapêuticos singulares, conforme destaca a terapeuta ocupacional 09:

Projeto terapêutico singular, o qual reconstruímos planos de vida, buscamos restaurar ou fortalecer vínculos familiares e de rede de apoio, pensamos em espaços de circulação no território, estratégias de autonomia e independência nas atividades cotidianas, para que assim, esse usuário possa estar na vida, independente do seu uso de substância e sofrimento mental (terapeuta ocupacional 09).

Esses projetos orientam as trajetórias de cuidados, trajetórias tanto individuais quanto comunitárias. Para Oliveira (2010), no contexto dos projetos terapêuticos, é fundamental que tanto a equipe quanto o usuário adotem práticas de aproximação, que envolvem ir a campo, criar momentos de encontro e reconhecer as identidades das pessoas em seus respectivos contextos. Essas interações, por sua vez, podem e devem ocorrer nos espaços do serviço, na rua, na praça, no bar ou no domicílio, e seu significado transcende a ideia da simples coleta de informações pela equipe.

Nesse processo, o objetivo principal é estabelecer um vínculo e criar algo em comum. Aposta-se que, durante esses encontros, as conversas se convertam em momentos estratégicos na coprodução do processo de problematização, na formação de hipóteses explicativas e na busca de soluções. Trata-se, portanto, de uma coprodução que pressupõe a realização conjunta, buscando resoluções em parceria, e não para o outro.

Segundo Kinker (2016), a ideia de projeto terapêutico emerge no contexto da reforma psiquiátrica, com a implantação dos primeiros serviços de base territorial e comunitária. Através das transformações na saúde coletiva, essa abordagem se consolida como uma estratégia central na política de assistência à saúde, permeando todos os níveis de complexidade e fortalecendo a rede de atenção.

Para o autor, a construção do projeto terapêutico singular envolve um conjunto de estratégias amplamente reconhecidas pelos profissionais da área, como o conceito de clínica ampliada, apoio matricial, entre outras que, quando articuladas entre si, são combinadas em

uma série de etapas que vão desde o diagnóstico até a implementação das ações, sendo esse um processo marcado pela avaliação contínua das demandas que, ao longo do percurso terapêutico, evoluem e geram novas necessidades, exigindo a adoção de novas estratégias e intervenções.

A construção dos projetos terapêuticos baseia-se em um processo dinâmico de diálogo e na multiplicação dos atores envolvidos, além das diversas experiências vividas ao longo do percurso. A transformação das cenas, que questionam o estabelecido, e a criação de novas cenas estão diretamente ligadas à implementação de práticas inovadoras, saberes e valores. Embora o termo “projeto” frequentemente remeta a algo rígido e pré-definido, pode ser também entendido como um caminho em constante construção, onde o planejamento se entrelaça com as contingências da vida, à semelhança de um piloto navegando em mares incertos. Nesse sentido, o projeto terapêutico é concebido como uma jornada compartilhada com os usuários, através dos territórios de autonomia, onde cada elemento presente no contexto afeta a dinâmica da relação terapêutica (Kinker, 2016). Nessa direção, a terapeuta ocupacional 46 afirma:

Acredito que a Terapia Ocupacional consiga permear esses espaços que vão sendo tolhidos durante o adoecimento. Escuta e elaboração de um PTS a partir das demandas específicas quanto às limitações e/ou dificuldades no fazer cotidiano (terapeuta ocupacional 46).

De acordo com Ferigato e Silva (2016), a construção do Projeto Terapêutico Singular, quando alinhada à proposta de um plano de intervenção terapêutica ocupacional, tem o potencial de gerar movimentos de coprodução e cogestão no processo terapêutico de um indivíduo. As autoras ressaltam que a coprodução da autonomia, um dos objetivos históricos da Terapia Ocupacional e uma das principais propostas dos Projetos Terapêuticos Singulares, deve ser compreendida não apenas como um processo voltado à cura, mas como um conjunto de conquistas para os sujeitos. Essas conquistas estão relacionadas à sua capacidade de lidar com seus próprios desafios e potencialidades, bem como com o contexto sociorrelacional em que estão inseridos, especialmente quando comparados a uma situação anterior.

Para as autoras, a Terapia Ocupacional, quando desenvolvida em equipamentos da RAPS, como o CAPS, e mediada pela execução de projetos terapêuticos singulares, desempenha um papel que integra dimensões expressiva, construtiva e inclusiva. Esse é um processo que busca potencializar a capacidade dos sujeitos, tanto individualmente quanto coletivamente, de serem impactados pela experiência e, a partir disso, passarem a atuar de forma ativa na construção de novos caminhos, criando casos e narrativas que transformam o cotidiano.

O trecho a seguir, formulado pela terapeuta ocupacional 02, corrobora as ideias trazidas

por Ferigato e Silva (2016) em relação às estratégias da Terapia Ocupacional como possibilidade desses sujeitos, individualmente ou coletivamente, atuarem de forma ativa na realidade, no incentivo à participação social, transformando-a. A terapeuta ocupacional 02 destaca, ainda, a forma pragmática e sensível trazida pela Terapia Ocupacional na criação de estratégias de cuidado no campo da saúde mental:

Acho que principalmente as estratégias de incentivo à participação social dos usuários, mas também na organização dos processos de trabalho, dos PTs, intervenções no território e comunidade - todos pelo mesmo motivo: temos um olhar único para o cotidiano dos serviços e dos usuários. Olhando para as atividades humanas desenvolvidas, o jeito que são feitas, porque são feitas, e qual o sentido colocado em cada uma delas. Isso traz uma fluidez e naturalidade para os processos gigantesca, o TO é pragmático, mas também sensível, vai criando estratégias e possibilidades onde estiver (terapeuta ocupacional 02).

Ellery, Pontes e Loiola (2013) destacam que, embora o campo comum amplifique as possibilidades de troca e colaboração, ele também exerce uma influência sobre os espaços dos núcleos profissionais. Nesse contexto, a regulamentação e a definição das interfaces entre essas áreas dependem do debate democrático dentro da equipe, que cria um espaço propício para um processo gradual e estruturado, fundamentado em pactuações claras. Isso implica que a resolução das questões não pode ser alcançada unicamente pelos saberes específicos de cada profissão, nem por soluções jurídicas, mas sim por meio do diálogo contínuo e da construção coletiva entre os profissionais.

O terapeuta ocupacional 17 descreve atividades que desenvolve como terapeuta ocupacional e que envolve a participação de outros profissionais da equipe:

Coordenação de grupo de expressão corporal, coordenação de grupo com repertório de criatividade e formas de expressão, atendimento de referência, atendimento à família e ou rede de apoio, membro da comissão de núcleo de prevenção da violência, participação em reunião de matriciamento, de miniequipe e geral, e reuniões de rede entre os serviços, realização de acolhimento e cuidados na convivência do serviço, elaboração de projeto terapêutico singular (terapeuta ocupacional 17).

Nota-se que o imbricamento entre as práticas profissionais emerge de maneira evidente nas respostas fornecidas pelos participantes desta pesquisa, revelando um aspecto central do trabalho cotidiano realizado pelos terapeutas ocupacionais atuantes na RAPS. As respostas indicam que os e as profissionais não se limitam a exercer uma única função, mas desenvolvem múltiplos fazeres, muitas vezes compartilhados com outros membros da equipe, conforme ilustrado no relato do terapeuta ocupacional 17. Essa multiplicidade de tarefas reflete a natureza dinâmica e colaborativa do trabalho na RAPS, onde as fronteiras entre os diferentes saberes e

práticas se tornam flexíveis e permeáveis.

Nesse contexto, é fundamental que os terapeutas ocupacionais estejam atentos tanto ao “comum”, ou seja, às práticas e objetivos coletivos que se constroem no trabalho conjunto da equipe, quanto ao “específico” de cada profissão envolvida no processo. O campo da saúde mental exige uma abordagem que reconheça e valorize a singularidade de cada profissional, mas também que promova a integração desses saberes em torno de um objetivo comum: o cuidado integral ao usuário.

Aposta-se, nessa perspectiva, que a atuação dos terapeutas ocupacionais, trabalhadores da RAPS que responderam esta pesquisa, é caracterizada, assim, por uma constante negociação entre o que é comum e o que é específico, em um processo contínuo de ajuste e construção coletiva. Para que essa articulação seja efetiva, é necessário que os profissionais estejam abertos ao diálogo, ao compartilhamento de conhecimentos e à troca de experiências. O trabalho interdisciplinar, portanto, não é apenas uma necessidade operacional, mas uma estratégia fundamental para a promoção de um cuidado em saúde mental que seja verdadeiramente integral, respeitando as especificidades de cada área profissional e, ao mesmo tempo, promovendo a integração de saberes em prol do bem-estar dos usuários acompanhados.

Essa dinâmica de troca e imbricação de práticas também exige uma reflexão constante sobre os limites e as possibilidades de cada abordagem terapêutica, reconhecendo que o trabalho na RAPS não é um processo linear ou predefinido. A constante adaptação às necessidades dos usuários e às realidades contextuais da equipe impõe desafios, mas também cria oportunidades para o crescimento profissional e a inovação nas práticas de cuidado.

Observamos, ainda, que alguns dos contornos vão se entrelaçando nos emaranhados da prática cotidiana no campo da saúde mental, conforme apresentado no relato da terapeuta ocupacional 34:

O terapeuta ocupacional enquanto mediador, faz-se necessário no que se refere a recuperação da independência e autonomia do indivíduo, não havendo especificação de campo, mas agregando construções interdisciplinares em prol da recuperação dos valores de autoestima e cidadania (terapeuta ocupacional 34).

Nesse sentido, como destacado por Almeida Filho (1997) ao tratar das dinâmicas do cotidiano na produção de conhecimento em trabalho coletivo, é necessário contar com operadores que transitam pela experiência do cuidado, criando um espaço de capilaridade capaz de lidar com a complexidade do objeto em questão. Isso não implica uma mudança no campo específico do saber, mas sim uma abertura para uma compreensão mais ampla e integrada da

complexidade do cuidado.

Também vejo que nos grupos de referência técnica transitamos muito bem com as parcerias, o que nos faz produzir espaços de cuidado e saberes amplos e isso aumenta a visibilidade de nossa atuação transdisciplinar. [...] Ou parcerias com farmacêuticos, nutris para falarem sobre medicações efeitos e usos e os impactos sobre as rotinas de sono, estudo, lazer. Isso dentro do meu grupo de referência terapêutica, que sou TO (terapeuta ocupacional 24).

Nessa perspectiva, é fundamental compreender que as contribuições provenientes do campo da saúde mental desempenham um papel essencial no fortalecimento das habilidades nucleares dos profissionais atuantes na área. A interação constante com as especificidades desse campo potencializa as competências exigidas no núcleo profissional, ampliando não apenas os conhecimentos técnicos, mas também as capacidades de adaptação, técnica e compreensão das complexidades humanas. Aposta-se que, ao integrar essas contribuições, os profissionais se tornam mais preparados para lidar com os desafios que surgem na prática cotidiana, promovendo um cuidado mais eficaz e sensível às necessidades dos sujeitos.

Segundo Henz *et al.* (2020), cada profissional pode ser visto como uma síntese única e aberta, formada por uma combinação de aprendizagens teóricas e técnicas, histórias, experiências, crenças e posições políticas. Para os autores, esse processo indica que uma equipe de saúde não é composta apenas por diferentes áreas profissionais, mas por uma multiplicidade de visões, o que pode gerar não só estranhamento, rejeição e intolerância, mas também simpatias e alianças que vão além do campo conceitual. Nesse cenário, o diálogo representa apenas uma das várias formas de conexão possíveis.

Nesse campo comum, atrelado às articulações específicas do produzir Terapia Ocupacional, não nos importa ganhar nas teorias ou modos condicionantes de oferta do cuidado em saúde mental, mas sim estabelecer alianças para que um processo de cuidado integral e longitudinal, ganhe ressonância efetiva na vida das pessoas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), quando as composições de equipes de saúde se dão por meio de profissionais de diferentes áreas que atuam de forma coletiva, há uma contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços prestados às pessoas que necessitam de cuidados. Isso ocorre porque há um melhor entendimento das competências dos membros da equipe, além da promoção da colaboração, do compartilhamento de conhecimentos e do gerenciamento conjunto de casos. Nesse sentido, temos a afirmação da terapeuta ocupacional 32:

Penso que em situações de crise, em situações limite, casos de grande complexidade, visitas domiciliares, sobretudo, articulações de redes, intersetoriais ou ainda dentro da

saúde. Há uma grande aposta na resolutividade por meio da adaptação e construção de outras formas de pensar/produzir saúde (terapeuta ocupacional 32).

Henz *et al.* (2020) ressaltam um ponto central nesse processo ao afirmar que muitas das possibilidades de entendimento surgem durante as práticas, ou seja, nas ações reais planejadas e executadas pelos profissionais da área. As diferenças teórico-metodológicas que emergem nas discussões entre os membros das equipes perdem relevância quando confrontadas com o desafio de construir uma intervenção ou ação de cuidado. Para os autores, os problemas que se apresentam durante a execução dessas ações questionam os saberes centrais, pressionam ao máximo os limites e abrem espaço para a criação de soluções colaborativas. Nesse contexto, o objetivo é evitar a disputa pela verdade absoluta, mantendo o foco no “compromisso pelo efeito da intervenção” (Henz *et al.*, 2020, p. 250), ou seja, priorizando os resultados e os efeitos práticos da ação terapêutica.

Nessa perspectiva, e apoiando-se em trabalhos específicos da profissão, ao pesquisar as articulações da Terapia Ocupacional com o campo da saúde mental infantojuvenil, Táparo (2023) identifica que parece haver uma maior capilaridade no modo como terapeutas ocupacionais desenvolvem o seu fazer próprio no campo comum. Há uma certa delicadeza no estar atento, na escuta, que não necessariamente tem uma resposta pronta e rápida, mas tem a garantia de uma presença com tempo e espaço que se permite maturar um estado de não saber, ao mesmo tempo, em que se está pronto para as invenções e descobertas conjunta das ações possíveis.

Diante do exposto, propõe-se uma prática no campo que se caracteriza por um movimento contínuo de afetar e ser afetado, conforme destacado por Melo (2017). Para o autor, a experiência produzida durante o fazer, requer certa calma que se direciona ao outro, mas não no sentido de um outro distinto de mim. Trata-se de um processo no qual o sujeito se transforma em outro, uma espécie de conversão do “eu” em “outrem”. Esse movimento reflete a ideia de que “o eu é um outro”, como uma preparação para uma mudança de perspectiva, um deslocamento interno que transforma a relação com o outro e consigo mesmo diante de uma prática comum. Muitas vezes, não se trata de descrever o que acontece durante um processo terapêutico ocupacional. Simplesmente ocorre. Há um dinamismo invisível, quase clandestino, que escapa ao acesso direto da consciência.

Esse movimento, que é difícil de expressar e compreender de forma clara, revela-se nos atendimentos através de uma sensação de surpresa, como se não soubéssemos exatamente como chegamos àquele ponto. Surge uma sensação de mistério sobre como conseguimos inventar, criar, ou até brincar com as possibilidades. É um processo difícil de apreender racionalmente,

mas que, ao mesmo tempo, revela-se como uma profunda experiência de transformação e conexão no campo da saúde mental. Trata-se de uma recepção que exige compressão como “aquele que mantém fixo o olhar no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro” (Agamben, 2017).

6.2.2. FUNDAMENTOS DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL

A Classe 4 (que inclui termos como *sofrimento, estar, ficar, geral, construir, escola, contexto e mundo*) nos orienta para caminhos que abarquem os fundamentos da Terapia Ocupacional e o seu desenvolvimento teórico para a composição de sua prática no campo da saúde mental. Explorar essa classe e refletir sobre a evolução da Terapia Ocupacional em relação à atuação no campo da saúde mental no Brasil é um dos exercícios fundamentais para alcançar os objetivos deste estudo, promovendo aproximações com o núcleo de competência profissional da Terapia Ocupacional nessa área.

Inicialmente, perguntamo-nos o que fundamenta nossa prática neste campo: deveríamos falar de uma única prática de Terapia Ocupacional ou de múltiplas práticas dentro do campo da saúde mental? Questões como essas os mobilizam diante das finalidades existentes no campo psicossocial, que se esbarram e se entrelaçam com os conceitos apresentados na Terapia Ocupacional enquanto profissão.

Segundo Mângia e Nicácio (2001), as práticas de Terapia Ocupacional baseadas na desinstitucionalização têm possibilitado novas maneiras de lidar com as experiências decorrentes do adoecimento e da exclusão social. Para as autoras, essa abordagem não só abre novas perspectivas, mas também exige um olhar atento para os modos de funcionamento das instituições e para os métodos de cuidado oferecidos pela Terapia Ocupacional. É por meio de um exercício prático que assegura uma atenção centrada nas pessoas que se pode alcançar os contextos reais das vidas individuais. A partir dessa abordagem, envolvendo atividades e redes de relações, constrói-se a vida cotidiana. Assim, as dimensões se entrelaçam e se conectam, resultando em respostas que vão além das lógicas tradicionais de intervenção terapêutica.

A perspectiva da desinstitucionalização permite reavaliar os objetivos da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, afastando a noção de reintegração social como sinônimo de normalidade produtiva. Em vez disso, essa abordagem enfoca o desenvolvimento da autonomia e a criação de caminhos que combatam a exclusão social. Esses novos horizontes orientam nossa prática, transcendendo a visão da saúde como mera reparação de danos e promovendo uma compreensão da saúde como processo de produção de vida (Mângia; Nicácio,

2001).

De acordo com as/os participantes deste estudo, a prática da Terapia Ocupacional é orientada pelas necessidades que emergem no encontro com os usuários. É a partir do reconhecimento e do fortalecimento de suas potências, decorrentes desse encontro, que se constroem os projetos de cuidado e de vida, conforme destacam as terapeutas ocupacionais 20 e 39:

Acredito que o trabalho do terapeuta ocupacional se faz potente na medida que nós conseguimos enxergar as diversas formas de se ocupar dos indivíduos dentro dos contextos gerais de sua vida. E, a partir disso, promover ações que possam estar alinhadas com o desejo do usuário de se envolver em ocupações que façam sentido para a construção da sua vida, considerando sua autonomia no processo de cuidado (terapeuta ocupacional 20).

Eu acho que a potencialidade é o corpo do profissional terapeuta ocupacional, é uma formação que interpela o próprio corpo, que corpo-sujeito sou, qual minha posição e de onde me coloco na relação com o outro, e a partir disso, poder pensar em um fazer, em um estar com, em um saber-fazer (terapeuta ocupacional 39).

Identifica-se que a marginalização e a estigmatização dessas pessoas interferem diretamente em suas ocupações diárias, prejudicando sua capacidade de participar plenamente na sociedade. Ao serem rotuladas e excluídas, pessoas com transtornos mentais enfrentam barreiras que limitam sua interação com atividades essenciais e significativas, como o trabalho, o estudo, as relações sociais e o lazer. A falta de crença nas pessoas com transtornos mentais, uma questão profundamente enraizada nos estigmas sociais, na incompreensão e na desinformação, ainda é um grande desafio. Muitas vezes, esses indivíduos são rotulados como incapazes, imprevisíveis ou até perigosos, o que perpetua o preconceito e dificulta o acesso ao apoio adequado. Esse ponto, evidente no relato da terapeuta ocupacional 43, revela como tais estigmas podem partir da própria família,

onde muitas vezes os familiares apresentam dificuldades de compreender as potencialidades destas pessoas que apresentam sofrimento ou transtorno mental (terapeuta ocupacional 43).

Para Nunes e Torrenté (2009), a relação com a loucura, desde o ambiente familiar, se dá pela redução do sujeito à doença, a partir de preconceitos associados à periculosidade e infantilidade. Esse tipo de relação se estende para outros âmbitos da vida dos usuários, cerceando suas vidas, com olhares vigilantes e tutelares, impedindo a autonomia e participação social destas pessoas.

Nesse cenário, é possível compreender que também são afetados a autoestima e o senso de pertencimento dos indivíduos, assim como suas possibilidades de vivenciar e realizar suas ocupações de maneira autônoma e satisfatória.

No geral, pessoas em sofrimento mental tem dificuldades para realizar suas atividades cotidianas e muitas vezes seu sofrimento está articulado a essas atividades de forma direta (terapeuta ocupacional 27).

Ao estigmatizar os transtornos mentais, a sociedade limita a visão sobre as capacidades e os potenciais desses indivíduos, tornando mais difícil que sejam vistos como membros plenos da comunidade. Esse processo de exclusão social, aliado à falta de compreensão e suporte, torna-se um obstáculo significativo para o desenvolvimento pessoal e profissional e contribui para o agravamento dos quadros de sofrimento psicológico.

Leão e Lussi (2021) apontam que a participação social das pessoas com sofrimento psíquico é afetada pela presença dos estigmas. Para as autoras, a/o terapeuta ocupacional tem como foco “a participação plena das pessoas nas ações e nas relações sociais” (p. 3), contribuindo, assim, com a diminuição da estigmatização. Nesse sentido, os relatos das terapeutas ocupacionais 42 e 03 corroboram o posicionamento das autoras:

A TO também tem o potencial de trabalhar o pertencimento do sujeito na sociedade, quebrar estigmas, preconceitos visando a reabilitação psicossocial. Compreender e validar todas as linguagens e modos de existir (terapeuta ocupacional 42).

O terapeuta ocupacional é fundamental nos equipamentos de saúde mental, uma vez que é uma profissão que se alinha com os preceitos da reabilitação psicossocial, que entende a dimensão do território e da importância da participação social e engajamento ocupacional dos sujeitos, compreende também a importância dos papéis ocupacionais e do significado desses papéis no cotidiano das pessoas, de como esse cotidiano é afetado durante o sofrimento psíquico e constrói estratégias para o resgate dessas ocupações e das atividades significativas. Que além dos aspectos psíquicos entende os aspectos físicos e sociais (terapeuta ocupacional 03).

Essas questões estão em consonância com as análises de Uemura *et al.* (2015), que, ao pesquisar a interlocução entre o estigma e a perspectiva dos terapeutas ocupacionais, destacam que compreender o significado e os impactos do estigma na vida de pessoas com transtornos mentais é um passo fundamental. Essa compreensão já se configura como um elemento importante para que os terapeutas ocupacionais possam atuar no enfrentamento desse estigma,

promovendo uma relação mais eficaz com os usuários e contribuindo para que as pessoas vivam de forma mais significativa e com propósito, conforme ilustrado a seguir:

[...] formas de se colocar e se espelhar no cotidiano, direcionadas pelas motivações e singularizados de cada um, e assim poder pensar em adaptações, novas formas de fazer, ou de usá-las como recurso para pensar nos sofrimentos e não deixá-los impedir que o sujeito esteja na vida, desenvolvido suas ocupações (terapeuta ocupacional 05).

buscando e possibilitando que toda pessoa com sofrimento psíquico ou transtorno mental, possam desempenhar suas ocupações que sejam do seu desejo escola, trabalho, convívio familiar, social etc., realizem e desempenhem dentro de seu contexto e potencialidades, buscando estratégias e facilidades para a realização destas, com autonomia e independência, sem necessariamente necessitar de dependência de terceiros para estas. (terapeuta ocupacional 13).

Outro destaque em relação aos fundamentos da Terapia Ocupacional em saúde mental, identificado nesta pesquisa, é o respeito às escolhas dos sujeitos, ancorado em princípios que garantem a dignidade e a plena participação na vida cotidiana de cada pessoa, conforme destacam as terapeutas ocupacionais 50, 36 e 21.

O terapeuta ocupacional reabilita o que nos é de mais precioso na vida que a capacidade de fazer escolhas e de atuar no mundo conforme nossas escolhas. É possibilitar um mundo de possibilidades, através do ato e não somente da fala. Na TO você não precisa dizer que ele é capaz, o paciente descobre em ato. Potência em valorizar, proporcionar espaço ao outro, mesmo ninguém mais apostando nesta possibilidade. O Terapeuta Ocupacional tem como potencialidade o resgate da cidadania (terapeuta ocupacional 50).

para que assim, esse usuário possa estar na vida, independente do seu uso de substância e sofrimento mental, podendo assim, pensar sobre e aprender a lidar de melhores formas, construindo sua forma de estar na vida e no mundo, através do ser e fazer (terapeuta ocupacional 36).

A potencialidade [da Terapia Ocupacional] é bastante objetiva e prática, é favorecer o estar na vida, reconhecendo os próprios direitos e conseguindo acessá-los (terapeuta ocupacional 21).

Para Balanta-Cobo *et al.* (2022), as medidas econômicas, decisões corporativas e políticas governamentais frequentemente geram desvantagens e vulnerabilidades que afetam grupos específicos dentro de uma sociedade, comprometendo seus direitos fundamentais. Essas ações impactam a possibilidade de se ter “um lugar para estar”, ou seja, um espaço no qual se pode fazer, ser, tornar-se e pertencer. Esse direito ao espaço pode envolver desde o acesso à terra até a garantia de meios de subsistência, ou ainda a oportunidade de se engajar nas atividades que sustentam uma vida digna. Nesse sentido, o uso das ocupações no cotidiano

como meio de intervenção está diretamente relacionado à promoção da saúde, do bem-estar, da educação, da justiça e dos direitos fundamentais, conforme apontado nos fragmentos apresentados pelos participantes.

Associada às questões apresentadas anteriormente, é possível identificar, por meio das respostas apresentadas pelos participantes desta pesquisa, que a prática terapêutica ocupacional, realizada diariamente por profissionais da área, requer que o terapeuta ocupacional compreenda, observe e se aprofunde no cotidiano dos sujeitos para alcançar seus objetivos, pois é no cotidiano que se encontram as nuances das lógicas de pensamento e as dinâmicas que fundamentam o comportamento e as necessidades de cada pessoa. No campo da saúde mental, essa compreensão torna-se ainda mais relevante, uma vez que o cotidiano, com suas rotinas, desafios e interações, serve como um analisador crucial das formas de pensamento que moldam o agir dos indivíduos.

Assim, ao interagir com os pacientes, os terapeutas ocupacionais não apenas aplicam intervenções técnicas, mas se envolvem de maneira sensível com o contexto vivido, reconhecendo as particularidades de cada sujeito. Esse olhar atento permite que as práticas sejam moldadas de forma personalizada, respeitando as necessidades psicológicas, emocionais e sociais de cada indivíduo.

Olhar com cuidado para o cotidiano de cada usuário e poder auxiliar a pensar nas possibilidades que cada sujeito tem de estar nos lugares que tem direito da melhor maneira possível (terapeuta ocupacional 11).

E, a partir disso, promover ações que possam estar alinhadas com o desejo do usuário de se envolver em ocupações que façam sentido para a construção da sua vida, considerando sua autonomia no processo de cuidado (terapeuta ocupacional 18).

A capacidade que só o terapeuta ocupacional tem de olhar com cuidado para o cotidiano de cada sujeito e poder pensar como esse sujeito está ou não em cada espaço que tem direito de estar (terapeuta ocupacional 40).

Galheigo (2020) aponta que, ao compreender o cotidiano como um espaço de análise e transformação, a Terapia Ocupacional se posiciona de forma crítica e transformadora diante das realidades sociais que naturalizam a opressão e a negação dos direitos de cidadania. Essa ação crítica se reflete na capacidade do profissional em engajar o sujeito na compreensão de seu contexto, promovendo a reflexão sobre as barreiras que limitam o acesso aos direitos fundamentais e possibilitando ações que busquem a mudança dessas estruturas.

Ao considerar o cotidiano em suas múltiplas dimensões — sociais, culturais, econômicas e políticas —, a Terapia Ocupacional se torna uma ferramenta de empoderamento

e engajamento dos sujeitos na luta por seus direitos. Através de um trabalho que valoriza as singularidades de cada indivíduo e reconhece as condições históricas e sociais em que ele está inserido, o terapeuta ocupacional não se limita a intervir nas esferas individuais, mas também atua como agente de mudança no processo coletivo de transformação social.

Assim, ao promover uma prática que articula a compreensão do cotidiano com a crítica social, a Terapia Ocupacional contribui para a criação de novos significados e possibilidades de atuação, com o objetivo de garantir o acesso aos direitos básicos e promover a cidadania plena para todos. Galheigo (2020) nos lembra que, ao engajar o sujeito na reflexão sobre seus processos e contextos sociais, a Terapia Ocupacional vai além do cuidado técnico, tornando-se uma prática transformadora que atua em prol da justiça social e da inclusão, corroborando, dessa forma, as questões apresentadas pelos participantes desta pesquisa.

Outro destaque revelado pelos dados da pesquisa, relacionados à fundamentação da profissão no campo da saúde mental, foi o processo de cuidado estabelecido a partir do reconhecimento das necessidades reais dos indivíduos.

construir formas de dar conta das necessidades que emergirem naquele momento ou também processos que ainda estavam ocorrendo em dias anteriores e que terão continuidade, período a período, uma ação que necessita de outra e de outra para chegarmos a um objetivo final (terapeuta ocupacional 29).

A experiência italiana se destaca nesse contexto, com suas inovações teóricas e práticas que trouxeram contribuições significativas para a Terapia Ocupacional nesse campo. Essa abordagem assume a responsabilidade de apoiar o sujeito em suas múltiplas complexidades, com foco na pessoa, em vez da patologia. Nessa linha de atuação, a ação terapêutica volta-se para a complexidade do cotidiano das pessoas, levando em conta tanto os aspectos objetivos, como o ambiente e as condições materiais de vida, quanto os subjetivos, que envolvem as emoções, percepções e significados atribuídos às experiências diárias. Esse olhar integrado permite que estratégias sejam desenvolvidas para lidar não apenas com os sintomas do adoecimento, mas também com as dificuldades inerentes à vivência da doença, proporcionando um espaço para a superação e o resgate da autonomia (Mângia, 2002).

A prática terapêutica ocupacional, nesse cenário, pode ser compreendida por meio de um processo contínuo e dinâmico, no qual os profissionais caminham lado a lado com os sujeitos, participando de seus percursos de vida, com suas altas e baixas, lidando com as tensões e complexidades do que é o viver, ou, em muitos casos, o sobreviver. Esse processo colaborativo permite a construção, a cada momento, de maneiras possíveis e saudáveis de estar

no mundo, adaptando-se às necessidades e aos desafios cotidianos.

Assim, participo dos ciclos, dos altos e baixos e, com o sujeito, vamos construindo maneiras possíveis e saudáveis de se estar no mundo. Maneiras de estabelecer relações sociais, de se engajar em atividades que façam sentido (terapeuta ocupacional 33).

As relações sociais desempenham um papel fundamental nesse processo, e o terapeuta ocupacional tem a função de apoiar o sujeito na construção de vínculos e interações significativas com o outro. As participantes desta pesquisa apontam que os aspectos fundamentais da prática no campo da saúde mental são sustentados quando os terapeutas ocupacionais compreendem que sua atuação vai além da intervenção técnica, ajudando na identificação e no engajamento em atividades que façam sentido para o indivíduo. Essas atividades devem estar conectadas às vivências, valores e interesses do sujeito, sendo cruciais para a integração social e a reintegração ao cotidiano frequentemente abalado ao longo de uma vida marcada por sofrimento psíquico.

Possibilitar o cuidado, a inserção e a emancipação social das pessoas em sofrimento mental geralmente em processos de exclusão com base em suas necessidades e desejos. Trazer essa conexão de tudo que é feito e proposto, refletir sobre a história de vida de cada um partindo daquilo que realmente faz sentido para aquela pessoa e não o que a rede ou profissionais acreditam que seria benéfico (terapeuta ocupacional 22).

Cestari *et al.* (2024) destacam os processos de cuidado na Terapia Ocupacional que se desenvolvem por meio de abordagens dialógicas, como o Método Terapia Ocupacional Dinâmica, que têm o intuito de construir novos significados e transformar as concepções comumente estabelecidas, como as de que a pessoa “não pode”, “não faz” ou “não consegue”. Esse processo envolve ativamente o sujeito na análise de sua própria situação, nas atividades que executa e nas decisões que toma.

A Terapia Ocupacional, nesse contexto, não se configura como uma solução única e imediata, mas como um caminho que é trilhado de maneira colaborativa, respeitando o tempo, as dificuldades e as possibilidades do sujeito, até que se atinja uma nova compreensão e uma forma renovada de viver — conforme evidenciado nas respostas apresentadas pelos participantes desta pesquisa.

Olhando para as atividades humanas desenvolvidas, o jeito que são feitas, porque são feitas, e qual o sentido colocado em cada uma delas. Isso traz uma fluidez e naturalidade para os processos gigantesca, o TO é pragmático, mas também sensível, vai criando estratégias e possibilidades onde estiver (terapeuta ocupacional 30).

Mais um aspecto evidenciado pelos resultados da pesquisa, relacionado à fundamentação da prática profissional no campo da saúde mental brasileira, destaca a importância da constituição de um raciocínio profissional voltado para a localização e construção de cuidado que se estende além dos limites institucionais, ou seja, para a vida ativa e concreta das pessoas:

Acredito que as ações no território, na vida cotidiana e não apenas dentro de um serviço. As relações acontecem para além do dispositivo. Acredito que a TO consiga permear esses espaços que vão sendo tolhidos durante o adoecimento (terapeuta ocupacional 25).

O Terapeuta ocupacional tende a perceber quais habilidades a pessoa tem e colocar isso como ponto para o cuidado pensando em ocupações e para fora do caps, rede possibilitando a reinserção social (terapeuta ocupacional 10).

Essa abordagem enfatiza novamente a necessidade de uma prática terapêutica que dialogue com o cotidiano do sujeito, respeitando seus contextos e vivências fora dos muros das instituições. Trata-se de entender que o processo de atenção e cuidado não se dá exclusivamente no ambiente institucional, mas sim nos espaços onde o sujeito vive, trabalha, interage e constrói suas relações sociais, conforme apontado nos referenciais italianos sobre a desinstitucionalização. Nesse sentido, Mângia e Muramoto (2006) ressaltam que os recursos oferecidos pelos serviços de saúde mental, incluindo suas características materiais e organizativas, assim como o estilo de trabalho dos profissionais, são fatores cruciais para o processo de evolução de indivíduos que enfrentam intenso sofrimento psíquico. A forma como o serviço é estruturado e como os profissionais se relacionam com o paciente desempenha um papel central na criação de um ambiente que favoreça a recuperação e o desenvolvimento do sujeito, em um contexto no qual as intervenções são muitas vezes ajustadas às necessidades práticas e emocionais do indivíduo.

Além disso, as autoras — assim como os/as participantes desta pesquisa — compactuam com a ideia de que fatores como as possibilidades individuais de cada pessoa, o suporte familiar e o contexto de vida em que ela está inserida, desempenham papéis determinantes no sucesso ou fracasso do acompanhamento terapêutico. Nessa perspectiva, o acompanhamento não deve ser compreendido como um processo isolado, mas como parte de um todo maior, que envolve as condições pessoais, familiares e sociais que impactam diretamente na trajetória do sujeito. O suporte familiar, por exemplo, é muitas vezes fundamental para proporcionar uma rede de segurança e acolhimento, o que facilita o engajamento do paciente com o tratamento e favorece

a reintegração dele à sua rotina e à sua vida social.

Assim, é possível referenciar uma prática terapêutica ocupacional, dentro dessa perspectiva ampliada que não se limita à atuação dentro de um espaço institucional, mas buscar a articulação entre os cuidados oferecidos pelos serviços e as realidades cotidianas dos indivíduos. Isso implica em um trabalho contínuo de articulação com a vida ativa da pessoa, respeitando suas particularidades e possibilitando que ela encontre maneiras de atuar de forma significativa em seu contexto de vida, garantindo a continuidade do processo terapêutico no seu dia a dia, conforme exposto nas respostas apresentadas pelas participantes desta pesquisa.

e considerando-o dentro de seu território, contexto e ocupações, sendo necessário o entendimento da sua realidade para elaboração de um Plano Terapêutico Singular (terapeuta ocupacional 23).

O terapeuta exerce um importante papel para que se compreenda mais integralmente o paciente no contexto (terapeuta ocupacional 26).

intervir buscando e possibilitando que toda pessoa com sofrimento psíquico ou transtorno mental, possam desempenhar suas ocupações que sejam do seu desejo escola, trabalho, convívio familiar, social e etc, realizem e desempenhem dentro de seu contexto e potencialidades (terapeuta ocupacional 07).

Por fim, é fundamental que a prática desenvolvida por terapeutas ocupacionais, no trabalho com os recursos individuais e coletivos das pessoas, assuma um papel ativo na construção de novas negociações sociais. Isso implica não apenas na intervenção sobre as condições imediatas de sofrimento ou dificuldades enfrentadas pelos sujeitos, mas também no estímulo à reflexão sobre suas possibilidades de atuação e participação no mundo. A Terapia Ocupacional deve buscar promover a construção de novos sentidos e novas formas de se relacionar com o ambiente, ajudando os indivíduos a compreenderem e a exercerem sua cidadania de maneira plena e ativa.

Ao incorporar a perspectiva de cidadania, a prática terapêutica vai além do contexto restrito da instituição, propondo que os aprendizados e recursos adquiridos durante o acompanhamento terapêutico sejam transferidos para a vida cotidiana dos indivíduos. Trata-se de possibilitar que o usuário, ao longo do processo, aproprie-se de suas potencialidades e se sinta capaz de lidar com os desafios sociais e pessoais que surgem em seu caminho. Nesse sentido, o ambiente terapêutico não é visto como um espaço isolado, mas como um ponto de partida para que o sujeito se engaje de maneira ativa e construtiva em sua vida social.

A/o terapeuta ocupacional, ao reconhecer as condições de vida do sujeito, atua como facilitador da construção de novas formas de negociação social, ajudando o indivíduo a

expandir seus horizontes e a se engajar em práticas que favoreçam a inclusão social e a autonomia. Isso implica em trabalhar não apenas o indivíduo em si, mas também as dinâmicas coletivas que influenciam sua integração e participação no mundo. Dessa forma, a terapia não se limita a resolver questões imediatas de saúde, mas se coloca como um espaço transformador, onde o sujeito adquire as ferramentas necessárias para atuar de forma significativa e protagonista na sociedade, sendo estes aspectos que podem ser identificados como fundamentais para o desenvolvimento de uma prática no campo da saúde mental brasileira.

Nessa perspectiva, é importante compreender que o campo da Terapia Ocupacional, que é marcado por sua diversidade teórico-prática, enfrenta o desafio de explorar, investir e questionar seus fundamentos, concepções e os diálogos que se destacam na contemporaneidade. (Albuquerque *et al.*, 2021).

6.2.3 DEMANDAS INSTITUCIONAIS VERSUS OBJETIVOS DA TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL

A Classe 5, representada pelas palavras *higiene, pessoa, história, terapia, casa*, dentre outras, indica aquilo que é demandado da Terapia Ocupacional nos serviços, entrelaçado aos objetivos da/do terapeuta ocupacional.

Segundo Foucault (1997), com o surgimento das disciplinas, também emergiu a “arte do corpo”, que visa não apenas aprimorar habilidades, mas também estabelecer uma relação que torna o corpo cada vez mais obediente e funcional. No campo da saúde mental, frequentemente enfrentamos demandas, tanto sociais quanto institucionais, voltadas para o controle dos corpos, com o objetivo de organizá-los de acordo com o constante mandato social de ordem e organização.

Espera-se que a TO engaje o sujeito com sofrimento psíquicos nos moldes socialmente normativos e positivista de higiene (terapeuta ocupacional 47).

Trabalhar autocuidado de modo a treinar o usuário maneiras corretas e padronizadas de realizar a higiene pessoal (terapeuta ocupacional 18).

Ainda que se concorde com a importância da higiene e autocuidado para a manutenção da saúde e bem-estar do usuário e seu entorno, destacam-se expressões nos relatos das terapeutas ocupacionais 47 e 18, tais como “socialmente normativo e positivista”, “treinar maneiras corretas e padronizadas”. Tais expressões, apesar de serem expressas dentro de um

contexto de trabalho da RAPS, sustentado por novas perspectivas de cuidado em saúde mental, parecem sustentadas no modelo asilar.

Nesse contexto, Barbosa *et al.* (2020) destacam que, no cenário brasileiro, ainda persistem práticas de cuidado sustentadas por tecnologias e abordagens baseadas na lógica de dominação e controle sobre o corpo daqueles historicamente vinculados ao sofrimento psíquico. Esse modelo reflete a continuidade de uma estrutura que, ao longo do tempo, associou o cuidado à disciplina e à subjugação, em vez de promover uma abordagem verdadeiramente emancipatória e centrada no sujeito.

Caponi (2009) acrescenta que a descentralização desses modos de cuidado ainda enfrenta desafios significativos, uma vez que muitas práticas continuam enraizadas em relações de poder desiguais. A autora argumenta que, embora a lógica da internação prolongada e do encarceramento tenha sido amplamente questionada e, em grande parte, superada, novas formas de controle se instauram de maneira menos visível, mas igualmente opressiva. Hoje, em vez do confinamento físico, observa-se a medicalização excessiva como principal ferramenta de regulação dos corpos e das subjetividades. Como aponta a autora, basta “medicalizar e dominar as paixões, os delírios e os maus hábitos pelo uso de psicofármacos” (p. 120), perpetuando, assim, a mesma lógica de dominação sob uma roupagem diferente.

Esse cenário exige uma reflexão crítica sobre os modos de cuidar que ainda operam sob a égide do poder e do controle, reforçando a necessidade de modelos que promovam a autonomia, a inclusão e a dignidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. A desconstrução dessa lógica passa pelo fortalecimento de práticas humanizadas, pelo investimento em estratégias terapêuticas plurais e pela valorização das experiências e narrativas daqueles que vivenciam o sofrimento psíquico, garantindo-lhes não apenas assistência, mas também voz e protagonismo no próprio processo de cuidado.

Outra solicitação é que a TO reduza comportamentos disfuncionais, os usuários, ou de difícil manejo por parte da equipe (terapeuta ocupacional 27).

Diante desse cenário, é essencial um processo contínuo de reorientação das práticas clínicas. A atuação profissional desempenha um papel crucial para evitar o retorno das lógicas manicomiais como referência nas relações. Como agentes dos modelos de cuidado psicossocial, devemos estar sempre vigilantes na criação de novas abordagens de cuidado, promovendo a crítica e gerando novos conhecimentos (Emerich; Onocko-Campos, 2019).

Penso que a TO tem uma capacidade de leitura institucional que é muito própria da

estrutura curricular e da história da profissão frente os modelos de cuidado asilares e sua relação com o ambiente e com os fazeres propostos, sendo uma radical mudança quando pensamos no CAPS e em cotidiano como uma categoria da TO (terapeuta ocupacional 51).

Nesse sentido, compreendemos, em nossa história, que o processo de desenvolvimento da Terapia Ocupacional tem se consolidado como um campo de estudo e prática profundamente comprometido com as realidades cotidianas dos indivíduos:

As ações de resgate do cotidiano e inserção e apropriação de espaços de vida (terapeuta ocupacional 16).

Da minha prática acredito que as ações intersetoriais, a costura com o cotidiano, real e cru só quem realiza é a Terapia Ocupacional (terapeuta ocupacional 33).

Como destacam Bezerra *et al.* (2022), um dos principais focos de interesse dos profissionais da área é a compreensão do cotidiano e da vida cotidiana como elementos fundamentais na construção e execução do trabalho terapêutico. Essa perspectiva reconhece que o dia a dia das pessoas, com suas atividades, rotinas e contextos, é um campo rico e estruturante para o fazer profissional da Terapia Ocupacional, oferecendo elementos essenciais para a intervenção e compreensão das necessidades dos usuários.

É por meio de uma abordagem no cotidiano que se configura não apenas um conceito teórico, mas também uma ferramenta prática capaz de ajudar os terapeutas ocupacionais a entenderem as diversas realidades que os indivíduos enfrentam. Nesse sentido, o cotidiano — quando atrelado a um processo de adoecer — não é compreendido apenas sob a ótica do impacto físico, psíquico e biológico, mas principalmente no que diz respeito às mudanças que ele impõe na dinâmica da vida cotidiana. O adoecimento pode transformar a forma como os indivíduos percebem e interagem com o mundo ao seu redor, alterando suas rotinas, seus espaços e até suas identidades.

No encontro com o cotidiano, a Terapia Ocupacional encontra sua essência, pois é nesse espaço de vivências diárias que os indivíduos, acometidos ou não por uma patologia, realizam suas atividades essenciais, sejam elas relacionadas à vida diária ou à vida prática. Ao observar esse campo, percebemos que as pessoas desempenham essas atividades com diferentes níveis de independência, o que está intrinsecamente ligado à sua condição de saúde, ao seu ambiente e ao seu contexto social. A autonomia, ou a falta dela, para realizar tarefas como alimentação, higiene, trabalho ou lazer, reflete diretamente a qualidade de vida do indivíduo, sendo este um dos principais focos da Terapia Ocupacional.

Ao se debruçar sobre esse campo de conhecimento, é possível identificar que as discussões externas que permeiam o fazer profissional de terapeutas ocupacionais que atuam no campo da saúde mental e em outras áreas muitas vezes estão relacionadas às condições e aos obstáculos que interferem na execução dessas atividades. Gozzi e Lussi (2013) destacam que diversas demandas direcionadas à Terapia Ocupacional estão associadas ao desenvolvimento de atividades de vida diária, autonomia, independência, ocupação, inserção social, efetividade e cuidado, entre outros. Nessa perspectiva, a afirmação referenciada pelas autoras corrobora as respostas que foram apresentadas pelas terapeutas ocupacionais 47 e 05, conforme apresentado nos segmentos abaixo:

demandas pontuais sobre cuidados com a casa, higiene pessoal, organização da rotina e ganho de autonomia (terapeuta ocupacional 47).

Solicitam resolutividade de demandas de mau cheiro por parte dos usuários, falta de higiene bucal, banho e limpeza. Também solicitam que a Terapia Ocupacional fomente no usuário ânimo para que cuidem das suas casas, assim como maneiras assertivas e que se é esperado de como fazer a limpeza do ambiente doméstico (terapeuta ocupacional 05).

Além disso, outra característica destacada pelas/os terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa é o uso do tipo de encaminhamento rotineiramente realizado para a Terapia Ocupacional como uma pista para o delineamento do núcleo profissional.

No estudo de Cardoso, Nascimento e Castro (2019), os autores destacam que, no contexto de um cuidado biopsicossocial, os profissionais que não são terapeutas ocupacionais apresentaram concepções significativas sobre a profissão. De acordo com os autores, a Terapia Ocupacional é vista como uma prática vinculada às atividades que oferecem suporte para a organização da vida e, nesse cenário, os terapeutas ocupacionais se apropriam de conhecimentos e habilidades que vão além dos aspectos isolados da vida, marcando sua importância e diferenciação dentro da equipe de trabalho. Essa distinção se dá pela capacidade dos terapeutas ocupacionais de integrar aspectos cognitivos, sociais, psíquicos e físicos durante os atendimentos, proporcionando um cuidado abrangente ao indivíduo.

Esses aspectos estão em consonância com o trabalho de Tedesco *et al.* (2011), que destacam a percepção de profissionais de outras áreas sobre a Terapia Ocupacional. Segundo as autoras, durante as intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas, é possível observar que os sujeitos têm a oportunidade de vivenciar uma postura ativa diante das diversas problemáticas da vida. Além disso, as intervenções terapêuticas favorecem o processo de trocas de experiências, permitindo que os sujeitos compartilhem vivências, aprendizados e estratégias

de enfrentamento, o que enriquece o processo terapêutico e fortalece a construção de um suporte emocional e social significativo.

Entende-se que, sob essa perspectiva, a prática da Terapia Ocupacional é especialmente mobilizada quando indivíduos enfrentam um processo intenso de ruptura em sua rotina e nas tarefas diárias. Em momentos em que há uma diminuição do repertório de vivências pessoais, os profissionais de Terapia Ocupacional frequentemente são chamados a intervir de forma conjunta com os demais membros da equipe de cuidados em saúde mental. Essa atuação ressalta a relevância do terapeuta ocupacional no processo de cuidado, não apenas como facilitador da recuperação de habilidades práticas, mas também como um mediador essencial na reorganização psíquica e social do paciente. Dessa forma, ele contribui para a criação de novas formas de engajamento e funcionalidade no cotidiano do indivíduo.

Conforme destacado pelas profissionais 32, 07 e 50, esse entendimento nos proporciona pistas valiosas que convergem com nossas expectativas, delimitando de forma mais clara a nossa função dentro da equipe de cuidado e orientando os demais membros sobre o papel fundamental que desempenhamos nesse contexto.

Na prática acabamos sendo direcionados para os casos onde exista uma desorganização psíquica grande e a necessidade de estratégias terapêuticas pragmáticas e que saiam do campo verbal (terapeuta ocupacional 32).

Solicitam a Terapia Ocupacional quando se esgotam os recursos através da fala. Quando o cotidiano é empobrecido (terapeuta ocupacional 07).

A visão do terapeuta ocupacional vem mudando, mas muito comum no início da minha experiência, solicitarem atividades relativas a laborativas, recreativo e atividades de vida diária que constituem um recurso terapêutico singular e relevante de ações diversas no cotidiano. É comum sermos acionados para atender pacientes extremamente desorganizados e que possam se beneficiar de uma intervenção mediada por uma atividade. Aqui me buscam muito para diagnósticos diferencial na interface entre déficit cognitivo, lesão neurológica e transtorno mental (terapeuta ocupacional 50).

Ao refletirmos sobre as demandas feitas à nossa categoria in loco, é fundamental que estejamos atentos ao espaço fronteiro que somos convocados a ocupar, especialmente em relação à nossa própria prática. Ainda é comum encontrarmos discursos dentro das equipes que minimizam a complexidade do trabalho realizado pelos profissionais da área, muitas vezes se baseando em visões reducionistas ou no desconhecimento.

Constantinidis (2012), ao investigar as concepções sobre o uso da ocupação no processo de ensino em Terapia Ocupacional, aponta que a profissão frequentemente é restringida ao seu

objeto de atuação, o que a torna simplificada sob o olhar do senso comum. Isso resulta na perda da sua riqueza, complexidade e na abrangência teórica e técnica que caracteriza sua atuação. A autora destaca que a Terapia Ocupacional não pode ser reduzida à ocupação em si; as diversas representações dessa ocupação fazem parte da constituição fundamental da Terapia Ocupacional. Essa visão é corroborada pelas respostas das participantes da pesquisa 45, 36, 21, que ressaltam a importância de refletirmos sobre como nossa profissão é representada nos discursos realizados pelos outros.

Quando o paciente está ocioso, com a rotina desorganizada, geralmente é encaminhado para a Terapia Ocupacional (terapeuta ocupacional 45).

Ainda existe forte uma relação da TO com os eventos comemorativos, sendo a terapeuta ocupacional solicitada para gerenciar os atos e espaços de lazer, gincanas, festas, celebrações (terapeuta ocupacional 36).

Onde eu trabalho qualquer profissional indica paciente para as oficinas, eu acho isso terrível porque vejo paciente depressivo fazendo crochê (terapeuta ocupacional 21).

Diante dos fragmentos apresentados pelas participantes, compreendemos que o desconhecimento sobre a natureza da nossa prática pode se configurar como uma fragilidade importante neste exercício de construção do núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. Quando há uma compreensão superficial ou equivocada sobre o que a Terapia Ocupacional realmente envolve, isso pode impactar diretamente a forma como a profissão é integrada nas equipes de cuidado e, conseqüentemente, como suas contribuições são reconhecidas e valorizadas no processo terapêutico. A falta de clareza sobre seus princípios, métodos e objetivos pode resultar em sua subutilização ou na atribuição de funções que não correspondem à verdadeira capacidade de intervenção da Terapia Ocupacional.

Compreende-se, ainda, que essa limitação pode prejudicar a articulação entre os profissionais do campo, dificultando a eficácia das intervenções interdisciplinares e colaborativas, que são fundamentais no cuidado integral dos sujeitos. Nessa perspectiva, para superar essa fragilidade, é fundamental que haja um esforço contínuo de conscientização e aprendizado sobre o papel do terapeuta ocupacional, tanto dentro das equipes de saúde quanto na sociedade em geral. Nota-se ainda, que essa responsabilidade recai, em grande medida, sobre os próprios profissionais da categoria, que devem (ou deveriam) se empenhar em esclarecer, defender e promover o valor de sua atuação, assegurando que sua contribuição seja compreendida e plenamente aproveitada em um contexto do cuidado interdisciplinar.

É fundamental que lembremos constantemente que a Terapia Ocupacional, enquanto

campo de atuação profissional, está profundamente enraizada na compreensão e valorização da história de vida de cada indivíduo. O processo terapêutico não pode ser conduzido de forma impessoal ou padronizada; é essencial que os terapeutas ocupacionais reconheçam e respeitem as singularidades de cada pessoa, partindo do que realmente faz sentido para ela. Isso significa que, ao invés de simplesmente aplicar intervenções baseadas no que a rede de cuidados ou os demais profissionais do campo acreditam ser benéfico, é necessário entender o que, de fato, é significativo para o sujeito em questão.

Esse olhar centrado no indivíduo requer do/da terapeuta ocupacional o desenvolvimento de competências técnicas e de empatia necessárias para realizar uma avaliação precisa, que leve em consideração não apenas as condições clínicas e sociais dos usuários, mas também sua história de vida, suas vivências, suas experiências e suas aspirações. O processo de cuidado, portanto, deve ser construído a partir das necessidades e desejos da pessoa, com foco na construção de um caminho terapêutico compartilhado e corresponsável, conforme apontado pela terapeuta ocupacional 14, acreditando que esse movimento, por si só, abre espaço para a criação de intervenções personalizadas, que tenham impacto real no cotidiano do sujeito, promovendo sua autonomia e qualidade de vida.

para aquela pessoa e não o que a rede ou profissionais acreditam que seria benéfico (terapeuta ocupacional 14).

Refletir sobre a história de vida de cada pessoa, respeitando suas escolhas e valores, significa também reconhecer que cada ser humano tem uma maneira única de enxergar o mundo. O que pode ser importante para um pode não fazer sentido para outro. Portanto, o papel do terapeuta ocupacional é ser um facilitador dessa jornada, ajudando o paciente a conectar suas próprias referências, seus desejos e necessidades com as possibilidades de intervenção. Esse processo não é um simples alinhamento de práticas, mas uma construção conjunta, onde o terapeuta e o sujeito, juntos, traçam o caminho que melhor se adapta às especificidades daquela história de vida, conforme referido pela terapeuta ocupacional 22

Trazer essa conexão de tudo que é feito e proposto, refletir sobre a história de vida de cada um partindo daquilo que realmente faz sentido (terapeuta ocupacional 22).

Outro aspecto relevante identificado nas respostas adquiridas nesta pesquisa, no que tange às demandas e aos objetivos da Terapia Ocupacional em saúde mental, é a capacidade da profissão de, durante o processo de sofrimento psíquico, reconstruir as possibilidades de viver

das pessoas:

[...] então o TO pode auxiliar essa pessoa a resgatar sua identidade através da compreensão da história de vida e de algum modo buscar um meio de estruturação psíquica para viver (terapeuta ocupacional 20).

Após a crise, buscamos a reconstrução de vida e sua história com resgate e perspectivas pós alta (terapeuta ocupacional 37).

Embora compreenda-se que nem sempre seja possível restaurar todas as áreas da vida dos sujeitos, a Terapia Ocupacional tem a capacidade de atuar de forma significativa na grande maioria das esferas que compõem esse viver. O sofrimento psíquico frequentemente compromete a capacidade do indivíduo de se engajar nas atividades cotidianas, afetando a realização de tarefas muito simples ou muito complexas, além de prejudicar a manutenção de vínculos afetivos e sociais importantes para o bem-estar e para o *continuum* da vida.

Segundo Medeiros (2003), o instrumento fundamental da Terapia Ocupacional está profundamente alinhado com as propostas de transformação social que vivenciamos atualmente, especialmente no que diz respeito à lógica de (re)inclusão social. A profissão, que tem como ferramenta central a atividade, é capaz de refletir a cotidianidade do sujeito e, ao fazer isso, cria uma ponte para a transformação da vida das pessoas. No contexto da saúde mental, onde o sofrimento psíquico muitas vezes resulta no isolamento social e na exclusão, a Terapia Ocupacional se configura como um poderoso meio de resgatar e promover o protagonismo social daqueles que, historicamente, foram marginalizados, especialmente os que sofreram com as práticas da psiquiatria.

A atividade, enquanto principal recurso terapêutico, não se limita a ser uma simples intervenção, mas se transforma em um processo de reconquista da autonomia e do resgate da identidade das pessoas, conforme aponta a terapeuta ocupacional 10.

Conseguimos trazer para a equipe que a reabilitações psicossocial está atrelada ao desempenho do sujeito em atividades significativas para ele e seus familiares, incluindo aí a autonomia no autocuidado e protagonismo sobre o cuidado da própria saúde também (terapeuta ocupacional 10).

Ao retomar as práticas cotidianas, os usuários não apenas se reconectam com sua rotina, mas também com o mundo ao seu redor, recuperando um sentido de pertencimento e de protagonismo que muitas vezes foi subtraído durante sua trajetória de vida, principalmente em contextos de internação ou exclusão social imposta por modelos psiquiátricos opressivos. Nesse cenário, a Terapia Ocupacional se posiciona de maneira central como um agente crucial na

reintegração dos indivíduos à sociedade. Ela busca criar espaços e oportunidades para que as pessoas recuperem suas capacidades de agir, de se expressar e de se envolver com o meio social de maneira significativa.

Como relatado pelos profissionais e participantes desta pesquisa, o trabalho desenvolvido por terapeutas ocupacionais vai além de uma abordagem clínica limitada à reabilitação de habilidades afetadas/ perdidas pelo processo de sofrimento psíquico. A Terapia Ocupacional propõe, de fato, um processo mais amplo de (re)inclusão, no qual o sujeito é encorajado a reconectar-se com seu entorno, com suas atividades cotidianas e com a sociedade, rompendo com os estigmas e as barreiras que, historicamente, marcaram a sua exclusão.

Nesse contexto, Cardinalli (2017), ao investigar o conhecimento sobre a Terapia Ocupacional na realidade brasileira, destaca que muitas das discussões em sua pesquisa enfocam as dimensões centrais da vida das pessoas. A autora ressalta que conceitos como participação social, autonomia e liberdade são vistos como valores fundamentais na missão da Terapia Ocupacional de promover uma vida mais significativa. Esses valores foram apontados pelas terapeutas ocupacionais 08 e 46, que contribuíram com uma perspectiva importante sobre o papel da profissão na busca por uma vida mais plena e integrada, enquanto demandas direcionadas aos profissionais da área.

Além disso, trabalhar o resgate da autoestima, potencialidades e autoconhecimento com estas pessoas para o engajamento nesses projetos de vida, então o TO pode auxiliar essa pessoa a resgatar sua identidade através da compreensão da história de vida e de algum modo buscar um meio de estruturação psíquica para viver (terapeuta ocupacional 08).

Auxiliar as pessoas fazerem o que elas desejam, da maneira que elas podem. Explorando seus fazeres, rotina e cotidiano (terapeuta ocupacional 46).

Seguindo com as análises das respostas fornecidas pelos participantes desta pesquisa, quanto às demandas e objetivos da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, outro aspecto apresentado nas repostas nos encaminha para uma ideia de atuação profissional que vai focar no auxílio e na reconstrução do contínuo da vida de indivíduos que enfrentam intensos processos de sofrimento psíquico e que está profundamente vinculada aos momentos de crise e principalmente de pós-crise. Esse aspecto mostra ser de extrema relevância e merece destaque, visto que, muitas vezes, as intervenções terapêuticas ocupacionais — mediadas por atividades específicas — ganham uma perspectiva de que sua aplicação pode ser mais eficaz e significativa após o pico da crise em saúde mental.

É comum, no discurso como terapeutas ocupacionais, validar uma ideia de que é no pós-

crise que a vida começa a se reconstruir gradualmente, como um mosaico composto por momentos fragmentados, onde cada pedaço carrega uma história única e valiosa. Cabe, também, referir que essa validação não visa negar a experiência da crise, mas construir algo novo e significativo após a estabilização das intensidades do sofrimento psíquico. Trata-se de uma jornada contínua e processual de reconstrução, na qual, com o tempo, surgem novas perspectivas e se fortalece a resiliência do indivíduo. Embora desafiador, esse caminho abre espaço para o crescimento e a transformação pessoal, permitindo que a pessoa reconquiste seu equilíbrio, redescubra seus recursos internos e recupere o sentido de uma vida plena e significativa.

Nessa premissa, Ferigato, Campos e Ballarin (2007) destacam que, no manejo terapêutico, há uma linha muito tênue entre o consciente e o inconsciente, tanto no terapeuta quanto no paciente e, nessa dinâmica, o profissional que lida com o contínuo da crise enfrenta, diariamente, situações que rompem o mundo representacional do paciente, sendo a figura do terapeuta, nesse processo, uma ponte entre o indivíduo e a realidade. Para que essa função seja efetiva, é essencial que o terapeuta adote uma postura de suporte, afirmando a realidade do evento da crise, reconhecendo sua força destrutiva e permitindo que ela seja transformada em algo mais criativo e restaurador para o sujeito. As autoras enfatizam que os profissionais de saúde mental devem atuar como agentes que unam e cimentem os fragmentos do sujeito. Esse trabalho envolve ajudar o paciente a se reconstruir diante das adversidades enfrentadas, conectando os fragmentos de sua psique e auxiliando-o a lidar com as ruínas geradas pela crise.

Compreende-se que, após uma crise, o processo de recuperação vai além da mera restauração de uma saúde física, psíquica, social ou cultural. Trata-se de uma jornada de reencontro com a própria identidade, de reestruturação da trajetória de vida e de reconexão com o mundo ao redor. Nesse contexto, a atuação profissional realizada pelos terapeutas ocupacionais é essencial, oferecendo o suporte necessário para que os sujeitos encontrem novos caminhos para sua recuperação, recuperem sua confiança e reconquistem a autonomia.

É especialmente confiada aos terapeutas ocupacionais, no campo da saúde mental, a responsabilidade de auxiliar os indivíduos a retomarem suas funcionalidades de forma autônoma e significativa. Baseados em intervenções mediadas por atividades, os profissionais incentivam os sujeitos a redescobrirem suas habilidades e competências, promovendo sua adaptação às mudanças e aos desafios que surgem no pós-crise. Como observado, esse processo é fundamental para o fortalecimento da resiliência do sujeito, permitindo-lhe integrar as experiências vividas e avançar de forma mais equilibrada e funcional.

Frente a todas as articulações apresentadas até este momento nesta subseção, é crucial

destacar que, mesmo diante das diversas compreensões sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais de Terapia Ocupacional ou, ainda, das demandas que nos são direcionadas por outros profissionais das equipes de saúde, é essencial, conforme apontado por Gozzi e Lussi (2013), que o/a terapeuta ocupacional tenha plena consciência dos afetos que permeiam suas relações com os usuários, e essa conscientização deve ser articulada de forma fluida com as políticas de humanização, que servem como eixo orientador das políticas de saúde mental.

As autoras ressaltam que esse cuidado, fundamentado no afeto, deve ser voltado para a pessoa em sua totalidade, não para sua doença, e que, ao adotar essa abordagem, o terapeuta ocupacional consegue integrar uma prática que, enquanto técnica, também mantém uma dimensão humana essencial, promovendo um cuidado que valoriza o sujeito em sua complexidade. Nesse processo, a técnica e o afeto não são elementos dicotômicos, mas podem coexistir de forma harmônica, enriquecendo a intervenção terapêutica e potencializando os objetivos no cuidado à saúde mental.

Com base na afirmação apresentada pelas autoras, é fundamental que os profissionais da área tenham plena competência técnica para que possam realizar as suas avaliações e possam, assim, direcionar as intervenções pautadas nos referenciais teóricos metodológicos que sustentam os fazeres da profissão. Tais pilares se efetivam como essenciais, uma vez que, diante do processo de cuidado, permitem a compreensão do sujeito e de suas demandas, assim como abre possibilidades para a construção de um processo terapêutico compartilhado e corresponsável.

Nessa perspectiva, apesar das demandas direcionadas aos profissionais da área, a inserção de sujeitos dentro de um processo de intervenção e cuidado terapêutico ocupacional deve ser compreendido como uma competência dos profissionais de Terapia Ocupacional, visto serem os únicos profissionais competentes para tal ação, conforme relatado pela terapeuta ocupacional 08.

No CAPS onde trabalho, quando estamos discutindo casos e avalio que uma pessoa tem a necessidade de terapia em seu sentido amplo, eu geralmente me posiciono, diante de avaliação, indico a Terapia Ocupacional (terapeuta ocupacional 08).

Por meio da capacidade de tomada de decisões nos processos de intervenção em Terapia Ocupacional, novas configurações vão sendo moldadas no campo, transformando a forma como nos relacionamos com os colegas de trabalho e com a rede, permitindo-nos ocupar outros papéis no cuidado à saúde, especialmente no atendimento a pessoas em intenso sofrimento psíquico. Esse movimento nos conduz à gestão do cuidado, mediada pelo uso de tecnologias — duras,

leves-duras e leves — conforme a proposta de Merhy (1997). Essas tecnologias, quando articuladas com os diversos atores da rede, espaços, ambientes e contextos específicos, aproximam-nos das reais necessidades de cada usuário, como evidenciado pela terapeuta ocupacional 52.

Penso que isso também nos coloca em um lugar importante da gestão do cuidado, do arranjo do serviço, nos tornando pessoas que conseguem ampliar a visão e ter antecipação frente algumas questões, favorecendo o trabalho (terapeuta ocupacional 52).

Busca-se, portanto, acompanhar o sujeito em sofrimento psíquico no (re)encontro com o mundo e com seu próprio corpo, de maneira que sua vida se torne mais plena e significativa. O cuidado não se limita a resolver problemas, mas estar junto dessas pessoas na busca de uma vida em que seus valores sejam validados e seus direitos garantidos, vivendo as atividades do dia a dia de forma mais consciente e satisfatória. Em última análise, o grande desafio da Terapia Ocupacional é trazer à tona essa conexão entre o que é feito, o que é proposto, e aquilo que é essencial para o sujeito. A verdadeira transformação ocorre quando conseguimos enxergar o outro não apenas como um caso a ser resolvido, mas como uma história a ser entendida e respeitada, com todas as suas nuances e significados. É através dessa conexão profunda que podemos proporcionar um cuidado que realmente toca a vida das pessoas, no encontro de novos caminhos, mais significativos e mais alinhados com sua própria existência.

6.2.4. NÚCLEO TÉCNICO DA TERAPIA OCUPACIONAL

A Classe 2 (representada por palavras como *atividade, rotina, avaliação, habilidade e papel*) se refere ao que chamamos de competência do núcleo técnico da Terapia Ocupacional. Ao classificarmos dessa maneira, estamos destacando um conjunto de ações que possuem um caráter técnico no trabalho dos profissionais da área, voltadas para aspectos específicos de habilidades funcionais do indivíduo em suas atividades cotidianas. Compreendemos, ainda, que o núcleo técnico da Terapia Ocupacional abrange procedimentos detalhados e especializados, como adaptações, treinamentos de habilidades e avaliações funcionais, que têm como objetivo otimizar a capacidade do sujeito de realizar suas atividades básicas de forma autônoma e eficaz.

Esses procedimentos técnicos são essenciais para assegurar que o indivíduo consiga desempenhar suas atividades diárias de forma plena, seja no autocuidado, no trabalho ou no lazer. O papel do/a terapeuta ocupacional, ao lidar com essas questões, envolve a utilização de

ferramentas e estratégias que possibilitem uma análise detalhada das dificuldades enfrentadas pela pessoa, além de propor soluções adaptativas que promovam sua autonomia e melhorem sua qualidade de vida. Esse enfoque é reforçado por Mazak *et al.* (2021), que destacam o crescente interesse no uso de ferramentas que evidenciem as práticas cotidianas.

A avaliação, um dos pilares dessa classe, permite identificar as barreiras que interferem na execução das atividades dos usuários e, a partir disso, criar um plano de intervenção que aborda diretamente essas dificuldades. Esse processo não se limita a um simples diagnóstico, mas envolve uma análise minuciosa das habilidades do sujeito e das modificações necessárias para viabilizar a realização de suas tarefas diárias.

No campo da saúde mental brasileira, apesar de a proposta de uma avaliação procedimental para orientar a prática dos profissionais ser raramente abordada, em nossos discursos narrativos e em grande parte das práticas cotidianas, ela tem se tornado cada vez mais essencial diante das problemáticas enfrentadas pelas pessoas. Essa avaliação inicial e procedimental tem se mostrado um importante instrumento para estabelecer discussões técnicas com os colegas da área e com os demais profissionais da rede intersetorial. Como destaca Mângia (2002), embora o debate sobre a importância da avaliação nos processos de cuidado em saúde mental ainda seja incipiente, o desenvolvimento de metodologias qualitativas é essencial para a efetividade dos serviços substitutivos aos manicômios no Brasil. A autora defende que é possível qualificar a prática dos terapeutas ocupacionais ao integrar perspectivas avaliativas no processo de cuidado, permitindo uma intervenção adequada às necessidades individuais dos usuários e uma abordagem mais técnica e fundamentada nas discussões entre os profissionais envolvidos no cuidado desses usuários.

De acordo com Gossi e Lussi (2013), a avaliação do usuário no processo terapêutico ocupa uma posição central e fundamental no trabalho do terapeuta ocupacional, sendo um momento crucial para a compreensão profunda do usuário e de suas histórias de vida. A partir dessa avaliação, é possível traçar um panorama detalhado da realidade do indivíduo, o que permite a construção e o estabelecimento de objetivos terapêuticos ocupacionais personalizados e adequados às suas necessidades e contextos. Além disso, a avaliação desempenha um papel vital no fortalecimento e aprimoramento do vínculo terapêutico, criando uma base sólida para a construção da confiança e da parceria entre o terapeuta e o usuário, essenciais para o progresso do processo terapêutico. Nesse contexto, a avaliação também conduz as demais ações necessárias para o cuidado, orientando o terapeuta nas intervenções a serem realizadas.

As autoras ressaltam que a não utilização de instrumentos padronizados durante essa fase avaliativa não deve ser interpretada como um afastamento das técnicas e tecnologias que

são fundamentais para o exercício da profissão. Pelo contrário, a utilização de métodos mais flexíveis e contextualizados pode enriquecer a avaliação, permitindo um olhar mais atento e personalizado sobre as necessidades do usuário, respeitando suas particularidades e singularidades. Assim, a avaliação continua sendo um momento de extrema importância para o desenvolvimento de um plano de tratamento que seja verdadeiramente eficaz e alinhado com as necessidades reais do indivíduo.

Nesse contexto, a avaliação e a intervenção no desempenho e engajamento ocupacional se tornam elementos essenciais no trabalho diário do/da terapeuta ocupacional, especialmente no campo da saúde mental. É importante ressaltar que as mudanças ocorridas na área da saúde têm aproximado os profissionais da área de protocolos de avaliação, proporcionando uma direção mais clara no processo de cuidado. Esses protocolos ajudam a compreender melhor as dificuldades do usuário, permitindo a elaboração de intervenções mais precisas e eficazes, alinhadas às suas necessidades específicas. Essa abordagem é corroborada pelas terapeutas ocupacionais 18 e 33, que destacam a importância dessas ferramentas na prática diária.

A avaliação e intervenção com relação ao desempenho e engajamento ocupacional, atividades básicas e instrumentais de vida diária. Avaliação do desempenho ocupacional e intervenção através da análise da atividade (terapeuta ocupacional 18).

Acho que nossos protocolos de avaliação vêm melhorando cada dia mais e eles nos apontam norte com clareza (terapeuta ocupacional 33).

Outro pilar que se destaca para os/as participantes desta pesquisa está relacionado às tarefas que envolvem a elaboração de saberes técnicos e raciocínio terapêutico ocupacional sobre as atividades de vida diárias e atividades instrumentais de vida diária realizadas no cotidiano das pessoas:

A funcionalidade prejudicada, devido aos transtornos mentais, é um campo essencial de atuação da Terapia Ocupacional. Intervenções junto ao paciente e às famílias, relacionadas às atividades da vida diária e instrumentais da vida diária são relevantes campos de atuação da Terapia Ocupacional, além da socialização, de acordo com a necessidade de cada caso (terapeuta ocupacional 17).

[...] dar suporte às pessoas com transtorno mental que saíram do manicômio judiciário, trabalhando as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária, orientando quanto à autonomia e independência pós manicômio, articulando retomada de convívio familiar, de manutenção de tratamento (terapeuta ocupacional 29).

Atualmente atendo alguns pacientes de forma individual a fim de organizar demandas pontuais sobre cuidados com a casa, higiene pessoal, organização da rotina e ganho de autonomia (terapeuta ocupacional 01).

Organização de rotina, AVDs e AIVDs, adaptações, estimulação cognitiva (terapeuta ocupacional 38).

Essa temática foi abordada na seção anterior, sendo identificada como uma demanda para a categoria profissional. No entanto, nesse ponto, as evidências sobre a importância dessas atividades são ainda mais marcantes, levantando reflexões sobre o quanto elas podem ser consideradas estruturantes para a compreensão do núcleo técnico da profissão. O envolvimento com essas atividades não apenas reflete o trabalho do terapeuta ocupacional, mas também parece fortalecer a base de sua prática, no aspecto teórico-metodológico, sugerindo que elas desempenham um papel fundamental na construção de uma possível identidade profissional e na efetividade da intervenção terapêutica. Esse entendimento abre espaço para uma reavaliação da prática, destacando a relevância das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária como um dos eixos centrais na atuação do profissional e na estruturação do que compreendemos enquanto núcleo técnico.

Nos estudos realizados por Assad, Pedrão e Cirineu (2016) e por Juns e Lancman (2011), notamos uma convergência com os dados obtidos nesta classe ao enfatizarem a importância da atuação do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental e suas articulações com as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária no cotidiano de pessoas com intenso sofrimento psíquico. Tal atuação envolve um complexo conjunto de estratégias que visam não apenas a intervenção terapêutica, mas também a construção do cuidado de forma integral e personalizada e neste contexto, a abordagem do terapeuta ocupacional não se limita a ações isoladas, mas se configura como uma prática que envolve a compreensão e a intervenção nas chamadas atividades instrumentais de vida diária e nas atividades de vida diária.

As respostas das terapeutas ocupacionais 17, 29, 01, e 38 reforçam essa perspectiva, destacando que, no campo da saúde mental, essas atividades desempenham um papel no processo terapêutico, sendo vistas como meios essenciais para promover a autonomia, o bem-estar e a reintegração social das pessoas atendidas. A realização de uma prática terapêutica ocupacional no campo da saúde mental que passe pela estratégia de cuidado, com foco nas atividades instrumentais de vida diária e nas atividades de vida diária, não se limita ao ensino ou adaptação das tarefas cotidianas, mas envolve uma abordagem que considera as reais necessidades desses sujeitos em realizarem tarefas consideradas básicas, mas que possuem um nível de complexidade que, muitas vezes, limita o acesso à participação social das pessoas.

A partir dessas respostas ofertadas pelas participantes desta pesquisa, fica evidente a

importância das atividades instrumentais de vida diária e das atividades de vida diária no processo terapêutico, não apenas como estratégias operacionais, mas como componentes fundamentais que estruturam o núcleo técnico da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. Essas atividades, essenciais para a rotina dos indivíduos, são vistas pelas participantes da pesquisa como ferramentas-chave para a promoção do protagonismo dos usuários, permitindo-lhes exercer um papel ativo e autônomo no processo de recuperação. A articulação entre as práticas terapêuticas, centradas no desenvolvimento das habilidades necessárias para as tarefas cotidianas, reflete diretamente o que podemos considerar como o núcleo técnico da Terapia Ocupacional nesse contexto.

No campo da saúde mental, entendemos que o núcleo técnico da Terapia Ocupacional vai além de um conjunto de técnicas ou abordagens específicas, abrangendo um conjunto de intervenções interligadas que têm como objetivo promover a autonomia, a independência e o bem-estar dos indivíduos e, nesse sentido, os terapeutas ocupacionais atuam como facilitadores da reconstrução do cotidiano dos usuários, fornecendo-lhes as ferramentas necessárias para que possam lidar com as atividades diárias de maneira funcional, significativa e adaptativa.

Além disso, o núcleo técnico da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental se reflete nas diversas estratégias de intervenção utilizadas pelos terapeutas ocupacionais e onde quer que haja repercussões ocupacionais — ou seja, onde quer que as limitações decorrentes do sofrimento psíquico prejudiquem o engajamento do indivíduo na realização de suas atividades da vida diária, o terapeuta ocupacional apresenta competência para atuação, conforme explicitado pelo terapeuta ocupacional 47.

O TO atua sobre as repercussões ocupacionais do sofrimento psíquico. Onde houver repercussão ocupacional o TO pode e deve agir (terapeuta ocupacional 47).

As respostas das participantes da pesquisa evidenciam que o núcleo técnico da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental vai além do uso de técnicas isoladas. Esse núcleo é formado por um conjunto de práticas integradas e estratégias. Na Terapia Ocupacional, a abordagem prática, fundamentada na compreensão da práxis, envolve a aplicação do conhecimento técnico especializado, aliado à capacidade de reflexão crítica e adaptação às necessidades e condições específicas de cada pessoa. Ao invés de se basear apenas em protocolos rígidos, a prática terapêutica deve ser construída de maneira dinâmica e reflexiva, permitindo ajustes contínuos que garantam um cuidado mais eficaz e sensível, alinhado às realidades e exigências do contexto de saúde mental. Essa abordagem não apenas facilita uma avaliação mais precisa das competências necessárias para o tratamento, mas também reconhece

a relevância da prática cotidiana e da experiência como pilares no desenvolvimento profissional do terapeuta ocupacional. A interação entre saberes formais e informais, bem como entre teoria e prática, possibilita a identificação de novas oportunidades para o aprimoramento da formação e do desempenho profissional. Esse processo contínuo de adaptação e reflexividade é essencial para atender às demandas do campo da saúde mental, permitindo ao terapeuta ocupacional ajustar suas intervenções conforme as necessidades emergentes dos usuários e dos contextos em que atuam e a evolução dos conhecimentos/pilares técnico-científicos da profissão.

Outro elemento central na construção do núcleo técnico em Terapia Ocupacional é a capacidade de proporcionar um cuidado fundamentado em um olhar integral e sensível. Essa abordagem enfatiza as ocupações humanas como ferramentas essenciais para a recuperação e promoção da saúde. Para a Terapia Ocupacional, o conceito de ocupação ultrapassa as simples atividades do cotidiano, assumindo um papel mais amplo e significativo. Esse princípio é claramente evidenciado no trabalho da terapeuta ocupacional 07, que reforça o olhar como perspectiva do/da terapeuta ocupacional a partir de práticas alinhadas às necessidades e particularidades de cada pessoa.

O olhar do terapeuta ocupacional perpassa todas as práticas em saúde mental, uma vez que compreende as ocupações humanas e as atividades significativas e as atividades básicas e instrumentais de vida diária, que frequentemente estão prejudicadas quando há sofrimento psíquico intenso (terapeuta ocupacional 07).

A perspectiva ocupacional combina o conhecimento técnico e terapêutico com o respeito às singularidades de cada indivíduo. Isso possibilita ao terapeuta atuar na recuperação das ocupações que têm significado para o paciente, indo além da mera execução de tarefas. Nesse contexto, o terapeuta busca promover a saúde mental de forma abrangente, considerando o impacto das atividades que conferem sentido e propósito à vida do paciente.

Assim, compreendemos que a perspectiva da/do terapeuta ocupacional em saúde mental, sustentada por seu núcleo técnico, amplia a execução de suas tarefas, construindo um caminho de recuperação que resgata o protagonismo do indivíduo sobre sua própria vida e ocupações, possibilitando-lhe vivenciar o mundo de forma mais plena, saudável e com sentido.

6.2.5. ELEMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA O DELINEAMENTO DO NÚCLEO PROFISSIONAL DA TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL

A Classe 3 (representada pelas palavras *campo, achar, formação, indivíduo, ver, clínica,*

ação, prática, olhar, visão, atuação, dentre outras) indica o delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental.

Para a realização dessa construção, com base nas respostas obtidas dos profissionais que responderam ao questionário desta tese, apoiamo-nos nas reflexões de Campos (2011), que propõe uma visão do campo da saúde como um domínio de saber aplicado, destacando-se, dessa forma, das abordagens tradicionais que sustentam uma concepção de saúde exclusivamente baseada no conhecimento científico formal e nas evidências empíricas obtidas por meio desse viés. Essa visão contrasta com a tendência de compreender a saúde de maneira rígida e puramente técnica, oferecendo uma perspectiva mais abrangente e integrada. O autor enfatiza que o trabalho no campo da saúde não pode ser reduzido a uma simples aplicação de conhecimentos previamente estabelecidos, mas deve ser fundamentado em práticas intencionais e reflexivas, que visem não apenas à melhoria das condições de saúde, mas também à transformação da realidade social. Para tanto, é imprescindível que haja uma articulação entre o saber e a prática, de modo a gerar novos significados e valores, capazes de promover mudanças significativas nos contextos de saúde e nos processos de cuidado.

Nesse contexto, Campos (2011) afirma que a racionalidade que orienta a relação entre o saber e a prática no campo da saúde é a práxis, que pode ser entendida como uma atividade dinâmica que surge da necessidade diária de equilibrar a reflexão crítica com a ação concreta. A práxis, assim, não é um simples exercício de aplicação de teorias, mas um processo vivo, no qual indivíduos e grupos, ao enfrentarem os desafios do cotidiano, ajustam suas práticas com base em uma compreensão mais profunda das condições, necessidades e objetivos específicos que se apresentam em cada situação. Essa dinâmica permite que o trabalho em saúde seja mais do que uma mera repetição de ações previamente estabelecidas, tornando-se um espaço de constante adaptação e transformação. A práxis, portanto, é uma ação reflexiva e transformadora, funcionando como um ponto de convergência entre a teoria, a prática e a inovação tecnológica, sempre com o objetivo de promover um cuidado mais humanizado, eficiente e contextualizado.

Quando nos referimos à racionalidade da “tecnologia leve”, a práxis ganha uma dimensão ainda mais significativa, pois se afasta das abordagens mais rígidas e técnicas que caracterizam a chamada “tecnologia pesada” tradicional. A tecnologia leve, conforme descrita por Campos (2011), está diretamente associada à busca por soluções mais adaptáveis, que considerem as particularidades das comunidades e os contextos específicos em que são aplicadas. Em vez de buscar a padronização e o controle, a tecnologia leve privilegia a flexibilidade e a criatividade, elementos essenciais para que a práxis seja exercida de maneira mais autêntica e eficaz. Essa abordagem possibilita a adaptação das práticas de saúde de acordo

com as especificidades culturais, sociais e ambientais dos territórios onde são implementadas, respeitando as diversidades e as necessidades locais. Assim, a práxis não é uma prática engessada, mas uma forma de atuação criativa, capaz de responder de maneira inovadora e sensível às demandas da realidade.

Além disso, Ceccim (2012) complementa essa perspectiva ao destacar que a competência no saber-fazer no campo do trabalho em saúde não se resume a um conjunto de informações ou conhecimentos teóricos adquiridos. A competência é, na verdade, uma construção que se dá por meio da prática e da experiência cotidiana. Em sua análise, Ceccim sugere que a competência é mais próxima da inteligência prática que emerge a partir da vivência, focando mais no que foi aprendido a partir das experiências concretas do que nas normas ou técnicas prescritas. A aprendizagem, portanto, acontece porque houve oportunidades reais para experimentar, errar, corrigir e compreender as situações de maneira mais profunda. Esse processo de aprendizagem contínua contribui para o desenvolvimento do coletivo de trabalho, integrando tanto os saberes formais, adquiridos em espaços acadêmicos e profissionais, quanto os saberes informais, que se constroem no dia a dia das práticas, nas trocas entre os profissionais e nas interações com as comunidades atendidas. Dessa forma, a competência não é um atributo individual, mas um processo coletivo que se fortalece e se expande à medida que o grupo aprende, compartilha e transforma suas práticas de acordo com as realidades que enfrenta.

Ao tentar delinear o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, observa-se que muitos terapeutas ocupacionais defendem a ideia de que esse núcleo deve ser entendido como uma especialidade, muitas vezes com um caráter restrito e fechado em relação ao restante do campo profissional. Essa perspectiva sugere a ideia de um campo autônomo, distinto de outras abordagens terapêuticas, e, portanto, com um conjunto de práticas e saberes próprios, que se consolidariam como uma especialização. No entanto, a proposta deste trabalho visa problematizar e refletir criticamente essa visão, ao contrastá-la com a concepção de “núcleo profissional” de forma mais ampla, que não se limita ao especialismo, mas integra o campo da saúde como um todo.

Essa distinção entre especialismo e núcleo profissional é central para a proposta da tese e se configura como uma discussão fundamental para demarcar a posição adotada ao longo do estudo. O especialismo, por sua natureza, tende a promover uma segmentação do conhecimento e da prática, focando em competências e saberes altamente especializados e muitas vezes restritos a um determinado campo ou contexto. Por outro lado, a proposta de “núcleo profissional”, em sua abordagem mais abrangente, envolve a inter-relação e a articulação dos

saberes, práticas e valores que compõem a profissão de terapeuta ocupacional, não apenas em um âmbito específico, mas integrando diferentes áreas da saúde, e considerando as múltiplas dimensões que envolvem o cuidado em saúde mental. No entanto, a terapeuta ocupacional 15 pontua:

Acredito que ainda se precise politizar mais os Terapeutas Ocupacionais e trazerem para o campo abordagens mais da clínica da Terapia Ocupacional, pois percebo nos novos TO uma abordagem ampla não trazendo a especificidade da Terapia Ocupacional (terapeuta ocupacional 15).

O relato da terapeuta ocupacional 15 sugere que, apesar das discussões sustentadas até este momento, tanto no campo prático como no teórico, ainda persiste uma lacuna importante que precisa ser mais profundamente problematizada. A profissional aponta que, apesar dos avanços na compreensão e no desenvolvimento da profissão, há necessidade de maior engajamento político e de uma revalorização das abordagens clínicas específicas dessa área.

A elaboração evidenciada pela profissional citada anteriormente se alinha a uma atuação profissional no campo da saúde mental que, se por um lado vem se tornando cada vez mais parte de um trabalho interprofissional, por outro pode apresentar o risco de perder de vista a especificidade que caracteriza a profissão. Há uma linha tênue na construção deste pensamento que requer cuidados e reavaliações. O trabalho interprofissional, essencial para uma abordagem integrada nas necessidades do paciente, pode diluir a função específica de cada profissão. Ao refletir sobre a atuação do terapeuta ocupacional na saúde mental, muitos profissionais reconhecem a importância de um trabalho conjunto e interdisciplinar, conforme já relatado nas seções iniciais desta tese. No entanto, também afirmam que a atuação do terapeuta ocupacional vai além de ser apenas um mediador dentro desse processo, conforme aponta a terapeuta ocupacional 11:

O terapeuta ocupacional enquanto mediador, faz-se necessário no que se refere a recuperação da independência e autonomia do indivíduo, não havendo especificação de campo, mas agregando construções interdisciplinares em prol da recuperação dos valores de autoestima e cidadania (terapeuta ocupacional 11).

Como vimos em análises anteriores, para as/os participantes, a Terapia Ocupacional oferece uma contribuição que se distingue pela ênfase na autonomia, autoestima e cidadania dos indivíduos, aspectos que são trabalhados de maneira detalhada e personalizada a partir das necessidades e singularidades de cada sujeito. Esse processo de delineamento revela um dos possíveis desafios centrais para a profissão no campo da saúde mental: encontrar o equilíbrio

entre a ampliação das fronteiras do trabalho interprofissional e a preservação da especificidade da profissão. Em um contexto de crescente complexidade na atenção psicossocial, é essencial que os terapeutas ocupacionais se engajem politicamente e reconheçam o valor de sua perspectiva e abordagens próprias.

Ainda nessa perspectiva de explorar as pistas para o delineamento do núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, as participantes apresentam questões semelhantes quando direcionadas à clínica da infância e adolescência, especialmente no que se refere às demandas de outros profissionais da área. Segundo Táparo e Cid (2024) e Táparo, Constantinidis e Cid (2024), diversas questões de ordem psíquica e/ou social podem impactar diretamente a saúde mental de crianças e adolescentes, afetando, consequentemente, suas possibilidades de experiências e vivências. As autoras ressaltam que, ao compreender o terapeuta ocupacional como um profissional que estuda e aplica sua prática nas rotinas e atividades que compõem o cotidiano, e ao ver crianças e adolescentes como sujeitos em pleno processo de desenvolvimento, é possível identificar uma demanda específica para a profissão, especialmente no que diz respeito ao Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Nesse contexto, o terapeuta ocupacional é reconhecido por suas competências teórico-metodológicas e práticas, sendo capaz de intervir efetivamente com essa população. Essa concepção é corroborada pelas respostas fornecidas pelas terapeutas ocupacionais 22 e 06, conforme será descrito a seguir.

Pensando na saúde mental infantojuvenil, nosso olhar é bastante solicitado para crianças que são não verbais ou com dificuldades na comunicação, assim como para orientar e manejar os pais (terapeuta ocupacional 22).

Mas percebo que a equipe me convoca muito para as ações grupais, acompanhamento de usuários autistas... (terapeuta ocupacional 06).

Apesar da atenção dedicada a este ponto, é importante, ainda, ressaltar a relação dos terapeutas ocupacionais com outros profissionais da equipe interprofissional atuantes no campo da saúde mental. Nesse contexto, os/as terapeutas ocupacionais frequentemente recorrem à comparação como uma forma de identificar elementos que possam contribuir para o delineamento do núcleo específico da Terapia Ocupacional. Essa prática comparativa surge, em grande parte, da necessidade de destacar as particularidades e competências exclusivas da profissão no cuidado ao paciente, conforme destacado pelo terapeuta ocupacional 14:

Nenhum outro profissional tem repertório para o cuidado prático no cotidiano de quem

nós atendemos. A autonomia e independência dos pacientes (terapeuta ocupacional 14).

Além dessa questão, a terapeuta ocupacional 25 destaca que

Mas se eu precisasse dizer algumas coisas que eu penso como específicas, ou se não, que com certeza fazemos bem e melhor que os outros núcleos profissionais, seria o olhar e análise das atividades humanas (terapeuta ocupacional 25).

Essas declarações ressaltam a singularidade da Terapia Ocupacional dentro da equipe interprofissional, destacando como sua atuação se diferencia de outras abordagens de cuidado. Ao focar no fortalecimento da independência e autonomia do usuário por meio da análise e intervenção nas atividades cotidianas, a Terapia Ocupacional assume um papel único no processo de cuidado. Assim, esse movimento de comparação entre os diferentes núcleos profissionais não só evidencia as competências específicas da profissão, mas também reforça a importância fundamental do/da terapeuta ocupacional nos processos de cuidado em saúde mental. Neste ponto, acreditamos ser enfatizado que a habilidade de observar, compreender e analisar as atividades cotidianas e suas implicações no bem viver do usuário é uma competência exclusiva da Terapia Ocupacional. Essa capacidade de focar no aspecto funcional e contextual das atividades humanas permite que a/o terapeuta ocupacional ofereça uma intervenção especializada, promovendo mudanças práticas significativas na vida das pessoas.

Associado à questão apresentada, outro aspecto relevante identificado neste processo, que nomeamos como delineamento do núcleo profissional neste campo, diz respeito à formação do terapeuta ocupacional e suas contribuições para a atuação em saúde mental. Palm *et al.* (2015), ao investigar o repertório de formação dos terapeutas ocupacionais neste contexto, destacam que a maioria dos conteúdos abordados nas disciplinas específicas de saúde mental, bem como a abordagem pedagógica adotada, estão em sintonia com as transformações impulsionadas pelas mudanças legislativas e pelos novos cenários assistenciais decorrentes do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Para as autoras, ao longo deste processo formativo, os profissionais desenvolvem competências essenciais, como o domínio das Políticas Públicas e Políticas Públicas de Saúde Mental, o conhecimento dos modelos e marcos teórico-metodológicos da Terapia Ocupacional, a habilidade de trabalhar em equipe, a compreensão do ser humano e suas atividades cotidianas, o estudo e a análise da atividade humana, além de uma postura ética e profissional. Também é enfatizada a capacidade de realizar atendimentos tanto nas modalidades individuais quanto grupais. Dessa forma, esses conteúdos ampliam o repertório crítico dos profissionais e

expandem sua capacidade teórico-prática, reforçando as questões levantadas pelas participantes 21 e 42, conforme o trecho a seguir:

[...] outro ponto que é um diferencial da formação dos terapeutas ocupacionais, a concepção do que é saúde e de como produzi-la. Ainda que esbarre no campo também, nossa formação tem a marca de uma concepção de saúde ampliada, que olha para o território, para sua dinâmica e dinâmica sócio, político, econômica (terapeuta ocupacional 21).

A formação do Terapeuta Ocupacional para atuar frente a grupos e oficinas continua sendo um diferencial. O manejo dos grupos, a análise de atividade, entendimento acerca do uso terapêutico de recursos artísticos são aspectos que dominamos e que nos diferencia dentre os outros técnicos do psicossocial (terapeuta ocupacional 42).

Ainda nessa perspectiva da formação, corroboramos uma premissa que compreende que o campo da saúde mental é vasto e composto por diversos saberes que se entrelaçam, ampliando nossa compreensão sobre o ser humano e a complexidade de suas vivências. À medida que nos aprofundamos nesse campo, tornamo-nos mais flexíveis e criativos na forma de atuar, reconhecendo que cada indivíduo traz consigo uma história única e um conjunto de experiências que vão além do diagnóstico clínico.

Diferentes saberes compõem o nosso campo de conhecimento e de atuação e na prática nos tornamos mais flexíveis e criativos. Acho importante na saúde mental conseguir compreender o indivíduo para além da doença e facilitar sua inserção nos espaços de vida (terapeuta ocupacional 27).

Os processos formativos na Terapia Ocupacional ampliam as possibilidades de construção de práticas teórico-metodológicas integradas. Esses processos podem fomentar um campo de interfaces entre arte, saúde e cultura, conforme destacado por Castro *et al.* (2016). Segundo as autoras, essa abordagem abre caminhos para o desenvolvimento de redes e tecnologias socioculturais nos territórios. Essa perspectiva permite ao profissional construir um conhecimento crítico que transcende o campo tradicional da saúde, promovendo intervenções mais amplas e contextualizadas. Além disso, as autoras reforçam que a aproximação entre os campos das artes, saúde e cultura, aliada à preocupação em ampliar o acesso ao universo sociocultural, contribui para a elaboração de respostas complexas às demandas dos usuários. Essas ideias convergem com as reflexões da terapeuta ocupacional 33, que enfatiza a relevância deste ponto durante o processo de compreensões sobre o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental.

A relação com o cotidiano, com o campo dos fazeres e da arte. A formação que dialoga

com diversos campos, saúde, assistência, cultura. Acho que a principal é de ativar um campo de comunicação entre os atores envolvidos no tratamento, desmistificar a doença mental e ser um elemento para expressão do paciente (terapeuta ocupacional 33).

Acreditamos que, nesse contexto, os terapeutas ocupacionais são instigados a pensar no “fazer” e no “estar com” como práticas que ultrapassam o âmbito técnico, integrando presença, escuta e relação. Essas práticas são orientadas por uma lógica de clínica ampliada e acolhimento, promovendo um cuidado mais humanizado e relacional. Esse diferencial na formação em Terapia Ocupacional permite a construção de uma perspectiva singular e complexa, capacitando o profissional a enfrentar os desafios da prática com sensibilidade e profundidade, o que distingue essa área de outras profissões no campo da saúde, conforme descrito pela terapeuta ocupacional 35.

A escuta qualificada, formação do vínculo e vários outros atributos da clínica ampliada estão presentes na formação deste profissional. Além disso, a saúde mental faz parte dessa formação através do currículo que contempla essa área em um campo vasto, diferente de outros profissionais que não apresentam uma carga horária extensa nessa área (terapeuta ocupacional 35).

Em sequência a esse exercício, a forma de vinculação com o sujeito foi destacada como um diferencial da/do terapeuta ocupacional, indicando outras pistas para este delineamento. Nessa perspectiva, Castro (2005) destaca que, no vínculo terapêutico, a relação entre terapeuta e sujeito é permeada por diversos processos que promovem uma dinâmica de estímulo mútuo, funcionando como um ensaio para a interação social. Esse vínculo possibilita que o sujeito gradualmente assuma a responsabilidade por alcançar seus próprios objetivos, e nesse contexto relacional ocorre a construção de uma percepção de si mesmo como autor de suas ações e da compreensão de que essas ações possuem consequências previsíveis, reforçando o protagonismo do indivíduo em seu processo terapêutico.

Krutli (2024), ao investigar os significados das intervenções terapêuticas ocupacionais no campo da saúde mental a partir da perspectiva dos sujeitos atendidos, destaca a importância do vínculo terapêutico na prática dos terapeutas ocupacionais. Segundo a autora, essa relação é construída de forma horizontal e intencional, marcada por uma postura ética e afetiva que cria um ambiente propício para o cuidado. Os sentidos relatados pelos sujeitos atendidos indicam que os/as terapeutas ocupacionais, nesse contexto, estimulam os indivíduos a construir suas vidas por meio de provocações, sugestões e do uso de instrumentos que promovem inclusão e participação social. Esse processo e essa conexão garantem o acesso aos usuários em seus grupos e territórios, sustentado pelo vínculo terapêutico estabelecido, além de criar

oportunidades para encontros significativos, fortalecendo as intervenções e promovendo a transformação das realidades dos sujeitos envolvidos.

Essas perspectivas estão em sintonia com as respostas apresentadas pelas terapeutas ocupacionais 01, 12 e 37, conforme descrição que se segue.

Penso que o acompanhamento é longitudinal e atravessado pelo vínculo, que se fortalece nesses encontros, nessa abertura a estar com uma forma da Terapia Ocupacional fazer saúde e que vai ao encontro ao campo da saúde mental (terapeuta ocupacional 01).

Teria muitos pontos para falar, mas acho que a maioria se conecta por esse ir a ato, esse fazer com o corpo terapeuta ocupacional que se dispõem abertura para estar com, para trocar, não apenas levar algo (terapeuta ocupacional 12).

[...] usuários, mas também poder afetar-se, recolher algo dessa experiência dividida (terapeuta ocupacional 37).

Para as/os participantes, no fazer profissional da/do terapeuta ocupacional há uma aposta no sujeito-alvo das ações no campo da saúde mental:

O terapeuta ocupacional reabilita o que nos é mais precioso na vida que a capacidade de fazer escolhas e de atuar no mundo conforme nossas escolhas. É possibilitar um mundo de possibilidades, através do ato e não somente da fala. Na Terapia Ocupacional você não precisa dizer que ele é capaz, o paciente descobre em ato. Potência em valorizar, proporcionar espaço ao outro, mesmo ninguém mais apostando nessa possibilidade (terapeuta ocupacional 09).

Nessa perspectiva, é relevante resgatar as palavras de Freire (2020) ao tratar da importância de acreditar no outro, fazendo uma conexão com a fé, vista como um elemento essencial que antecede o encontro entre os indivíduos. Para ele, a fé não se limita a um conceito racional ou ideológico, mas se traduz em uma crença profunda na capacidade humana de superar limites e se transformar. Freire afirma que a verdadeira dialógica só é possível através dessa fé, pois é nela que reside a confiança na potencialidade humana, fundamental para a transformação e renovação. Assim, para o autor, a fé no outro precede o encontro direto, criando as condições para que esse encontro genuíno aconteça, mesmo antes de qualquer interação efetiva.

Na prática da Terapia Ocupacional, é fundamental perceber e valorizar as capacidades do sujeito, mesmo quando ele ainda não as reconhece ou não consegue alcançar esse nível de autoconhecimento. O terapeuta, com uma abordagem acolhedora e empática, oferece um ambiente seguro e de confiança, permitindo ao usuário explorar suas próprias possibilidades.

Isso cria uma base para que ele se reconstrua a partir de sua vivência, história e expectativas, descobrindo, gradualmente, sua capacidade de agir, fazer e transformar sua realidade.

A verdadeira transformação, no entanto, só ocorre quando existe aposta no outro, especialmente no campo da saúde mental, onde o estigma e os preconceitos frequentemente recaem sobre aqueles que enfrentam sofrimento psíquico intenso. Sem a crença na capacidade humana de superar desafios e se reconstituir, o processo terapêutico perde sua potência. Por isso, quando o terapeuta ocupacional acredita genuinamente no paciente, ele abre as portas para um futuro diferente, mais saudável e com mais possibilidades.

Acho que a principal é de ativar um campo de comunicação entre os atores envolvidos no tratamento, desmistificar a doença mental e ser um elemento para expressão do paciente. Podemos de fato pensar todas as etapas para que os projetos de vida se desenvolvam, conseguimos enxergar possibilidades e meios de que mesmo na falta é possível fazer (terapeuta ocupacional 47).

A Terapia Ocupacional se configura, portanto, como um campo onde a aposta no potencial de transformação do outro se reflete em cada ação, em cada encontro e em cada pequena conquista. Esse processo demonstra um percurso significativo no delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, como apontado pelas terapeutas ocupacionais 11 e 32. Elas destacam que, por meio dessa relação de confiança, o sujeito não apenas passa a acreditar em si mesmo, mas também passa a reconstruir sua trajetória de vida com mais autonomia e resiliência.

Nos dados deste estudo, foi possível observar que o olhar da/o terapeuta ocupacional é destacado como um elemento definidor da especificidade das suas ações. Contudo, em algumas respostas, notamos que esse olhar é descrito de maneira vaga, sem um aprofundamento claro sobre como ele contribui diretamente para o delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental:

O que diferencia as atividades dentro do caps é o olhar do terapeuta ocupacional (terapeuta ocupacional 11).

O terapeuta ocupacional tem o olhar diferenciado para perceber o indivíduo enquanto ser ocupacional e sua relação com o ambiente, atividades, contexto social e o impacto destes fatores na saúde mental do sujeito (terapeuta ocupacional 32).

Segundo Lima (2004), na Terapia Ocupacional, buscamos estabelecer relações com os sujeitos por meio da mediação de atividades. Nesse processo, o terapeuta não deve se limitar a simplesmente “ver”, mas deve ser capaz de “olhar” atentamente — pois, sem esse olhar atento,

ele/ela não conseguirá se engajar de forma verdadeira em um plano de troca com os sujeitos-alvo de intervenção. Para que um canal de comunicação genuíno se estabeleça, é essencial que o/a terapeuta escute e observe com cuidado a ação do sujeito no mundo, acolhendo essa ação como uma forma de expressão que revela algo importante, mesmo quando o ato ainda não é capaz de ser verbalizado ou nomeado.

Para a autora, ao observar alguém que está produzindo algo, o objetivo não é apenas perceber um único fator isolado, mas sim compreender a relação entre os diversos elementos envolvidos: a relação entre o sujeito e sua ação, entre o sujeito e o terapeuta, e entre o sujeito e o mundo. “Nesta perspectiva, olhar torna-se sinônimo de cuidar, zelar” (Lima, 2004, p.46), pois implica um envolvimento profundo e cuidadoso com o outro, reconhecendo-o em sua totalidade e singularidade. Esse olhar acolhedor, como ressaltam as terapeutas ocupacionais 11 e 32, cria um espaço de acolhimento, onde o sujeito se sente reconhecido e respeitado em sua individualidade, favorecendo um processo de transformação e recuperação.

O olhar da/o terapeuta ocupacional, que se caracteriza pela sensibilidade e empatia, não se limita a uma observação superficial:

Acredito que a ação do Terapeuta ocupacional seja essencial desde o acolhimento e principalmente para a construção do PTS pois o seu olhar é singular para cada frequentador permeando sobre todos os campos da saúde e principalmente da participação social (terapeuta ocupacional 25).

Por outro lado, outras respostas demonstraram maior clareza, além de especificarem e qualificarem esse olhar da/do terapeuta ocupacional e sua contribuição no delineamento do núcleo profissional.

Todas as atividades desenvolvidas em um CAPS, independente da modalidade, se valem muito do olhar e da contribuição do Terapeuta Ocupacional. Nas atividades de grupo pois estas são essenciais para que sejam trabalhadas a socialização, o protagonismo, sentido de pertença e autonomia desses indivíduos (terapeuta ocupacional 48).

Enquanto trabalhadora de CAPS acredito que na prática nestes serviços não tenhamos atribuições específicas, porém nossa prática se dá através deste olhar para a rotina e repertório de atividades muitas vezes empobrecido, isolamento social e dificuldades na interação social, dificuldade na organização, planejamento e sustentação de projetos e a Terapia Ocupacional tem uma potência para trabalhar essas questões (terapeuta ocupacional 51).

Os relatos das terapeutas ocupacionais 25, 48 e 51 partem de um olhar integrado que permite o desenvolvimento de propostas terapêuticas ocupacionais que superam as abordagens

reducionistas ou medicalizantes, que frequentemente limitam a visão do sujeito às suas próprias questões sintomáticas. Inferimos que, a partir de um olhar atento e sensível, é possível identificar que o processo de intervenção na Terapia Ocupacional vai muito além do tecnicismo científico — embora o conhecimento técnico seja imprescindível para a produção de cuidado, adquirindo uma dimensão mais profunda e eficaz quando é integrado às necessidades, histórias e realidades dos sujeitos.

Nesse contexto, a prática terapêutica se transforma em um campo de cocriação, no qual terapeuta e sujeito se engajam juntos em um processo colaborativo de descoberta e construção de soluções:

Vejo como potente atender a singularidade de cada sujeito, de considerar a sua experiência anterior, modo atual e expectativa futura de se colocar em atividade. Assim, participo dos ciclos, dos altos e baixos e, com o sujeito, vamos construindo maneiras possíveis e saudáveis de se estar no mundo (terapeuta ocupacional 26).

Essa abordagem permite que o sujeito participe ativamente da definição de suas metas e estratégias terapêuticas, tornando o processo mais significativo. Como destacam as terapeutas ocupacionais 34 e 41, esse tipo de prática favorece um cuidado atento às necessidades para ocupação de espaços que lhes são de direito.

Um olhar e ações práticas no cotidiano desse usuário, assim como o empréstimo do desejo dele para o usuário ocupar espaços e posições que muitas vezes não se vê (terapeuta ocupacional 34).

Não sei se respondi, mas acredito que há um olhar para os recursos disponíveis frente à demanda que emerge e então pensa-se adaptações ou mesmo se há alguma maneira de operacionalizar de outro modo (terapeuta ocupacional 41).

Nesse campo, as/os terapeutas ocupacionais vão pela via dos instrumentos/ recursos utilizados nas ações da Terapia Ocupacional como perspectiva de delineamento do núcleo profissional. Nesse contexto, observa-se que a realização de atividades adquire uma relevância significativa, pois desempenha um papel fundamental na mediação da relação entre o terapeuta e o sujeito atendido.

Ribeiro *et al.* (2017), ao abordarem o tema, destacam que os indivíduos que participam de processos de intervenção em Terapia Ocupacional na modalidade grupal, ao realizarem atividades que interagem entre o coletivo e o individual, são estimulados em um ambiente seguro, o que os permite se reorganizar e enfrentar novos desafios em seu cotidiano. Nesse contexto terapêutico, caracterizado pela tranquilidade e segurança, as atividades são

compartilhadas, o que cria um ambiente propício para que os participantes se sintam seguros o suficiente para contribuir com o outro. Esse processo pode ser visto como uma metáfora para a expansão dos repertórios de vida dos indivíduos, envolvendo diretamente ou indiretamente as produções e atividades realizadas ao longo do processo terapêutico.

Os autores ainda ressaltam que, apesar das perspectivas mencionadas, não é possível analisar esses resultados sem considerar o local em que muitas dessas práticas ocorreram. Para Couto (2023), que realizou pesquisa sobre a utilização de dispositivos grupais por terapeutas ocupacionais trabalhadoras de RAPS,

a partir das atividades realizadas em grupo, a Terapia Ocupacional busca encontrar interesses, dificuldades, descobertas de criação e potencialidades, que se inserem dentro de um ambiente físico, social e contratual; junto às pessoas, em um dado tempo histórico; a partir do entrelaçamento das histórias das pessoas com as dos lugares; e, sempre atreladas a um porquê inicial de estarem ali. O emprego das atividades se diferencia não apenas pelos contextos em que as terapeutas ocupacionais atuam, mas pelo modelo de atuação junto ao grupo com quem a atividade é realizada (p.63).

O CAPS, enquanto espaço de cuidado que se constitui como ponto de atenção da RAPS, amplia as possibilidades de um cuidado mais focado e centrado nas necessidades reais do indivíduo, tem suas atividades realizadas prioritariamente em espaços coletivos. Em relação às ações da Terapia Ocupacional no CAPS, as terapeutas ocupacionais 12 e 23 afirmam:

Vejo uma potência muito grande da Terapia Ocupacional nos grupos no CAPS, podendo trazer sentido para o fazer e possibilitando ressignificar experiências a partir do fazer (terapeuta ocupacional 12).

O forte atualmente da minha atuação dentro do Caps II são as oficinas terapêuticas e o ganho percebido de pacientes que foram convidados a participar, antes eles sem nenhuma perspectiva ou entusiasmo e com o tempo se identificarem com a atividade, como por exemplo aprendem a fazer sozinhos, compram materiais para fazer em casa e tentar vender para amigos, familiares (terapeuta ocupacional 23).

Nessa mesma linha, Montezor (2013), ao compartilhar a experiência de grupos e oficinas terapêuticas no contexto da saúde mental, destaca o uso de diversas atividades criativas como ferramentas fundamentais no processo terapêutico. Durante os encontros, os participantes tiveram a oportunidade de se expressar por meio de diferentes formas artísticas, como escrita, desenhos, fotografias, recortes de jornais e revistas, além de explorar técnicas como desenho com carvão vegetal, aquarela, desenho continuado e a utilização de materiais recicláveis. Essas práticas foram cuidadosamente integradas às intervenções terapêuticas, facilitando a mediação entre o terapeuta e o sujeito atendido.

Assim, as atividades propostas nas oficinas desempenhavam um papel crucial na integração entre o cuidado e dentre outros, o trabalho manual e corporal, conforme relatado pela terapeuta ocupacional 19:

Vejo também que o fato de transitarmos entre recursos plásticos, com práticas manuais e recursos corporais com práticas psicomotoras, com uso de práticas integrativas e complementares também, com domínio de aspectos da motricidade humana, nos faz assumir ações com propriedade e isso é são potenciais (terapeuta ocupacional 19).

Nota-se, também, que ações que estejam voltadas para o cotidiano da população atendida no campo da saúde mental têm destaque no delineamento do núcleo profissional. Galheigo (2003), ao refletir sobre a relevância do cotidiano na prática da Terapia Ocupacional, aponta que esse conceito se manifesta na interseção entre a realidade externa e a psíquica, estando presente nas múltiplas redes de relações sociais, nas atividades diárias que realizamos, nos afetos e em todas as dimensões da vida.

Para a autora, o cotidiano vai além das tarefas rotineiras, pois é nele que se entrelaçam aspectos emocionais, sociais e psicológicos que moldam a experiência do sujeito e ressalta que, no contexto de sua intervenção, o/a terapeuta ocupacional possui o privilégio de contribuir de maneira crítica na reestruturação e compreensão do cotidiano do sujeito. Essa visão se alinha com as abordagens apresentadas pelas terapeutas ocupacionais 16, 45 e 52, conforme descrito nos relatos.

As ações de resgate do cotidiano e inserção e apropriação de espaços de vida. As ações de autocuidado e protagonismo no território. Para mim em todo campo de saúde mental o terapeuta ocupacional se faz necessário, não consigo descrever uma área que se faça MAIS necessário (terapeuta ocupacional 16).

A capacidade que só o terapeuta ocupacional tem de olhar com cuidado para o cotidiano de cada sujeito e poder pensar como esse sujeito está ou não em cada espaço que tem direito de estar. E fazer com que este objetivo de pertencimento seja alcançado (terapeuta ocupacional 45).

Nenhum outro profissional tem repertório para o cuidado prático no cotidiano de quem nós atendemos. A autonomia e independência dos pacientes (terapeuta ocupacional 52).

Salles e Matsukura (2013) apontam que os terapeutas ocupacionais se conectam com o conceito de cotidiano ao perceberem a interação entre o que é singular ao sujeito e o que é coletivo. Nesse processo, os pequenos acontecimentos e ações, presentes nos detalhes da construção da história de cada indivíduo, se articulam com o contexto social, as formas de

produção, as diretrizes políticas e a organização social. Galheigo (2020) retoma a ideia de que o cotidiano é um espaço-tempo em que o sujeito, de maneira imediata e nem sempre consciente, acessa as possibilidades diante de si, enfrentando barreiras e criando novas formas de ser, estar, viver e fazer. Essa perspectiva também é compartilhada pelas terapeutas ocupacionais 21 e 53, que, ao refletirem sobre o núcleo profissional, apresentam pontos de vista semelhantes sobre a importância do cotidiano na prática terapêutica.

Contribuir com olhar cuidadoso e prático sobre as dificuldades cotidianas de nossos usuários (terapeuta ocupacional 21).

Olhar com cuidado para o cotidiano de cada usuário e poder auxiliar a pensar nas possibilidades que cada sujeito tem de estar nos lugares que tem direito da melhor maneira possível (terapeuta ocupacional 53).

O fazer e a ocupação, para as/os participantes, têm papel fundamental na construção deste núcleo e dão contorno a certa identidade profissional. Por meio dessa relação direta com o fazer e a ocupação, confere-se ao terapeuta ocupacional não apenas a habilidade técnica, mas também uma sensibilidade única para compreender e interagir com as diversas realidades, moldando, assim, essa característica de identidade profissional dentro de um contexto de cuidado e transformação social.

Também é imprescindível destacar o quanto a maioria dos profissionais terapeutas ocupacionais tem uma relação com o fazer, com a ação muito maior, de pôr a mão na massa, de sujar o sapatinho e ir ao território, ainda que eu saiba que uma graduação em Terapia Ocupacional não é uma garantia dessa clínica, verifico na rede este como um diferencial, trata-se de uma profissão que vai e faz ato, age, movimenta-se ao produzir cuidado, ainda que ele seja longitudinal, aos poucos, em uma ampla concepção de saúde e de saúde mental (terapeuta ocupacional 10).

Lima *et al.* (2013) ressaltam que, ao se basearem no uso do verbo no infinitivo, os terapeutas ocupacionais destacam as características do processo do ato e apostam nos acontecimentos que emergem durante o fazer, convertendo-o em um fazer implicado e reflexivo. Para elas, o ato de fazer vai além da simples execução de tarefas; trata-se de um agir que reflete a capacidade dos indivíduos de realizar ações no mundo, estabelecendo uma relação ativa e consciente com o ambiente e com as experiências vividas. Assim, o fazer não se restringe à ação em si, mas envolve um processo contínuo de reflexão e engajamento, promovendo transformações tanto para o sujeito quanto para sua realidade.

Essa perspectiva ganha outras formas quando a prática terapêutica exige que, ao mesmo tempo em que realizamos nossas ações, também refletimos sobre elas. Assim, o fazer se torna

não apenas uma tarefa a ser executada, mas um processo contínuo de ajuda mútua, onde os profissionais e os indivíduos atendidos compartilham e se apoiam na percepção das nuances que surgem ao longo da intervenção. Trata-se, portanto, de um fazer que vai além da mera execução, envolvendo uma análise crítica e reflexiva sobre a própria atuação do/da terapeuta, com o objetivo de aprimorar continuamente o cuidado oferecido. Essa abordagem exige uma constante disposição para reavaliar as práticas e compreender as implicações de cada ação, promovendo, assim, uma prática terapêutica mais consciente, sensível e eficaz.

Por meio desse fazer, a articulação com outros serviços da rede é essencial para assegurar um atendimento integral e eficaz. Através de um processo de troca e colaboração mútua, torna-se possível criar e fortalecer conexões com os sujeitos, permitindo que eles construam trajetórias nas quais suas ações cotidianas se tornem significativas e efetivas em suas vidas. Como relatado pela terapeuta ocupacional 15, essa interação entre os diferentes serviços não só enriquece o processo terapêutico, como também amplia as possibilidades de intervenção, favorecendo a construção de caminhos que promovem a autonomia e o bem-estar dos sujeitos.

Para articulações com outros serviços da rede como a escola e demais equipamentos de saúde a fim de discutir um determinado caso e no atendimento de algum caso que necessite de um olhar sobre o fazer do sujeito (terapeuta ocupacional 15).

A concepção de ocupação, associada a essa prática, emerge como um elemento central para a compreensão do núcleo profissional da Terapia Ocupacional. Esse conceito tem ganhado crescente destaque na profissão, especialmente na última década, conforme ressaltado por Figueiredo *et al.* (2020). Isso ocorre porque observamos que as pessoas adquirem maior autoridade e reconhecimento quando são valorizadas e têm a oportunidade de exercer suas ocupações de maneira plena.

Nesse contexto, a impossibilidade de realização das ocupações por parte dos indivíduos torna-se um foco de estudo e intervenção para os profissionais de Terapia Ocupacional. Esse processo é considerado de grande relevância, pois envolve uma reflexão profunda sobre o reconhecimento pleno das capacidades dos sujeitos, independentemente das patologias psíquicas ou suas intensidades que possam estar presentes no momento terapêutico. O cuidado em Terapia Ocupacional, portanto, busca possibilitar que cada indivíduo reencontre sua autonomia e potencialidade, promovendo uma reapropriação de suas ocupações como forma de seguir a vida, independentemente dos desafios emocionais ou mentais que possam enfrentar, conforme apontado pelas terapeutas ocupacionais 31 e 40.

Eu vejo que nossa intervenção é necessária em muitos âmbitos, muitas ações. Penso principalmente que os usuários de saúde mental precisam de um profissional voltado a pensar sobre as ocupações humanas (terapeuta ocupacional 31).

compreende também a importância dos papéis ocupacionais e do significado desses papéis no cotidiano das pessoas, de como esse cotidiano é afetado durante o sofrimento psíquico e constrói estratégias para o resgate dessas ocupações e das atividades significativas (terapeuta ocupacional 40).

É a partir dessas concepções que direcionamos nossos olhares e formas de pensar para os movimentos que os sujeitos criam e recriam ao longo de seu desenvolvimento durante o processo de acompanhamento terapêutico ocupacional. Nesse contexto, torna-se evidente a complexidade do fazer, que precisa ser cuidadosamente analisada para que possamos compreender nuances e detalhes envolvidos nas ocupações realizadas pelos sujeitos em seu cotidiano. Como salientado pela terapeuta ocupacional 30, essa abordagem exige uma observação atenta, pois é ao explorar as ações que conseguimos perceber as sutilezas fundamentais para entender a importância das ocupações na vida dos indivíduos.

[...] seria o olhar e análise das atividades humanas, sendo elas modos de ser e estar no mundo, formas de se colocar e se espelhar no cotidiano, direcionadas pelas motivações e singularizados de cada um, e assim poder pensar em adaptações, novas formas de fazer, ou de usá-las como recurso para pensar nos sofrimentos e não deixá-los impedir que o sujeito esteja na vida, desenvolvido suas ocupações (terapeuta ocupacional 30).

Por fim, dentro desta categoria, é essencial abordar o delineamento do núcleo da Terapia Ocupacional com base nos objetivos identificados pelas/pelos terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa. Um dos principais objetivos destacados é a promoção da participação social, que se configura como um tema central na prática terapêutica ocupacional. A inclusão social é reconhecida como um objetivo fundamental no cuidado em saúde mental, especialmente diante das diversas formas de violência e negligência que pessoas afetadas por sofrimento psíquico frequentemente vivenciam cotidianamente. Nesse cenário, a Terapia Ocupacional assume um papel crucial, tornando-se uma ferramenta indispensável para garantir que os indivíduos possam exercer sua participação ativa na sociedade.

Além disso, o terapeuta ocupacional tem uma visão do território e da importância da participação social e engajamento dos usuários, que são elementos extremamente importantes na atuação em saúde mental (terapeuta ocupacional 13).

Acho que principalmente as estratégias de incentivo à participação social dos usuários, mas também na organização dos processos de trabalho, dos PTSs, intervenções no território e comunidade - todos pelo mesmo motivo: temos um olhar único para o cotidiano dos serviços e dos usuários (terapeuta ocupacional 44).

Conforme apontado por Silva e Oliver (2024), a participação social na Terapia Ocupacional ganha contornos compreensivos de objetivo de intervenção e, também, uma força propulsora que permeia todas as facetas dessa prática. Ela se insere como um pilar fundamental no quadro das competências profissionais, ampliando a atuação do terapeuta ocupacional para além das questões clínicas e técnicas, estabelecendo um vínculo intrínseco com o mandato ético, político e social da profissão. A participação social, assim, revela-se como uma responsabilidade central, exigindo que os terapeutas ocupacionais se posicionem como agentes de transformação, capazes de promover a inclusão plena dos indivíduos nas mais diversas esferas da vida social.

Dentro desse contexto, a atuação do terapeuta não se limita ao tratamento das condições individuais de saúde, mas envolve uma leitura crítica do território social, das condições de acesso e das barreiras estruturais que podem dificultar a participação ativa de sujeitos em situações de vulnerabilidade. Compreendemos que a Terapia Ocupacional, ao engajar-se com a participação social, coloca-se como um campo estratégico para a construção de sociedades mais inclusivas, onde os indivíduos possam não apenas recuperar sua saúde, mas também retomar seu lugar de direitos, autonomia e cidadania.

Esse enfoque ampliado e integrado transforma a Terapia Ocupacional em um campo de intervenção política, em que as práticas profissionais se entrelaçam com questões sociais urgentes, como a desigualdade, a exclusão e a discriminação. O terapeuta ocupacional, ao se comprometer com a promoção da participação social, reafirma sua missão de não apenas cuidar das condições de saúde dos indivíduos, mas de transformar realidades, abrindo espaços para que todos possam ocupar seu lugar na sociedade com dignidade e empoderamento, conforme apontado pelas/pelos terapeutas ocupacionais participantes deste estudo.

7 ARTICULAÇÕES PARA A COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO PROFISSIONAL DA TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS, AVANÇOS E PERSPECTIVAS

Partimos de uma ideia e da compreensão de que o núcleo profissional da Terapia Ocupacional, especialmente no contexto da saúde mental, tema central desta tese, envolve uma série de conhecimentos, habilidades e atitudes que se entrelaçam, formando uma rede complexa de ações. Diante disso, a aposta de uma “amarração” emerge como uma maneira de organizar e conectar esses elementos, assim como apresentar considerações do autor desta tese. Portanto, o objetivo central dessa “amarração” não consiste apenas em ordenar as categorias e as práticas envolvidas apresentadas até este momento, mas também criar um espaço para a reflexão crítica sobre as compreensões do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. O Quadro 2 apresenta a síntese dos resultados da pesquisa, que orientam a articulação proposta.

A primeira categorização apresentada parte da relação da Terapia Ocupacional com o campo da saúde mental, trazendo atividades próprias do trabalho inter/transdisciplinar, próprias da clínica comum que permeia a produção de cuidado em saúde mental. Assim, cogestão e coprodução do PTS e compartilhamento de práticas de cuidado com outros profissionais estão na organização do processo de trabalho em saúde, com maior articulação entre os profissionais. Mesmo que esses elementos sejam próprios da integralidade no cuidado em saúde, é importante ressaltar que tais atividades foram destacadas por terapeutas ocupacionais, indicando o compromisso desse profissional na qualificação do trabalho em equipe e nas propostas assistenciais do SUS.

Além disso, os participantes desta pesquisa destacam, como articulação com o campo, a análise do cotidiano. O cotidiano é um dos principais construtos pelos quais os terapeutas ocupacionais conseguem estabelecer conexões com o seu próprio fazer, com os seus colegas de profissão e com os demais membros das equipes de trabalho. O cotidiano aparece em todas as categorias, havendo uma configuração como elemento central nas discussões acerca da atuação da Terapia Ocupacional, principalmente no que tange à saúde mental. Identifica-se que o cotidiano não apenas estrutura o exercício profissional dos terapeutas ocupacionais, mas também se transforma em um ponto de convergência para as diversas abordagens que buscam entender e intervir nas dinâmicas de vida dos indivíduos. Ao ser recorrente nas análises e práticas da profissão, o cotidiano se revela como o principal território de ação e intervenção dos terapeutas ocupacionais, funcionando, ao mesmo tempo, como um objeto de estudo.

Quadro 2 — Síntese dos resultados

(continua)

CATEGORIA	COMPETÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL	
Articulação da Terapia Ocupacional com o campo da saúde mental	Análise do cotidiano do usuário	
	Ações realizadas no território	
	Criação de espaços de confiança e fortalecimento de vínculo	
	Coprodução e cogestão do PTS	
	Compartilhamento de práticas de cuidado com outros profissionais	
Fundamentos da Terapia Ocupacional em saúde mental	Prática orientada a partir do encontro da/do terapeuta com o usuário.	
	Processo de cuidado estabelecido a partir de necessidades dos sujeitos e de maneira colaborativa, criando-se estratégias e possibilidades por meio de desenvolvimento de atividades	
	Atuação no enfrentamento de estigmas. Validação de escolhas e espaço de circulação da pessoa com sofrimento psíquico	
	Compreensão do cotidiano em suas múltiplas dimensões, aliada à crítica social. Prática de cuidado que dialogue com o cotidiano dos sujeitos.	
	Práticas que não se limitem ao cotidiano institucional, mas que se expandam para o território	
Demandas institucionais direcionadas à Terapia Ocupacional X objetivos da Terapia Ocupacional em saúde mental	Demandas institucionais	Objetivos da Terapia Ocupacional
	Engajamento do sujeito em moldes socialmente normativos, reduzir “comportamentos disfuncionais”	Resgate do cotidiano, reconexão com a rotina e com o mundo ao redor
	Engajamento do sujeito em cuidados com a casa e higiene pessoal	Respeito às escolhas e valores do usuário
	Atendimento de casos de pessoas com grande desorganização psíquica	Ressignificação/reconstrução de história de vida dos usuários
	Intervenções não verbais (quando se esgotam os recursos através da fala)	Reconstrução de possibilidades de vida
	Combate ao ócio	Recuperação do sentido de pertencimento, participação e protagonismo social e da autonomia
	Organização de eventos comemorativos	

Quadro 2 — Síntese dos resultados

(conclusão)

CATEGORIA	COMPETÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL
Núcleo técnico da Terapia Ocupacional em saúde mental	Avaliação do desempenho e engajamento ocupacional
	Intervenções relacionadas às AVDs e AIVDs
Elementos que contribuem para o delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional em saúde mental	Estimulação cognitiva
	Ênfase na autonomia, autoestima e cidadania dos sujeitos
	Cuidado prático com o cotidiano. Relação com o cotidiano, com os fazeres e com a arte
	Olhar e análise de atividades
	Formação voltada à clínica ampliada, acolhimento, valorização do território e dinâmica sócio-político-econômica
	Formação que dialoga com a saúde, assistência, educação e cultura
	Manejo técnico de grupos
	Valorização do vínculo
	Aposta nas potencialidades dos sujeitos
	Olhar ampliado para além da doença, com repertório integrado às necessidades, histórias e realidades dos sujeitos
	Ações de cuidado a partir de processo colaborativo e dialógico com o usuário
	Atuação em grupos e oficinas por meio de recursos plásticos, corporais, dentre outros.
	Análise de atividades
	Garantia de direitos dos usuários
	Valorização das ocupações

Fonte: Elaboração Própria

Ainda na categoria que trata da articulação da Terapia Ocupacional com o campo da saúde mental, as/os participantes destacam as ações realizadas no território. Os territórios, como observado por Leão e Salles (2017), configuram-se como espaços dinâmicos nos quais múltiplas lógicas coexistem e interagem. Esses espaços não são neutros; pelo contrário, são marcados por relações de sujeição e dominação que refletem as dinâmicas históricas e culturais que os constituem, assim como constituem a história da saúde mental brasileira. É importante perceber que, além de serem territórios de opressão, também se revelam como campos fecundos para a criação e a afirmação das singularidades.

Nesses espaços, emergem as potências que desafiam as estruturas hegemônicas,

possibilitando a afirmação de resistências contra o poder instituído e a construção de novas formas de existência e convivência. Reconhece-se que a história e a cultura frequentemente tentam naturalizar formas de dominação, perpetuando desigualdades e cristalizando relações de poder. No entanto, os territórios não são apenas cenários passivos dessas dinâmicas, mas também campos de disputa, onde novas narrativas podem ser construídas, o discurso dominante pode ser questionado e ressignificado. Historicamente, para as pessoas em sofrimento psíquico, os territórios ganham uma dimensão ainda mais crucial. Esses espaços podem representar tanto locais de exclusão e marginalização quanto oportunidades de acolhimento, cuidado e ressignificação. São nesses territórios que as potências individuais podem emergir, desafiando as lógicas institucionais que frequentemente as reduzem a diagnósticos ou estigmas. Ao afirmar suas singularidades e exercitar a resistência ao controle imposto pelas normas culturais e sociais, essas pessoas encontram no território um campo para construir autonomia, pertencimento e novas formas de existir no mundo.

A resistência existente nesses territórios não se manifesta apenas na oposição direta às formas de poder instituído, mas também na criação de alternativas que afirmam o valor da diferença e das singularidades. Cada ato de criação, cada gesto que reforça uma identidade ou expressa uma experiência única, é uma maneira de subverter as lógicas que tentam homogeneizar e controlar. Assim, os territórios são espaços vivos e pulsantes, onde o passado se encontra com o presente, e onde o futuro é continuamente imaginado e construído. São lugares de confronto, mas também de inúmeras possibilidades, nos quais a criatividade humana desafia os limites impostos e reconfigura o que é possível. Dessa forma, os territórios se tornam campos de luta, de criação e de transformação, afirmando-se como espaços essenciais para a emancipação e a reinvenção das formas de ser e estar no mundo, independentemente de quais sejam as condições colocadas.

Em relação aos fundamentos da Terapia Ocupacional em saúde mental, segunda categoria apresentada, observou-se que, embora tenham sido identificadas e classificadas diversas conceituações relevantes baseadas na fundamentação da profissão voltadas à saúde mental, as questões abordadas refletem, principalmente, a forma como os terapeutas ocupacionais participantes descrevem suas práticas. Acreditamos na importância de revisitar os fundamentos que alicerçam nossa profissão, compreendendo seus aspectos teóricos e metodológicos que dão sentido e direção ao fazer profissional. Como afirmou o professor Ricardo Lopes, em sua palestra magna no XVII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e I Congresso Lusófono de Terapia Ocupacional, “o caminho para a saída é para dentro”. Essa reflexão convoca os profissionais a retornarem à “arena de seus repertórios de lutas”, ao seu

patrimônio histórico, cultural e técnico, onde residem os elementos essenciais para enfrentar os desafios contemporâneos.

Revisitar nossos alicerces teóricos nos permite articular melhor as práticas com os pressupostos essenciais tanto para terapeutas ocupacionais quanto para as pessoas em processo de sofrimento psíquico. A máxima da inclusão, da autonomia e da participação social permeia o repertório interno e externo. Compreende-se que o exercício de revisita aos fundamentos da profissão significa reconhecer que a Terapia Ocupacional se constrói em uma dinâmica constante entre teoria e prática, entre tradição e inovação. Ao retornarmos às bases que sustentam nossa profissão, encontramos as ferramentas necessárias para transformar desafios em oportunidades, reafirmando o compromisso com o cuidado centrado na pessoa e a promoção da autonomia e da inclusão.

Nesse processo, reafirmamos a importância de uma Terapia Ocupacional que é, ao mesmo tempo, enraizada em seus princípios fundantes e aberta às demandas emergentes do mundo contemporâneo. É nesse movimento de retorno e avanço que encontramos a força para continuar construindo uma profissão relevante, transformadora e fiel às suas origens, mas sempre com os olhos no que mais pode ser construído junto ao outro.

O cotidiano aparece novamente, também nesta categoria, associado à crítica social. Neste sentido, os resultados corroboram Galheigo (2003) ao afirmar que, no contexto brasileiro, o conceito de cotidiano adquire uma dimensão especial ao ser incorporado às leituras críticas da profissão. Para a autora, o cotidiano, quando observado sob a ótica da Terapia Ocupacional, passa a ser entendido não apenas como um conjunto de práticas habituais, mas como um espaço de interações e relações que envolve tanto os sujeitos quanto as estruturas sociais em que estão inseridos. Esse olhar crítico permite que os profissionais de Terapia Ocupacional identifiquem nas atividades cotidianas elementos de resistência, adaptação e transformação, proporcionando intervenções que busquem o reequilíbrio e a promoção da saúde mental. Além disso, o uso do termo cotidiano, conforme Drummond (2007), não se limita a um simples recurso linguístico, mas representa um esforço por parte dos terapeutas ocupacionais em buscar um entendimento mais profundo da sua prática.

Por meio desta criticidade quanto às formas de composição desse cotidiano e com base nos fundamentos destacados, a atuação dos terapeutas ocupacionais no enfrentamento dos estigmas e na validação das escolhas e dos espaços de circulação de pessoas em sofrimento psíquico assume importância central no debate. Essa abordagem representa uma resposta às profundas desigualdades vivenciadas por esse grupo, frequentemente marginalizado, desumanizado e reduzido à sua expressão sintomatológica. Muitas vezes invisibilizadas, essas

peessoas têm suas complexidades e humanidade ignoradas em abordagens que falham em reconhecer sua singularidade e potencialidade.

Nessa perspectiva, Uemura *et al.* (2015) apontam que terapeutas ocupacionais desempenham um papel relevante na redução de situações nas quais o estigma se evidencia, uma vez que seu objetivo principal é promover a participação plena dos indivíduos nas ocupações sociais e em suas relações interpessoais. Para tanto, é fundamental que os profissionais de Terapia Ocupacional também compreendam a temática do estigma e seus impactos nas diversas áreas de ocupação das pessoas, apropriando-se desse conhecimento para aplicá-lo em sua prática. Os autores observam que, apesar dos saberes disponíveis na área da saúde mental e entre terapeutas ocupacionais, muitos profissionais ainda mantêm atitudes estigmatizantes.

Krupa (2008) refere que, nas bordas internas da prática, a compreensão da ocupação no contexto da Terapia Ocupacional deve ultrapassar os limites tradicionais e se apoiar em uma visão ampliada, que considere sua importância no enfrentamento ao estigma relacionado às pessoas com transtornos mentais. É essencial que, nos espaços destinados às práticas terapêuticas ocupacionais, haja um esforço contínuo para eliminar qualquer forma de estigmatização, promovendo um ambiente acolhedor e respeitoso. Além disso, é fundamental reconhecer que o estigma não é apenas um elemento externo, mas uma estrutura que influencia as relações interpessoais e sociais no campo da Terapia Ocupacional. Assim, torna-se indispensável a compreensão dos estigmas e de suas influências, para que seja possível enfrentá-los, destacando-se a importância de discutir e refletir sobre o tema no âmbito diário das práticas internas.

Leão e Lussi (2021), ao investigarem o processo de estigmatização compreendido por terapeutas ocupacionais que atuam em um serviço integrante da RAPS brasileira, identificaram, entre seus achados, que o estigma profissional se manifesta quando há uma crença atitudinal de que pessoas em sofrimento psíquico são diferentes das consideradas “normais”. Esse tipo de percepção cria uma abordagem diferenciada no cuidado, que, por sua vez, pode levar à descrença na capacidade dessas pessoas de reorganizarem suas vidas, realizarem suas tarefas e participarem efetivamente na sociedade. As autoras enfatizam que esse processo é frequentemente permeado por um olhar pessimista em relação ao prognóstico das pessoas envolvidas e ressaltam, ainda, a importância de compreender sua complexidade de forma ampla, abrangendo todos os âmbitos relacionais, sendo este um movimento essencial para evidenciar os impactos significativos que esse processo exerce na vida dos indivíduos, destacando a necessidade de uma análise cuidadosa e sensível para mitigar possíveis prejuízos

e promover ações mais adequadas e humanizadas.

Diante deste reconhecimento apontado pelas autoras, e no exercício de busca pela superação do processo de estigmatização, deparamo-nos com a inclusão social como uma etapa fundamental para alcançar a participação social. Essa dimensão também se manifesta nos fundamentos da profissão no campo da saúde mental, conforme apresentado pelas participantes. Contudo, são necessárias algumas considerações acerca da inclusão e de suas articulações com a Terapia Ocupacional neste campo. A inclusão é frequentemente associada à promessa de igualdade, empatia e aceitação. Contudo, ao analisarmos sua aplicação no mundo real, surge uma questão mais complexa e inquietante, como aponta Furtado (2016): até que ponto essa inclusão demanda a submissão do indivíduo e a tentativa de esconder aquilo que é percebido como “recurso depreciado”?

Estamos diante de uma sociedade que, mesmo em sua busca por diversidade, ainda é profundamente influenciada por padrões normativos. A inclusão, em muitos casos, não ocorre de forma genuína, mas às custas de adaptações feitas pelo próprio indivíduo para se adequar a um padrão preexistente. Isso significa que as pessoas marginalizadas, como no caso de pessoas em sofrimento psíquico, frequentemente precisam camuflar aspectos fundamentais de sua identidade ou transformar suas vulnerabilidades em algo “aceitável” para conquistar seu espaço.

A tentativa de ocultar o que é percebido como falho ou indesejável não é apenas um ato individual. Ela é frequentemente incentivada por estruturas institucionais, ambientes corporativos e dinâmicas sociais que valorizam a “normalização” sobre a verdadeira pluralidade. Assim, o peso da inclusão não recai sobre o grupo maior que, em sua máxima, poderia flexibilizar suas normas para acomodar as diferenças, mas sobre o indivíduo, que se sente compelido a reduzir, ou mesmo a apagar, partes de si mesmo.

Nessa perspectiva é que se dá a importância de práticas desenvolvidas no território (o qual aparece novamente nesta categoria) e que estão entre os fundamentos da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. Isso reforça que o referencial do território está estabelecido para a Terapia Ocupacional nesse campo, estando entre duas concepções e modos de operar, sendo importante considerar como tais modos de operar afetam os usuários.

Entre as preocupações relacionadas às diversas situações vivenciadas pelos usuários em seus micro e macro territórios, destaca-se um aspecto dessa categoria (os fundamentos da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental): a importância do encontro entre o terapeuta ocupacional e o usuário. Esse encontro permite o desenvolvimento de um projeto de cuidado centrado nas reais necessidades dos sujeitos, promovendo estratégias e possibilidades que são

mediadas por meio de atividades terapêuticas.

Segundo Couto (2023), é no estar com o outro, na relação viva e dinâmica, que se configuram os processos de cuidado oferecidos de maneira integral, processual e prática. Esses encontros reafirmam constantemente a presença e a singularidade do outro. Para a autora, o uso de atividades na produção do cuidado psicossocial possibilita um modelo de cuidado inventivo, provisório e criativo. Quando essas práticas são mediadas por terapeutas ocupacionais alinhados aos princípios da atenção psicossocial, o campo de atuação se amplia, promovendo experiências de vida em liberdade, em todas as suas dimensões, rompendo-se com os estigmas impostos por uma sociedade de controle.

Esse processo só se concretiza e só pode ser compreendido a partir do fato de que todos esses encontros são mediados por terapeutas ocupacionais que, ao longo de sua trajetória formativa e prática, desenvolvem maneiras singulares e pessoais de operar o cuidado. Ao pesquisar sobre o significado dos encontros entre pessoas em sofrimento psíquico e terapeutas ocupacionais, Krutli (2024) destaca que os profissionais são lembrados pela proximidade que estabelecem na relação com os usuários. Essa proximidade se revela, sobretudo, na disponibilidade genuína para o encontro com o outro, o que se configura como uma característica marcante das intervenções no campo da saúde mental. A autora também identifica que esses encontros representam espaços potentes para o compartilhamento de vivências, caracterizando-se como um acolhimento horizontal. Em essência, trata-se da criação de um espaço onde é possível ser quem “se sente falta” de ser. No exercício da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, essa postura se expressa no envolvimento próximo e atento com cada participante, evidenciando um cuidado que se dá corpo a corpo.

Ao mudar de categoria neste processo de construção desta amarração, observa-se uma dinâmica que caracteriza a prática da Terapia Ocupacional no contexto das instituições de saúde mental. Essa dinâmica se revela nas demandas e orientações que direcionam a atuação do terapeuta ocupacional nos diversos ambientes em que sua prática se desenvolve. A partir dos resultados, podemos afirmar que, no campo da saúde mental, a Terapia Ocupacional persegue objetivos específicos que transcendem as exigências institucionais. Dessa forma, busca-se conciliar as demandas externas com os princípios e propósitos fundamentais da profissão, garantindo um cuidado mais abrangente e alinhado com as reais necessidades dos indivíduos.

No percurso histórico da saúde mental no Brasil, temos nos empenhado em transformar nossos modos de pensar e agir em relação às pessoas em/com sofrimento psíquico. Essa trajetória tem sido marcada por desafios complexos, atravessados por dilemas éticos, políticos e administrativos que moldaram o curso das mudanças necessárias.

A mobilização social é fundamental para romper com o modelo asilar e instaurar uma nova abordagem fundamentada no paradigma psicossocial. No entanto, ainda nos deparamos com algumas práticas que mostram resquícios dos manicômios. Pelbart (1991), ao refletir sobre essa dinâmica, convida-nos a questionar as formas de funcionamento dos manicômios mentais e a maneira como suas lógicas se perpetuam nas práticas cotidianas, mesmo diante das transformações sociais e políticas. A institucionalização do sofrimento psíquico, segundo o autor, não se restringe apenas aos espaços físicos dos manicômios, mas também se manifesta em discursos, políticas públicas e modos de subjetivação que reforçam a exclusão e o confinamento como soluções legítimas para a loucura.

Dessa forma, libertar o pensamento dessa racionalidade opressora torna-se tão urgente quanto garantir a emancipação daqueles que ainda permanecem submetidos a tais instituições. No entanto, apesar dos avanços no campo da saúde mental e das lutas pela desinstitucionalização, observa-se que, em muitos contextos, persiste o desejo de ampliação desses espaços, evidenciando a dificuldade de romper com paradigmas enraizados na exclusão e no controle social. Assim, o desafio não está apenas na desconstrução dos manicômios físicos, mas também na superação das estruturas simbólicas e ideológicas que sustentam sua existência e legitimação.

Com base nessa perspectiva e diante do contexto da Terapia Ocupacional, observa-se nos serviços substitutivos, conforme apontado por Costa *et al.* (2015), a perpetuação de práticas conservadoras, nas quais a ocupação é empregada como um meio de controle e distração dos pacientes. É comum que se espere do terapeuta ocupacional, conforme corroborado com os resultados desta pesquisa, a condução de atividades com a finalidade de preencher o tempo livre dos usuários, limitando sua atuação a um caráter meramente recreativo. A demanda por ocupação, tanto individual quanto coletiva, direcionada à Terapia Ocupacional e, em certas circunstâncias, assumida pelos próprios profissionais, acaba por dissimular o vazio institucional, evidenciando, em última análise, um mecanismo de exclusão.

As autoras ainda destacam que os desafios da Terapia Ocupacional nesse processo envolvem a superação de práticas fundamentadas em modelos segregadores. O objetivo é promover abordagens que ampliem as possibilidades das pessoas no desempenho de seus papéis ocupacionais, favorecendo sua autonomia e inclusão. Nesse contexto, a Terapia Ocupacional assume um papel essencial na construção de novas formas de se relacionar, promovendo uma experiência inovadora que, segundo Pelbart (1991), configura-se como uma “modalidade inédita entre pensar, viver e desarraçar” (p. 138).

A permanência do discurso higienista no campo da saúde mental revela um desafio

constante para os profissionais de Terapia Ocupacional. Esse discurso, além de práticas excludentes e autoritárias, como a marginalização de grupos considerados “ameaças” à saúde pública, também realiza o controle dos corpos, reforçando hierarquias sociais. A prescrição de medidas de higiene, por si só, não é necessariamente uma prática higienista no sentido histórico e problemático do termo. No entanto, pode se tornar uma prática higienista se for usada de maneira impositiva, discriminatória e excludente, especialmente quando direcionada de forma paternalista a populações historicamente marginalizadas.

Como apontado pelos participantes desta pesquisa, ainda persiste uma forte pressão para que as práticas de intervenção estejam pautadas em normas de asseio e organização, em detrimento do respeito à singularidade e às escolhas individuais dos sujeitos atendidos. Esse fenômeno por si só, exige uma reflexão crítica e uma postura atenta, a fim de evitar a reprodução de respostas automáticas a essas demandas normativas. Fundamentada na autonomia e no direito à diversidade, a prática da Terapia Ocupacional deve reafirmar constantemente seu compromisso com a valorização das trajetórias e das escolhas pessoais, sem ceder à imposição de padrões que nem sempre fazem sentido para os indivíduos atendidos. O cerne da intervenção não deve estar na fiscalização da limpeza ou da organização dos espaços, mas na criação de estratégias que favoreçam o pertencimento e o desenvolvimento de formas possíveis de viver.

Esse desafio se intensifica no contexto das equipes de trabalho e/ou das redes de atenção nos territórios, quando a influência do pensamento higienista pode ser sutil, mas persistente. Em muitos momentos, os terapeutas ocupacionais são interpelados a oferecer soluções que atendam às expectativas normativas, institucionais e, se não estiverem atentos, podem acabar reproduzindo tais lógicas sem questionamento. Nota-se, portanto, ser essencial que terapeutas ocupacionais fortaleçam continuamente o debate sobre o seu fazer, reafirmando seu compromisso com a promoção da autonomia e da dignidade das pessoas atendidas. A resistência à reprodução de práticas higienistas exige uma postura crítica constante e uma articulação sólida entre os profissionais, capaz de construir e fortalecer abordagens que tenham como foco central o respeito às escolhas e às necessidades reais das pessoas.

Embora não seja o foco central desta tese, é pertinente ressaltar, ainda que de forma breve, que muitas das exigências impostas à prática da Terapia Ocupacional — assim como as concepções colocadas sobre essa atuação — refletem a lógica neoliberal em expansão no SUS. Essa influência molda a forma como os profissionais desenvolvem suas práticas, muitas vezes de maneira automatizada, e também contribui para a precarização do cuidado em saúde mental, convertendo as práticas assistenciais em um modelo pautado no “modo-empresa” de funcionamento (Lopes-Ruiz, 2012)

Nesse sentido, compreende-se que a Terapia Ocupacional, enquanto campo de atuação e saber, exige dos profissionais uma constante reflexão sobre suas práticas, não apenas no que diz respeito aos fundamentos teóricos e metodológicos que as orientam, mas também em relação às forças políticas e administrativas que influenciam diretamente o cotidiano de trabalho. Reconhece-se que essas forças, muitas vezes externas ao âmbito clínico, exercem pressões significativas sobre a atuação dos terapeutas ocupacionais, impondo expectativas que nem sempre estão alinhadas com os princípios éticos e técnicos da profissão. Manter-se atento a essas demandas, ainda que desafiador, é essencial para evitar equívocos e garantir uma prática coerente com os objetivos da profissão.

Diante disso, torna-se crucial superar visões reducionistas que limitam o fazer terapêutico a uma mera ocupação do tempo ou a atividades superficiais, como se o papel do terapeuta ocupacional se resumisse a “enfeitar” ambientes. As intervenções devem ser pensadas e executadas com o objetivo claro de restabelecer o pertencimento, fortalecer o protagonismo dos sujeitos e garantir a plena participação de pessoas em sofrimento psíquico na sociedade, conforme as colocações apresentadas pelas participantes desta pesquisa. Isso implica em uma prática que não se contenta com resultados superficiais, mas que se compromete com a transformação real da vida das pessoas, respeitando suas singularidades e potencialidades.

Com base nos resultados apresentados, quando exercida com consciência crítica e compromisso ético, a Terapia Ocupacional se torna uma ferramenta na promoção da saúde mental e na construção de uma sociedade mais acolhedora. Inferimos que, diante das pressões e desafios do cotidiano, a Terapia Ocupacional precisa resistir a simplificações e manter o foco na recuperação de sentidos e a garantia de direitos a uma vida digna e significativa à população atendida.

Caminhando com a proposta de amarração das questões que foram se desdobrando ao longo da construção desta tese, e visando compreender os aspectos que se apresentam na categoria denominada de núcleo técnico da Terapia Ocupacional em saúde mental, deparamo-nos com processos dinâmicos e, por vezes, difusos, nos quais ideias, conceitos e práticas se entrelaçam, resultando em um certo borramento de fronteiras conceituais e metodológicas. Neste ponto específico, identificamos que, apesar dos conceitos utilizados para referenciar esse núcleo técnico, deparamo-nos com “certa dureza” que vai permeando o processo de raciocínio de terapeutas ocupacionais, além de uma aproximação conceitual com lógicas anglo-saxãs. Essa influência pode ser observada em diferentes aspectos da prática, refletindo uma tendência ao enquadramento do fazer terapêutico ocupacional em moldes estruturados e procedimentais, frequentemente alinhados às abordagens funcionalistas.

Quando as discussões e narrativas apresentadas pelos participantes desta pesquisa são construídas a partir de conceitos como desempenho ocupacional, engajamento ocupacional, avaliação das AVDs e AIVDs ou, ainda, de aspectos relacionados à estimulação cognitiva, delineia-se um modo de atuação fundamentado em um movimento procedimental. Se por um lado essa abordagem é essencial em determinados contextos terapêuticos, sua ênfase na estruturação técnica pode, por outro lado, limitar uma compreensão mais ampla e subjetiva do indivíduo em sofrimento psíquico. Dessa forma, corre-se o risco de reduzir a complexidade da experiência desse sujeito a um conjunto de parâmetros funcionais, deixando em segundo plano as dimensões simbólicas, afetivas e existenciais que permeiam sua vivência.

Enfatize-se novamente que, embora não haja problema em atuar com essas tarefas específicas, é necessário questionar por que muitas vezes essa é a principal ou única imagem da profissão, tanto dentro como fora do campo profissional. O fato de alguns profissionais ainda se reconhecerem nesse espaço restrito pode ser interpretado como uma consequência de uma formação que, historicamente, enfatizou a importância dessas atividades como a base da atuação terapêutica, ou ainda, por uma visão limitada e reforçada por estereótipos e preconceitos em relação à Terapia Ocupacional, que ainda a reduzem a um papel assistencialista e de suporte exclusivo às atividades de vida diária ou atividades de vida prática.

Efetivamente, compreende-se que a Terapia Ocupacional, ao se consolidar como campo de saber e prática, estrutura-se sobre a interação entre diferentes referências teóricas e metodológicas. No entanto, esse hibridismo epistemológico nem sempre é percebido de maneira fluida e integradora, podendo gerar tensões e desafios na construção de raciocínios profissionais e na construção da prática. Esse lugar que ocupa o conhecimento técnico é de fato essencial. Ele estrutura, fundamenta e dá credibilidade às práticas terapêuticas ocupacionais; no entanto, pode se transformar em um limitador da criatividade, da intuição e da sensibilidade e do próprio raciocínio profissional do/da terapeuta ocupacional.

Na busca por evidências e protocolos, corre-se o risco de esquecer que cada pessoa é única, que a ocupação humana é fluida e que o cuidado não pode ser reduzido a fórmulas. O saber técnico deve ser um guia, não uma barreira. Importa-se recordar que, por exemplo, engajamento ocupacional deriva de um pensamento associado à emergente ideia da ciência ocupacional, conforme apontado por Cruz *et al.* (2023) e que, portanto, sua lógica de pensamento, uma vez que ainda não se tem correlato verbal no Brasil, pode ser compreendida como “parte de uma redação simples, sendo usada de forma intercambiável com termos como *participar* ou *participação*, sem uma definição específica.” (Cruz *et al.*, 2023, p.3).

Diante dessa perspectiva, o debate técnico-conceitual na Terapia Ocupacional é um

elemento central para a construção de práticas, uma vez que a forma como determinados conceitos são compreendidos e aplicados na prática cotidiana influencia diretamente as escolhas metodológicas de ação profissional, impactando desde a definição dos objetivos das ações de cuidado até a seleção das estratégias de intervenção. Compreende-se que, no campo da saúde mental, essa discussão se torna ainda mais relevante, pois diferentes abordagens conceituais podem levar a distintas formas de compreensão do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, a diferentes modos de cuidado.

Além disso, a escolha dos referenciais conceituais também interfere na construção do vínculo terapêutico e na maneira como os sujeitos atendidos percebem seu próprio processo de tratamento. Uma abordagem que valoriza a subjetividade, as experiências individuais e coletivas, assim como o contexto de vida do sujeito, podem contribuir para um cuidado mais sensível e significativo, enquanto uma perspectiva excessivamente técnica pode reduzir a complexidade da experiência humana a parâmetros padronizados. Dessa forma, o aprofundamento desse debate não apenas qualifica a prática profissional, mas também favorece uma atuação mais ética e contextualizada, capaz de responder às demandas singulares de cada indivíduo e às necessidades coletivas do próprio campo. Isso significa valorizar estratégias que transcendam a aplicação de protocolos fechados e favoreçam um olhar ampliado sobre a produção de cuidado em Terapia Ocupacional.

Reafirma-se, portanto, a necessidade de um debate contínuo e aprofundado sobre os rumos da Terapia Ocupacional em saúde mental, especialmente quando se trata do núcleo técnico da profissão. Essa discussão deve ir além da instrumentalização de práticas e protocolos, direcionando-se para uma abordagem que reconheça e valorize as múltiplas dimensões do cuidado, incluindo os aspectos subjetivos, sociais, culturais, políticos e históricos que atravessam a vida dos sujeitos atendidos e o campo da saúde mental.

Diante das reflexões e análises realizadas até este momento, chega-se à última categoria, que busca consolidar e estruturar os elementos que contribuem para o delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. Essa categoria não apenas articula os diversos pontos discutidos ao longo desta pesquisa, mas também propõe direções para a consolidação do campo de atuação do terapeuta ocupacional, evidenciando a natureza própria do fazer terapêutico ocupacional nesse contexto. Assim, ao organizar e integrar esses aspectos, responde-se ao objetivo central desta tese, contribuindo para o fortalecimento teórico e prático da profissão e, também, ampliando o debate sobre seu papel e impacto no campo de práticas desenvolvidas cotidianamente. Nesse processo de organização e integração, a linguagem emerge como um primeiro elemento, não apenas como meio de comunicação, mas

como um recurso fundamental na construção e expressão do fazer profissional em Terapia Ocupacional.

A linguagem, como aponta Melo (2017), não é apenas um meio de comunicação, mas uma ferramenta que carrega consigo a capacidade de representar e traduzir conceitos, sentimentos e experiências complexas. Identifica-se que ela se revela como um instrumento essencial para a análise e articulação dentro desta amarração, pois é por meio dela que os profissionais estruturam suas compreensões, reflexões e decisões ao longo de sua prática. Nesse contexto, percebe-se que, para os participantes desta pesquisa, as intervenções realizadas e os gestos executados frequentemente expressam mais do que as palavras, comunicando de maneira simbólica aspectos significativos do seu fazer profissional, reforçando, assim, a importância da linguagem na consolidação da essência e do impacto da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental.

Salles e Matsukura (2017) destacam que, no processo histórico de desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil, ainda há uma lacuna de estudos que busquem compreender as relações e os construtos que fundamentam a profissão. Essa carência de pesquisa é paralela às dificuldades encontradas na concepção e compreensão dos termos que possam contribuir para o delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. Na busca por esses constructos, as autoras se dedicam a entender como os termos “atividade” e “ocupação” são apropriados no discurso dos terapeutas ocupacionais brasileiros para descrever a profissão e suas práticas. Essa investigação corrobora as observações feitas pelos participantes desta pesquisa, que também recorrem a esses conceitos para refletir e articular sua prática profissional na Terapia Ocupacional. Da mesma forma, outros estudos (Figueiredo *et al.*, 2020; Salles; Matsukura, 2016) buscaram aprofundar a compreensão sobre a aplicação desses termos na atuação dos terapeutas ocupacionais no contexto brasileiro.

No percurso desse caminho final, outro elemento ressurge como peça central no delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental: o cotidiano. Esse conceito, intrínseco à profissão, revela-se não apenas como um construto teórico, mas como uma ferramenta essencial para a compreensão das dinâmicas que moldam a vida das pessoas. Ao adotarem o termo “cotidiano”, os terapeutas ocupacionais buscam aprofundar a compreensão sobre como as ocupações influenciam tanto os aspectos objetivos quanto subjetivos da experiência de viver.

É evidente que, ao refletir sobre o delineamento do núcleo profissional, ele se estrutura a partir de um entrelaçamento de abordagens críticas, filosóficas e políticas, que orientam a prática no campo da saúde mental. Nesse contexto, o cotidiano é compreendido como um

aspecto que não pode ser simplesmente reduzido a um processo secundário, mas sim como um lugar de maior destaque nas discussões que norteiam a profissão — afinal, é por meio do cotidiano que se torna possível identificar padrões, rupturas e potências nas experiências das pessoas, possibilitando intervenções mais significativas e alinhadas com a complexidade da vida humana.

Nessa perspectiva, trata-se de um convite para que o cotidiano seja percebido como um espaço multifacetado de intervenções, de encontros e de transformações. Diante da inserção do conceito do cotidiano de maneira mais profunda e significativa nas discussões da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, identifica-se a abertura de um campo fértil para práticas que buscam entender as múltiplas dimensões da experiência humana e como elas se articulam entre si.

O cotidiano, como elemento central nas práticas terapêuticas ocupacionais, deve ser visto e compreendido como o palco onde se manifestam as relações, os conflitos, os processos e as oportunidades de ressignificação dos projetos de vida. Nesse contexto, é essencial apresentar narrativas terapêuticas que enxerguem o cotidiano não apenas como um cenário da existência, mas como o espaço em que as ações possam se tornar realidades mais saudáveis, significativas e transformadoras.

Cada conceito, longe de ser uma mera abstração, carrega em si a potencialidade de transformar práticas e provocar mudanças reais. Palavras como “território”, “cotidiano”, “atividade” e “ocupação” não apenas enriquecem o vocabulário da profissão, mas também delineiam as lentes através das quais os profissionais analisam situações, criam estratégias de intervenção e refletem sobre os impactos de suas ações. Essas construções são vistas como possíveis caminhos para o delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, fundamentando uma prática que atende às necessidades das pessoas e também promove mudanças internas e externas na profissão.

A implicação desses conceitos para os terapeutas ocupacionais vai além do discurso teórico. No dia a dia, eles se traduzem em ações práticas que, junto com as pessoas que enfrentam o sofrimento psíquico, constroem caminhos criativos e eficazes para enfrentar os desafios impostos pelos contextos de vulnerabilidade, exclusão e desigualdade. Portanto, a reflexão conceitual se torna um aspecto essencial da formação e da prática dos terapeutas ocupacionais. É nesse processo que se constituem os pilares de uma profissão que busca compreender e transformar as realidades em que atua, a partir de um processo contínuo de engajamento crítico, de acesso à criatividade e à construção de um cuidado que respeite e valorize as singularidades de cada indivíduo e suas histórias de vida.

A análise do cotidiano e das atividades realizadas pelos indivíduos é identificada como um dos elementos centrais para compreender a prática da Terapia Ocupacional em saúde mental, conforme apontado pelos/pelas participantes desta pesquisa. Esses aspectos ainda refletem a vivência dos profissionais na prática diária e ressoam com a literatura especializada da área.

Guimarães e Falcão (2004) destacam que a análise de atividades é um componente fundamental tanto na formação quanto na atuação cotidiana dos terapeutas ocupacionais. No entanto, essa análise pode ser compreendida de diferentes maneiras ao longo do tempo e em contextos distintos. Em certos momentos, ela é vista como um processo de identificação das habilidades necessárias para o desempenho ocupacional, permitindo um olhar técnico sobre os requisitos envolvidos em determinada atividade. Em outras situações, essa compreensão se amplia para englobar os modelos de análise de atividade e sua relação com a subjetividade e a singularidade dos indivíduos atendidos.

Compreende-se que, quando a análise do cotidiano e das atividades se insere na prática da Terapia Ocupacional em saúde mental, ela vai além de um exame técnico das tarefas. Trata-se de um instrumento dinâmico de intervenção, permitindo que os profissionais integrem múltiplas perspectivas, desde a avaliação do desempenho funcional até a compreensão das dimensões simbólicas e relacionais da ocupação.

Apesar da questão acima apresentada, neste ponto, é crucial destacar que, embora as/os participantes tenham ressaltado a relevância da análise de atividades no contexto da saúde mental, percebe-se uma lacuna considerável na produção científica nacional sobre o tema. A análise de atividades, reconhecida como uma ferramenta fundamental para compreender o impacto das atividades cotidianas, ainda não recebeu a atenção necessária em termos de investigação e aplicação prática no campo da saúde mental.

Embora sua importância seja amplamente reconhecida por profissionais da área, faltam estudos sistemáticos e publicações que explorem de forma aprofundada as potencialidades dessa abordagem, tanto no âmbito prático quanto no campo da pesquisa em saúde mental no Brasil. A consolidação desse conhecimento é essencial para embasar intervenções mais eficazes, que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos em sofrimento psíquico, além de promover estratégias de prevenção e reabilitação mais alinhadas às necessidades específicas da população brasileira.

A partir dos resultados apresentados, é possível inferir que, no desenvolvimento de práticas pela Terapia Ocupacional, constroem-se caminhos de cuidado que dialogam com as singularidades de cada indivíduo e com os territórios que estes habitam. Não se trata, portanto,

de apenas propor atividades ou intervenções; mas de ampliar a compreensão das complexidades que envolvem o cuidado.

A autonomia, a autoestima, a cidadania e a plena participação social são princípios fundamentais na atenção e no cuidado oferecidos pela Terapia Ocupacional em saúde mental. Nesse sentido, é preciso reconhecer que muitas pessoas, especialmente aquelas que experienciam o sofrimento psíquico em suas mais variadas intensidades, ainda carregam marcas profundas das exclusões e desigualdades sociais vividas. Essas marcas não são apenas individuais; elas são também estruturais, fruto de um sistema que, historicamente, marginalizou e silenciou diversas vozes. Nosso trabalho, portanto, é também um ato político, que busca romper com essas estruturas.

Diante dessas perspectivas, compreende-se que a construção conceitual dos terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa (e que atuam no campo da saúde mental brasileira) é um processo dinâmico. Para estes profissionais e, possivelmente, para outros, essas construções adquirem uma relevância especial, configurando-se como ferramentas indispensáveis para compreender a complexidade dos sujeitos atendidos e para intervir de maneira significativa em seus contextos de vida.

Nesse contexto, outro elemento que ganha destaque, nesse processo de delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional em saúde mental, é o chamado “olhar da Terapia Ocupacional”. Contudo, nesse ponto, faz-se necessário esclarecer aspectos essenciais para sua compreensão. Nota-se um claro distanciamento entre esse “olhar” e a conexão com os processos mais profundos que fundamentam a elaboração e sustentação do raciocínio profissional em Terapia Ocupacional. Conforme destacado por Constantinidis e Cunha (2017), é imprescindível que os terapeutas ocupacionais qualifiquem esse olhar, considerando atentamente as repercussões que ele pode gerar em sua prática.

Com base na perspectiva apresentada pelos autores supracitados e guiado por este exercício de escavação e aproximação ao núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, compreende-se que o processo de qualificação ocorre, fundamentalmente, na articulação entre teoria e prática. Nesse contexto, o raciocínio profissional se destaca como um elemento central, funcionando como um processo estruturante que capacita os terapeutas ocupacionais a planejar, conduzir, executar e refletir criticamente sobre o atendimento realizado no cotidiano (Schell, 2019).

Gomes *et al.* (2021) destacam que o raciocínio profissional integra conhecimentos teóricos e experiências empíricas, possibilitando decisões clínicas responsáveis e éticas, mesmo diante de incertezas. Para as autoras, esse processo envolve a compreensão detalhada e

contextualizada das necessidades das pessoas acompanhadas, considerando sua situação atual e as informações disponíveis no momento. A articulação entre o raciocínio profissional e a identificação de necessidades evidencia a natureza multifacetada e fenomenológica dessa prática, que exige um olhar atento às particularidades de cada caso, promovendo intervenções mais éticas e efetivas.

Corroborando a questão apresentada e ampliando o debate acerca da temática, compreende-se que o raciocínio profissional, não é meramente um conjunto de decisões automáticas ou intuitivas, mas sim um processo dinâmico e complexo que integra diferentes dimensões do conhecimento. Ele se ancora em um arcabouço teórico-metodológico robusto e é moldado por influências políticas e sociais que permeiam o campo da saúde mental a todo o momento. Em outras palavras, o raciocínio profissional não ocorre em um vácuo; ele é atravessado pelas condições históricas, culturais e institucionais que estruturam a prática de terapeutas ocupacionais. Um dos desafios evidenciados é que, muitas vezes, os terapeutas ocupacionais deixam em segundo plano as bases que fundamentam suas escolhas e intervenções.

Se é válido afirmar que a Terapia Ocupacional possui um “olhar” singular, que ultrapassa os limites das práticas tradicionais de outras áreas, então esse olhar (amplamente reconhecido pelos/as participantes desta pesquisa) se destaca como um símbolo distintivo da profissão. No entanto, surge uma questão instigante: o que define, de fato, esse olhar? Ainda que esta tese não tenha intenção de fazer afirmações ou apresentar respostas conclusivas, há o desejo de ampliação do debate e investigação de suas possíveis dimensões, evidenciando a complexidade que o envolve.

Dessa forma, identifica-se que esse olhar é, antes de tudo, um processo construtivo, resultado que é reconhecido por meio da elaboração de um raciocínio profissional apurado e maturado que emerge ao longo das intervenções. Ele reflete a capacidade do terapeuta ocupacional de compreender a complexidade do cotidiano das pessoas, capturar singularidades e elaborar estratégias que transcendam soluções genéricas. Se de fato é por meio desse olhar que identificamos as particularidades do contexto social, cultural e pessoal de cada indivíduo, sem limitar a intervenção a um protocolo rígido ou a uma técnica específica, trata-se, então, de um processo dinâmico que integra teoria e prática, em uma construção que é simultaneamente subjetiva e científica.

Nomear este olhar como um “raciocínio profissional” é uma maneira de reconhecer sua complexidade e seu valor dentro da prática da Terapia Ocupacional. Esse termo não apenas legitima a especificidade da abordagem da profissão, mas também reforça a necessidade de

aprofundar sua compreensão e valorização no campo da saúde mental. Se a busca pela aproximação do núcleo profissional no campo da saúde mental é um objetivo fundamental desta tese, é necessário que todo o desenvolvimento de uma prática seja atrelado e sustentado por um raciocínio profissional. Reconhecer e fortalecer nosso núcleo profissional significa, também, reafirmar a legitimidade da Terapia Ocupacional, consolidando-a como uma área indispensável no campo da saúde mental brasileira.

Ao situar o raciocínio profissional no núcleo da Terapia Ocupacional, reforçamos a especificidade do olhar terapêutico ocupacional como algo que transcende a técnica e incorpora uma visão ampliada do sujeito em interação com os seus territórios, mas que também se deve estar presente de forma clara e consistente em nossos discursos narrativos, ou, como apontaria Marcolino (2014), “ainda é difícil colocar em palavras a prática” (p. 640). Essa integração entre prática e discurso é essencial para reafirmar e consolidar nosso papel no campo de atuação, permitindo-nos posicionar de maneira mais consciente, crítica e estratégica diante das demandas e desafios que surgem no cotidiano profissional.

Diante dessa tensão, observa-se um último elemento que colabora para o delineamento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional na saúde mental e que se encontra em constante movimento dialético. Esse elemento, longe de ser uma contradição, revela-se como um motor propulsor para o amadurecimento da profissão, pois permite que os terapeutas ocupacionais transitem entre diferentes referenciais teóricos e práticos. Nesta amarração, evidenciou-se que os avanços da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental brasileira decorrem, em grande parte, dessa capacidade de transitar entre perspectivas, sem necessariamente dissolver-se em outras disciplinas. A interprofissionalidade, tão valorizada nas práticas contemporâneas, desafia o profissional de Terapia Ocupacional a construir sua prática de maneira relacional, sem renunciar às bases que sustentam seu fazer. Nesse contexto, a definição e o fortalecimento dos referenciais próprios tornam-se estratégicos para assegurar que as contribuições da Terapia Ocupacional sejam reconhecidas e ampliadas.

É importante lembrar que, mesmo diante dessas amarrações, essa posição híbrida e dinâmica não está isenta de desafios. A tensão entre pertencimento e autonomia, colaboração e delimitação de fronteiras, é identificada e vem à tona de maneira constante nas experiências relatadas pelos profissionais que participaram desta investigação. Isso reforça a necessidade de estratégias formativas e políticas que favoreçam um posicionamento crítico e reflexivo por parte dos terapeutas ocupacionais, permitindo-lhes situar-se de maneira ativa e propositiva nesse cenário complexo.

Por fim, nota-se, neste delineamento, uma necessidade emergente de consolidar um

pensamento crítico que oriente a profissão para além de dicotomias rígidas. Em vez de optar por uma adesão irrestrita ou por uma separação inflexível, propõe-se um equilíbrio dinâmico, em que a especificidade da Terapia Ocupacional seja sustentada pelas/pelos terapeutas ocupacionais, ao mesmo tempo em que sua prática se expande em diálogo com outras áreas do conhecimento.

Dessa maneira, a construção e o fortalecimento do núcleo profissional da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental necessariamente percorrem um processo de negociação constante. A busca por um fazer terapêutico ocupacional que seja simultaneamente autêntico e interativo, crítico e propositivo, conduz-nos a um campo de possibilidades que amplia a potência da profissão e reforça sua relevância no contexto da saúde mental brasileira. Esta seção, portanto, encerra-se reafirmando que a Terapia Ocupacional se fortalece na medida em que se compreende e gerencia criativamente as tensões internas e externas, convertendo-as em oportunidades para consolidar a sua capacidade de articular os referenciais teóricos-técnicos-metodológicos com as demandas políticas, culturais, educacionais e sociais que estão alocadas em nosso tempo, expandindo a sua própria atuação.

FIM DE PARTIDA. DE PARTIDA. DÊ PARTIDA...

Este estudo teve como propósito central identificar o núcleo profissional da Terapia Ocupacional no contexto da saúde mental, a partir das experiências relatadas por terapeutas ocupacionais que atuam nos serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial brasileira. A proposta se insere em um movimento investigativo que busca mapear e questionar territórios de atuação, expandindo os horizontes da prática profissional e abrindo novas possibilidades de compreensão.

Diferente de abordagens que visam estabelecer verdades absolutas ou reformular práticas a partir de técnicas específicas, este estudo propõe uma análise do cotidiano da profissão, considerando suas dinâmicas próprias e os desafios enfrentados nos diferentes espaços de atuação. Assim, não se trata de um exercício disciplinar rígido, mas de uma investigação que valoriza a complexidade e fluidez da Terapia Ocupacional na saúde mental, reconhecendo-a como um campo em constante transformação.

Compreende-se que a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental se configura como uma prática dinâmica e reflexiva, cuja essência é construída e reconstruída a partir de um movimento constante entre aproximação e distanciamento de referenciais práticos, teóricos e metodológicos. Essa dialética, longe de ser uma contradição, revela-se como um eixo central para a consolidação e o fortalecimento da profissão.

Apesar da dinamicidade existente na prática da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental, é fundamental resgatar e reafirmar que há um núcleo profissional da Terapia Ocupacional, ou seja, elementos essenciais que definem a singularidade da profissão e a diferencia de outras práticas no campo da saúde mental. A presente pesquisa evidenciou que, embora o diálogo interdisciplinar seja enriquecedor e necessário, é igualmente necessário preservar e valorizar as especificidades da Terapia Ocupacional, garantindo que sua essência não se perca em meio a hibridizações com outros saberes.

No contexto brasileiro, marcado por desafios estruturais e por uma diversidade de realidades sociais, a Terapia Ocupacional na saúde mental assume um papel crucial na promoção de cuidados que respeitem a autonomia, a subjetividade e os contextos de vida dos sujeitos. Esse núcleo profissional, que inclui a compreensão do fazer humano, a valorização das ocupações como eixo central da vida e a promoção da participação social, precisa ser resgatado e reafirmado como base para uma prática crítica e comprometida com os princípios da reforma psiquiátrica e com os referenciais da atenção psicossocial. Os achados deste estudo reforçam que, ao mesmo tempo em que a Terapia Ocupacional se abre para o diálogo com outras áreas,

é essencial manter viva a reflexão sobre o que a torna única, como sua capacidade de intervir a partir das ocupações e de promover a reconstrução de projetos de vida.

A pesquisa também evidenciou a necessidade de uma vigilância constante quanto à persistência de práticas com traços asilares no trabalho de terapeutas ocupacionais, mesmo em dispositivos fundamentados no modelo psicossocial de atenção. Esse cenário demanda um olhar crítico e atento para que tais profissionais possam desconstruir abordagens que reforcem a institucionalização, promovendo, em contrapartida, ações que favoreçam a autonomia e a inclusão social dos sujeitos atendidos.

As múltiplas aproximações e distanciamentos observados ao longo da investigação ampliam o leque de possibilidades de intervenção, permitindo que os terapeutas ocupacionais atuem de maneira inovadora e criativa, sem perder de vista os princípios fundamentais da profissão. Esse movimento dinâmico não apenas fortalece a práxis, mas também impulsiona a categoria a buscar novas estratégias de cuidado, sempre ancoradas em evidências práticas e na construção coletiva do saber.

Importa referir que esta pesquisa se propôs a uma segunda fase por meio da realização de grupos focais, com o objetivo de aprofundar as questões apresentadas na primeira etapa do estudo. No entanto, essa fase não pôde ser realizada devido ao quórum insuficiente de profissionais que compareceram aos encontros, tornando inviável qualquer análise consistente dos dados. Essa limitação impõe uma lacuna significativa nesta pesquisa, impedindo a exploração mais aprofundada de temas relevantes que emergiram na fase inicial.

A dificuldade em mobilizar profissionais para discussões dessa natureza levanta reflexões importantes sobre o grau de envolvimento da categoria com as questões que atravessam a profissão. A participação ativa em debates políticos, técnicos e metodológicos é fundamental para o fortalecimento e qualificação do campo profissional, permitindo que os desafios sejam enfrentados com maior embasamento e que as práticas sejam constantemente aprimoradas.

Dessa forma, a ausência de engajamento em espaços de reflexão coletiva pode indicar não apenas obstáculos práticos, como os relacionados a agenda e disponibilidade, mas também desafios mais estruturais, relacionados à valorização da profissão e à percepção do impacto dessas discussões no cotidiano profissional. Assim, torna-se essencial estimular a maior participação, compreendendo que o envolvimento em debates como esse é um passo fundamental para a construção de um campo profissional mais consolidado e comprometido com sua evolução.

Por fim, este estudo não se propõe a encerrar discussões, mas a abrir caminhos para

reflexões futuras que resgatem e reafirmem o núcleo profissional da Terapia Ocupacional. A Terapia Ocupacional na saúde mental é um campo fértil para investigações que aprofundem os desafios e possibilidades da prática profissional, sempre em diálogo com as demandas da sociedade e os princípios da atenção psicossocial, mas sem perder de vista sua essência. Que este trabalho sirva como um estímulo para que profissionais, pesquisadores e instituições continuem avançando na construção de práticas mais sensíveis, contextualizadas e transformadoras, capazes de responder às complexidades dos territórios e às necessidades dos sujeitos que neles vivem, sempre resgatando e valorizando o núcleo profissional que sustenta a Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional, assim, consolida-se como uma profissão essencial para a promoção de um cuidado mais qualificado, ético e comprometido com a transformação social. Que possamos seguir construindo, coletivamente, um campo de conhecimento e prática que valorize a diversidade, a autonomia e a dignidade humana, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva, sempre ancorados no núcleo profissional que define e fortalece a Terapia Ocupacional no cotidiano prático.

Sigamos a travessia.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. O que é contemporâneo (em uma página)? **Laboratório de Sensibilidades**, n. 4, 2017. Disponível em: <https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2017/09/04/o-que-e-o-contemporaneo-em-uma-pagina/>. Acesso em: 10 out. 2024.
- ALBUQUERQUE, G. M. P. *et al.* Terapia ocupacional e a expressão “produção de vida”: o que dizem as produções brasileiras? **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, e2133, 2021. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR2133>
- ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-307, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3110.pdf>>. Acesso em: fevereiro/ 2023.
- ALMEIDA, F.; PAIM, J. S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cadernos Médicos Sociales**, n. 75, p. 5-30, 1999.
- ALMEIDA-FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005.
- ALMEIDA-FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1/2, 1997.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Sobre as relações entre complexidade e transdisciplinaridade em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 22, p. 22- 30, 2020.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; CRUZ, L. B.; ROTELLI, F.; BASAGLIA, F. O.; BUTTI, G. (Orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Laps/Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J.; CIRINEU, C. T. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 4, p. 743–753, 2016.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AZEREDO, Z. A. A transdisciplinaridade no cuidar do século XXI. **Innovation**, v. 6, n. 2, p. 43-49, 2017.
- BALANTA-COBO, P. *et al.* Direitos humanos e sociais e terapia ocupacional: a necessidade de uma perspectiva pela interseccionalidade. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, e30202203, 2022.

BARBOSA, G. C. G.; SILVEIRA, J. P.; LEBREGO, A. M. Saúde mental no Brasil: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica. In: **Saúde em Foco: temas contemporâneos**. v. 2. Curitiba: Editora Científica Digital, 2020. p. 464-475.

BARROS, M. M. M. A. Atuação da terapia ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral-Ceará. **Revista CETO**, ano 12, n. 12, p. 62-75, 2010.

BARROS, D. D. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 1, n. 2, 1990.

BENETTON, M. J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 4-7, p. 53-58, 1993/1996.

BEZERRA JUNIOR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JUNIOR, B.; COSTA, J. F. **A criação do diagnóstico na psiquiatria contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 9-31.

BEZERRA, W. C.; LOPES, R. E.; BASSO, A. C. S. As estruturas da vida cotidiana e a terapia ocupacional: tensionando limites e possibilidades no/do exercício profissional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, e3031, 2022. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN22983031>

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.

BOURDIEU, P. **Homo academicus**. Stanford: Stanford University Press, 1988.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. Tradução Denice Barbara Catani. São Paulo: Editora UNESP, 2004. 86p.

BRASIL, D. D. R.; LANCCHINI, A. J. B. Reforma psiquiátrica brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Pluralidades em Saúde Mental**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/revistapsicofae/article/view/573>. Acesso em: 05 maio 2023

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 5 maio 2023.

BRASIL. **Comissão discute falta de terapeuta ocupacional no País**. Brasília: Câmara de Notícias, 2016. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/490487-comissao-discute-falta-de-terapeuta-ocupacional-no-pais/>. Acesso em 05 jun 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: saúde mental** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados** [recurso eletrônico].

Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. **Nota Técnica nº 2/2023-CGNEP/DESME/SAES/MS.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/ago_23/NOTA%20T%C3%89CNICA%202%20_%20PORTARIA%20GM%20757.2023.pdf. Acesso em: 1 maio 2024.

BRASIL. Portaria nº 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: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova Política Nacional de Atenção Básica: portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=104. Acesso em: 1 maio 2024.

BRASIL. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 8 set. 2024.

BUENO, K. M. P.; ALMEIDA, S. C.; SALES, M. M.; SALGADO, 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.

CAMARGO, B. Z.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).** Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutorielportugais-22-11-2018>. Acesso em: 01 jun 2023.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 95-103, fev. 2009.

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

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3033-3040, 2011.

CAPOZZOLO, A. A. et al. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-456, maio/ago. 2014.

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, p. 14-24, 2019.

CARDINALLI, I. **Conhecimentos da Terapia Ocupacional no Brasil**: um estudo sobre trajetórias e produções. 2017. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

CARDOSO, R. O.; NASCIMENTO, R. G.; CASTRO, G. G. A. Percepção de profissionais de saúde sobre a terapia ocupacional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 76-90, 2019.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.). **Terapia ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

CASTRO, E. D. *et al.* Território e diversidade: trajetórias da Terapia Ocupacional em experiências de arte e cultura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 3-12, 2016.

CASTRO, E. D. de. Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 14-21, jan./abr. 2005.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus** – Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 253–277, 2012. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1128>

CESTARI, L. M. Q. et al. O referencial teórico-metodológico de Jô Benetton nas intervenções de Terapia Ocupacional com crianças: uma revisão de escopo. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 32, e3532, 2024. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO270835321>

CONSTANTINIDIS, T. C. Cabeça vazia, oficina do diabo: concepções populares do termo ocupação e a terapia ocupacional. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 691-700, 2012.

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. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 37–59.

CONSTANTINIDIS, T. C.; MATSUKURA, T. S. Distanciamento social durante a pandemia de COVID-19: impactos no cotidiano acadêmico e na saúde mental de estudantes de terapia ocupacional. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 603-628, jul./dez. 2021.

COSTA, A.; SILVEIRA, M.; VIANNA, P.; SILVA-KURIMOTO, T. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 7, p. 46-53, 2012.

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: Editora 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. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

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: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA, L.A *et al.* Reflexões epistêmicas sobre a terapia ocupacional no campo da saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 189-196, 2015. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARL432>

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

COUTO, A. C. D. **Terapeutas ocupacionais e dispositivos grupais na Rede de Atenção Psicossocial**. 2023. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00285117, 2020.

CRUZ, D. M. C.; TAFF, S.; DAVIS, J. Occupational engagement: some assumptions to inform occupational therapy. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 31, e3385, 2023. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR259233852>

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

DELEUZE, G. **O abecedário de Gilles Deleuze**: uma realização de Pierre-André Boutang, produzido pelas Éditions Montparnesse, Paris. 1988-1989.

DRUMMOND, A. F. Fundamentos da terapia ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 10-17.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>

EMERICK, B. F.; YASUI, S. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 207-216, 2016.

FERIGATO, S. H.; SILVA, M. C. Saúde mental e terapia ocupacional: a construção de um projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 2, p. 379–386, 2016. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0611>

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

FERRIOTI, M. L. Construção de identidade(s) em terapia ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da ciência. In: PÁDUA, E. M. M.; FERRIOTI, M. L. (Orgs.). **Terapia ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais**. Curitiba: CRV, 2013. p. 43-70.

FIGUEIREDO, Mirela de Oliveira *et al.* Terapia ocupacional: uma profissão relacionada ao feminino. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 115-126, jan./mar. 2018.

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

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 75. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. e00059116, 2016.

GALHEIGO, S.M. *et al.* 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**, v. 26, n. 4, p. 723-738, 2018.

GALHEIGO, S. M. Da adaptação psicossocial à construção do coletivo: a cidadania enquanto eixo. **Revista de Ciências Médicas da PUCCAMP**, Campinas, v. 6, n. 2/3, p. 105-108, mai./dez. 1997.

GALHEIGO, S. M. A transdisciplinaridade enquanto princípio e realidade das ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 10, n. 2/3, p. 49-54, 1999.

GALHEIGO, S. M. Problemática de saberes e práticas na terapia ocupacional brasileira: a construção do pensamento crítico entre 1979 e 1996. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 33, n. 1-3, e215636, 2023.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-

conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, p. 5-25, 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590>.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 104-109, set./dez. 2003.

GIACOMINI, E.; RIZZOTTO, M. L. F. Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 6, p. 261-280, 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999

GOMES, L. D.; MARCOLINO, T. Q.; FERIGATO, S. H. **Manual da ferramenta reflexiva para sustentar o raciocínio profissional em terapia ocupacional**. São Carlos: UFSCar/CPOI, 2021.

GOZZI, A. P. N. F.; LUSSI, I. A. O. A avaliação inicial no processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 537-551, 2013.

GRENFELL, M. **Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais**. Petrópolis: Vozes, 2018.

GUATTARI F. **Psicanálise e transversalidade**. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.

HENZ, A.; CAPOZOLLO, A.A.; CASETTO, S.J. Entre mundos, experiências e profissões. In: CAPOZOLLO, A. *et al.* (Orgs.). **Clínica Comum: fragmentos de formação e cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 244-258.

GUIMARÃES, D. S. L.; FALCÃO, I. V. Análise de atividades e formação do terapeuta ocupacional: um estudo com os preceptores de estágio da UFPE. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 63-70, maio/ago. 2004.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 27-35, 2011.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In: NOVIKOFF, C.; SANTOS, S. R. M.; MITHIDIERI, O. (Orgs.). **Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro**. Duque de Caxias, RJ, 2014. p. 37-54..

JUNIOR, H. S.; GOMES, M. P. C.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado. **Saúde & Sociedade**, v. 32, e220582pt, 2023.

KINKER, F. S. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARF0629>.

KRUTLI, R. L. S. **Os sentidos das intervenções de terapeutas ocupacionais em saúde mental**

na perspectiva do sujeito das ações. 2024. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2024.

KRUPA, T. Part of the solution or part of the problem? Addressing the stigma of mental illness in our midst. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 75, n. 4, p. 198-204, 2008. <https://doi.org/10.1177/000841740807500404>.

LABORNE, A. A. P. Branquitude, colonialismo e poder: a produção do conhecimento acadêmico no contexto brasileiro. In: MULLER, T. M. P.; CARDOSO, L. (Orgs.). **Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil**. Curitiba: Appris, 2017. p. 91-104.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. D. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 jul. 2024.

LEÃO, A.; SALLES, M. M. Cotidiano, reabilitação psicossocial e território: reflexões no campo da terapia ocupacional. In: SIMÕES, T.; SALLES, M. M. (Orgs.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas em terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2017. p. 61-76.

LEÃO, A.; LUSSI, I. A. de O. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200474, 2021.

LIMA, E. M. F. A. Uma perspectiva ético-estético-política para as atividades em terapia ocupacional. In: SILVA, C. R. (Org.). **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. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 153-158, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14042>.

LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 42-48, maio/ago. 2004.

LIMA, E. M. F. A.; OKUMA, D. G.; PASTORE, M. N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na terapia ocupacional brasileira. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 2, p. 243-254, 2013. <https://doi.org/10.4322/cto.2013.026>.

LOPES, M. E. L.; SOBRINHO, M. D.; COSTA, S. F. G. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 22, p. 819-825, 2013.

LOPEZ-RUIZ. La «empresa» como modo de subjetivación. **Revista Confluência**, 2012, p. 119-145. Disponível em: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5640/revistaconfluencia2012-13-005-lopez-ruiz.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 448-456, maio/jun. 2006.

MACEDO, J. P *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MARCOLINO, T. Q. Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional em saúde mental: o caso do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 3, p. 635-642, 2014.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense "prática de terapia ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 127-134, set./dez. 2002.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 115-122, set./dez. 2006.

MÂNGIA, E. F. A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 11, n. 1, p. 28-32, jan./abr. 2000.

MÂNGIA, E. F.; NICACIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 63-80.

MARCOLINO, T.Q. Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em Terapia Ocupacional em saúde mental: o caso do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 635-642, 2014

MAZAK, M. S. R.; FERNANDES, A. D. S. A.; LOURENÇO, G. F.; CID, M. F. B. Instrumentos de avaliação da terapia ocupacional para crianças e adolescentes no Brasil: uma revisão da literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, e2833, 2021. <https://doi.org/10.1590/25268910.ctoAR2143a>.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: EdUFSCar, 2003.

MELO, C. H. **Autismo, sintoma do contemporâneo: entre políticas, conceitos e experiências**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, 2017.

MERHY, E. E.; AMARAL, H. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr./jun. 1991

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTAGNER, M. Â. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 515-526, 2006.

MONTREZOR, J. B. A terapia ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 529-536, 2013.

MORAIS, M. L. S; *et al.* Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 112-128, jan./abr. 2009.

MORATO, G. G. **Reabilitação psicossocial e atenção psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental**. 2019. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, São Carlos, 2019.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, maio/ago. 2004.

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

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de Centros de Atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 101-108, 2009.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 283-297.

OLIVEIRA, M. T.; FERIGATO, S. H. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 3, p. 508-521, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. & FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e práticas colaborativas**. Genebra: OMS, 2010.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 767-782.

PASSOS, E. Psicologia, pesquisa cartográfica e transversalidade. **Revista Polis e Psique**, v. 9, p. 128-139, 2019.

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>.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou navio negreiro?”: inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 92-101, 2015.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde loucura**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 129-138.

PIRES, A. de P. Os conceitos de campo científico, habitus científico e capital científico na análise da formação de pesquisadores para o campo da Política Educacional. **Revista de Estudios Teóricos y Epistemológicos en Política Educativa**, v. 7, p. 1–17, 2022. <https://doi.org/10.5212/retepe.v.7.19875.001>.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011

PORTO, R. M., & SILVA, C. R. (2023). A branquitude e as dimensões do não-dito na/da Terapia Ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 31, e3531, 2023. <https://doi.org/10.1590/25268910.ctoARF270735311>.

PRODÓCIMO, C.; MILEK, G.; FERIGATO, S.H. Atuação da Terapia Ocupacional no Consultório na Rua. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 3, p. 270-279, set./dez. 2018.

REDE NACIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL – RENETO. **Formação em Terapia Ocupacional no Brasil**. Disponível em: <http://reneto.org.br/formacao-em-to-no-brasil/>. Acesso em: 21 jan. 2024.

RIBEIRO, M. C.; BEZERRA, W. C. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 301-308,

set./dez. 2015.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A terapia ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.

RIBEIRO, M. C.; CHAVES, J. B.; SILVA, R. C. O.; PEREIRA, T. A. O grupo de terapia ocupacional na saúde mental: atividade como potencializadora de sociabilidade e protagonismo. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 6, n. 7, p. 99-113, 2017. <https://doi.org/10.33333/ps.v6i7.763>.

RIGONI, H. H.; GONDINHO, B. V. C. O financiamento das comunidades terapêuticas no Brasil e os modelos de atenção à saúde mental: resultados parciais. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 15, supl., e016, 2023.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

ROTELLI, F. **La libertà è terapeutica?** L'esperienza psichiatrica di Trieste. Milano: Feltrinelli, 1983.

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.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da Terapia Ocupacional no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

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. São Carlos: EdUFSCar, 2017. p. 1-35.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. O uso dos conceitos de ocupação e atividade na Terapia Ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 801-810, 2016.

SAMPAIO, M. L.; JUNIOR, J.P.B. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00042620, 2021.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: EDUSP, 2004

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, v. 2, n. 18, p. 24-42, 2º sem. 2008.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In:

PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 19-26.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 150–154.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan./abr. 1998.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SCHNEIDER, J.F.; SOUZA J.P.; NASI, C.; CAMATTA, M.W.; MACHINESKI, G.G. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 397-405, set. 2009.

SCHELL, B. A. B. Professional reasoning in practice. In: SCHELL, B. A. B.; GILLEN, G. (Eds.). **Willard and Spackman's occupational therapy**. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019. p. 482–497.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a Terapia Ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 845–856, dez. 2017.

SILVA, D. J. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. In: PHILIPPI, A. (Org.). **Interdisciplinaridade em ciências ambientais**. São Paulo: Signus, 2000.

SILVA, A. C. C.; OLIVER, F. C. Participação social: teoria e prática na formação graduada em terapia ocupacional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, e240179, 2024. <https://doi.org/10.1590/interface.240179>.

SLOMP JUNIOR. H, GOMES M.P.C., MERHY E.E., FRANCO T.B. Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado. **Saúde Soc** 2023; 32(4):e220582pt.

SOUZA, Â. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 12, 2010..

SOUZA, A. D. J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. D. F. A.; PARENTE, A. D. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 391-395, 2007.

TÁPARO, F. A. “O que se faz, como se faz, por que se faz?”: focalizando o núcleo da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. 2023. Tese (Doutorado em Terapia

Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/17834>. Acesso em: 20 mar. 2023.

TÁPARO, F.A, CID, M.F.B. O núcleo da terapia ocupacional e a atenção psicossocial de crianças e adolescentes: convergências teórico-práticas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 34, n. 1-3, e222944, 2024..

TÁPARO, F. A.; CONSTANTINIDIS, T. C.; CID, M. F. B. Os fazeres da terapia ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 32, e3568, 2024. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO27393568>.

TEDESCO, S.; CÍTERO, V. A.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Percepções de profissionais de enfermagem sobre intervenções de terapia ocupacional em saúde mental em hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 645-649, 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002.

TREVISAN, E. R.; ALMEIDA, D. T.; BARROS, V. A. O trabalho de terapeutas ocupacionais em um Centro de Atenção Psicossocial: para além das fronteiras disciplinares. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 7, n. 2, p. 1735-1751, 2023.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 73-85, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

UEMURA, L. *et al.* Estigma e transtorno mental: perspectiva do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 309-316, set./dez. 2015.

VASCONCELO, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2825-2835, 2013.

YASUI, S.; LUZIO, C.A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, v. 8, p. 173-190, 2018.

YASUI, S. **Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos**: atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica em tempos sombrios. 2016. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016.

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução 510/2016 do CNS

Título da Pesquisa: Entre o Campo e o Núcleo: Saberes da prática da Terapia Ocupacional em saúde mental

Pesquisador Responsável: Cleber Henrique de Melo

Você está sendo convidado(a) para participar da **Fase 1** da pesquisa “**Entre o Campo e o Núcleo: Saberes da prática da Terapia Ocupacional em saúde mental.**” O objetivo desse estudo é compreender a prática específica da Terapia Ocupacional em saúde mental a partir de práticas de terapeutas ocupacionais que são desenvolvidas nos equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Esta pesquisa está dividida em duas fases e a sua participação nesta primeira fase não implica na participação da segunda fase, devendo ser escolha do participante a sua participação voluntária na fase dois, conforme explicitado no final deste documento.

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, que 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 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. O pesquisador 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 autoexpressão 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 *smartphone*, com acesso à *internet*. Com exceção disso, 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, 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. O pesquisador 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 procurar orientações e/ou esclarecimentos.

Caso haja algum dano decorrente da sua participação na pesquisa ou caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá resguardado o direito à busca por indenização conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

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, 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.

Os dados coletados nesta pesquisa, como respostas do questionário (FASE 1) e vídeos de grupo focal (FASE 2) assim como o TCLE, serão armazenados em pasta não compartilhada presente no computador do pesquisador. Será realizado o download de todos os materiais evitando o registro em quaisquer plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou nuvens de armazenamentos, conforme orientação do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021.

Ao final do questionário, há uma pergunta que te convida para a Fase 2 desta pesquisa, na qual será realizada em apenas um encontro online em grupo, de 1h30min, com vista a aprofundar o objetivo desta pesquisa com base nas experiências profissionais. Este encontro será gravado para posterior análise dos conteúdos apresentados. Nesta etapa, a identidade das pessoas que responderam ao questionário da Fase 1 continuará em sigilo. Caso tenha interesse em participar da Fase 2 basta apenas responder a esta questão e será posteriormente contatado (a) por e-mail informando o link, a data e o horário de realização do grupo online.

Os resultados desta pesquisa serão publicizados em artigos científicos e a tese de doutorado completa estará disponível no site do Programa de Pós- Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, através do endereço: <https://www.ppgto.ufscar.br/teses-e-dissertacoes/dissertacoes>

Endereço para contato em caso de dúvidas quanto ao projeto:

Pesquisador responsável: Cleber Henrique de Melo

Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235, São Carlos/SP - CEP: 13565-905

Departamento de Terapia Ocupacional – Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional

Contato telefônico:



E-mail: cleberhmelo@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:

APÊNDICE B — QUESTIONÁRIO ONLINE

1. Qual o seu sexo?

() Feminino

() Masculino

2. Qual a sua identidade de gênero?

[1] Que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer

[2] Possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer

[3] Não definem sua identidade dentro do sistema binário homem-mulher

Mulher cisgênera¹

Homem cisgênero¹

Mulher transexual/transgênera²

Homem transexual/transgênero²

Não binário³

Prefiro não me classificar Prefiro

não responder

3. Qual é a sua raça*?

*Definição seguida de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2022)

Amarela

Branca

Indígena

Parda Preta

Prefiro não me classificar

Prefiro não responder

4. Qual a sua idade?

18-25

26-30

31-35

36-40

41-45

46-50

51-55

56-60

61-65
66-70
71 ou mais

5. Qual o seu tempo de formação em Terapia Ocupacional?

0-2 anos
3-5 anos
5-10 anos
10-15 anos
15-20 anos
20-25 anos Mais
de 25 anos

6. Você possui algum curso de Pós-Graduação?

Sim

Não

7. Caso a sua resposta anterior tenha sido sim, qual a modalidade de pós-graduação realizada? Escolha a sua maior titulação entre as elencadas.

Residência Multiprofissional concluída
Residência Multiprofissional em andamento
Aprimoramento Profissional concluído
Aprimoramento Profissional em andamento
Especialização concluída
Especialização em andamento
Mestrado concluído
Mestrado em andamento
Doutorado concluído
Doutorado em andamento

8. Especifique a(s) sua(s) formação/formações pós-graduada(s) — Cite nome, área e programa.

9. Qual o seu tempo de formação no curso de pós-graduação escolhido nas questões anteriores?

0-2 anos

- 3-5 anos
- 5-10 anos
- 10-15 anos
- 15-20 anos
- Mais de 20 anos

10. Você participa ou participou de algum grupo de estudo, curso de extensão, supervisão clínica etc., com objetivo de respaldar a sua prática em Terapia Ocupacional no campo da saúde mental? Especifique.

11. Em qual Estado brasileiro você atua como terapeuta ocupacional?

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

12. Em qual equipamento da Rede de Atenção Psicossocial* — RAPS — você atua?

*Equipamentos elencados a partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011

- Unidade Básica de Saúde
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF
- Consultório de Rua
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
- Centros de Convivência e Cultura CAPS I
- CAPS Adulto II

CAPS Adulto III
CAPS AD II CAPS
AD III CAPS AD
IV CAPSij II
CAPSij III
CAPSADij
Sala de Estabilização
UPA 24hrs
Portas Hospitalares de atenção à urgência e emergência
Unidade de Acolhimento
Serviço de Atenção em Regime Transitório
Enfermaria Especializada em Hospital Geral
Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda.
Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

13. Há quanto tempo você atua no campo da saúde mental?

0-2 anos

3-5 anos

5-10 anos

10-15 anos

15-20 anos

Há mais de 20 anos

14. Conte sua rotina de trabalho como terapeuta ocupacional, sobre as atividades que você desenvolve, suas ações de cuidado em saúde mental.

15. A partir da sua experiência, comente e explique quais ações ou práticas no campo da saúde mental que mais necessita da ação de um/uma terapeuta ocupacional.

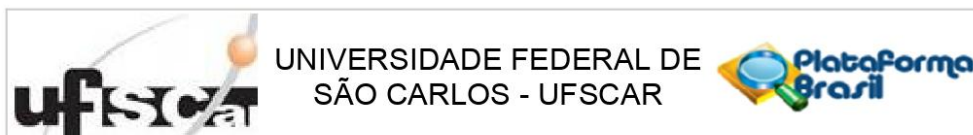
16. O que você entende que seja atribuição específica do/da terapeuta ocupacional, ou seja, que é de competência exclusiva do/da terapeuta ocupacional no trabalho de atenção e cuidado em saúde mental?

17. Frente às suas experiências profissionais no campo da saúde mental, em quais situações é mais comum solicitarem a intervenção específica de um/uma terapeuta ocupacional? Comente, por favor.

18. Na sua opinião, quais as potencialidades do trabalho do/da terapeuta ocupacional na saúde mental?

19. Considerando os objetivos deste estudo, como segunda etapa desta pesquisa, será realizado um grupo focal online, em ambiente virtual, para aprofundamento das questões referentes a este tema. Sua participação seria muito importante. Caso você concorde participar neste grupo, pedimos a gentileza de escrever o seu e-mail para que possamos entrar em contato e fornecer as informações referentes à segunda etapa desta pesquisa

ANEXO A — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Entre o Campo e o Núcleo: Saberes da prática da terapia ocupacional em saúde mental.

Pesquisador: Cleber Henrique de Melo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68275023.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Biológicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.078.888

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2108461.pdf, de 04/05/2023) e/ou do Projeto Detalhado (versão 2, 04/05/2023).

RESUMO: Há 21 anos o Brasil promulgava a lei da Reforma Psiquiátrica, que somente foi aprovada após longos debates políticos, técnicos e administrativos em todas as esferas competente e com isto, todos os movimentos realizados em torno das discussões geradas objetivam alterar os modos que eram oferecidos como práticas de saúde mental para a população brasileira. Até os anos 80, o Brasil ofertava formas de cuidados em saúde mental

pautados nas lógicas de segregação e aprisionamento de pessoas nos grandes manicômios brasileiros. Estes espaços, como relatados por diversos pesquisadores contemporâneos, eram considerados depositários de pessoas indesejadas em meio social, como mulheres que engravidavam fora do casamento; pessoas acometidas de lepra; pessoas LGBTQIA+, pessoas pretas, moradores de rua e/ou usuários de substâncias psicoativas etc.

Com os avanços financeiros, intelectuais e políticos, conseguimos consolidar, ao longo dos anos, a Rede de Atenção Psicossocial Brasileira (RAPS) que desde o seu início 'prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

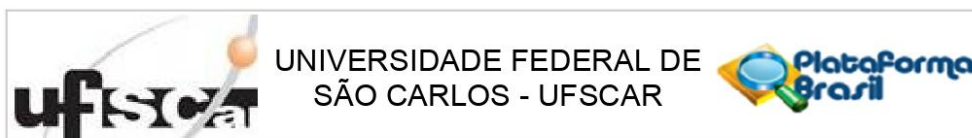
UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.078.888

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.' (BRASIL, 2011).

A implantação da RAPS nos

territórios brasileiros, buscou e busca, até o presente momento, articular as pautas de discussões sobre a saúde mental em todos os equipamentos que compõe a rede de atenção à saúde. É neste cenário das práticas de cuidado em saúde mental no modo psicossocial, que terapeutas ocupacionais e outros profissionais da área desenvolveram trabalhos significativos e potentes para a sustentação e manutenção deste modo de

fazer, sendo este cenário, um dos primeiros momentos efetivo de um trabalho colaborativo e interdisciplinar no campo da saúde mental brasileira, mesmo que ainda sendo colocado na prática com enfrentamentos à toda uma estrutura que constantemente busca segregar as pessoas que possuem algum processo de sofrimento mental. Ao tentarmos entender os possíveis contornos da Terapia Ocupacional na saúde mental brasileira,

nos seria interessante entrar em contato com as discussões sobre campo e núcleo profissional como ordenador desta discussão, entendendo este como um dos caminhos que podem fornecer pistas para tais elaborações, contudo ao olharmos para esta temática, precisamos tomar cuidado para não cair nas limitações disciplinares que esta discussão facilmente pode nos levar. Por fim, entender como terapeutas ocupacionais vem

desenvolvendo suas práticas no campo da saúde mental brasileira numa perspectiva de compreensão do campo e núcleo profissional nos qualifica enquanto profissão e abre espaço para ampliação dos debates enquanto trabalhadores do SUS. Nesta perspectiva, o objetivo da pesquisa é compreender a prática específica da terapia ocupacional em saúde mental a partir de práticas de terapeutas ocupacionais que são desenvolvidas nos equipamentos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Para responder aos objetivos desta pesquisa, o método qualitativo mostrase como o mais eficaz visto as possibilidades de compreensão de um fenômeno frente à uma problemática. A amostra será composta por profissionais terapeutas ocupacionais que atuam no Campo da Saúde Mental brasileira e que trabalhem nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, com base na Portaria Ministerial nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. O convite se dará através de envio de texto com breve

descrição do objetivo da pesquisa, conjuntamente com o link para acesso ao questionário. Ao final do preenchimento o questionário propõe uma segunda etapa da pesquisa, que se dará através de grupo focal, esta etapa, apenas irá acontecer com os profissionais que assinalarem a opção "Sim" disposta no questionário. Os instrumentos serão compostos por um questionário semiestruturado que foi elaborado pelos autores desta pesquisa e validado por três terapeutas ocupacionais,

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

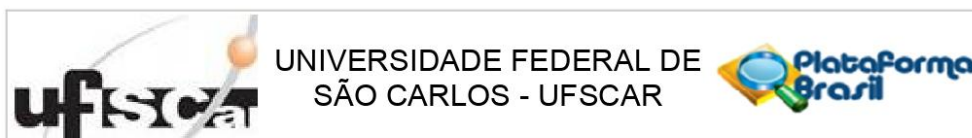
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.078.888

pesquisadores e com expertise na área da terapia ocupacional em saúde mental; e grupos focais. A análise de conteúdo se dará através de: planilhas no Programa Microsoft Office Excel® para sistematização e organização dos dados

coletados por meio do questionário. As questões iniciais e objetivas do questionário serão analisadas por estatística descritiva. Os dados qualitativos, resultantes da análise das questões abertas serão analisados com auxílio do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que consiste em um programa informático gratuito, que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras.

HIPÓTESE (se houver): No cenário das práticas de cuidado em saúde mental do modo psicossocial, terapeutas ocupacionais desenvolveram seus trabalhos de forma

significativa e potente com vista para a sustentação e manutenção deste modo de fazer. Neste sentido, a Terapia Ocupacional, ao longo dos anos, adquiriu uma identidade profissional ativa e seus processos de reflexões transcenderam lógicas exclusivas que visavam apenas a relação entre paciente-terapeuta-atividade e passaram a se ocupar também de outras reflexões que compõe a atuação profissional. As pesquisas de Terapia

Ocupacional em Saúde Mental têm buscando apresentar as suas práticas nas ações diretas com os usuários dos equipamentos de saúde mental e/ou em algumas outras, têm se debruçado sobre o processo de construção do raciocínio clínico em saúde mental, por tanto nesta perspectiva, cabe à pesquisa, trilhar um caminho ainda pouco explorado por terapeutas ocupacionais, que se refere as discussões de campo e núcleo profissional nas

práticas desenvolvidas em saúde mental no Brasil, tendo como parâmetro a necessidade de distanciamento de uma proposta de hegemonização das práticas, teorias ou métodos utilizado, mas com a certeza de trilhar um caminho para uma construção coletiva, reflexiva e aberta para as diferenças que estão postas na realidade prática da profissão em saúde mental.

METODOLOGIA: Para responder aos objetivos desta pesquisa, o método qualitativo mostra-se como o mais eficaz visto as possibilidades de compreensão de um fenômeno frente à uma problemática. De acordo com Turato (2005) a metodologia qualitativa aplicada à saúde, não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado deste fenômeno no âmbito individual ou

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

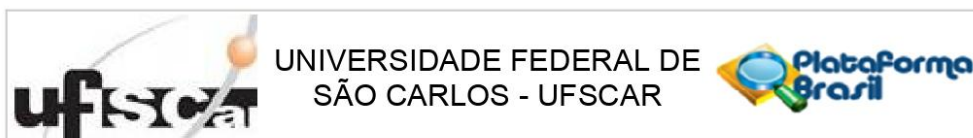
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.078.888

coletivo, pois este tem função estruturante para a vida das pessoas, uma vez que essas organizam suas vidas a partir destes significados por elas atribuídos. A amostra será composta por profissionais terapeutas ocupacionais que atuam no Campo da Saúde Mental brasileira e que trabalhem nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, com base na Portaria Ministerial nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. O convite se dará através de envio de texto com breve descrição do objetivo da pesquisa, conjuntamente com o link para acesso ao questionário. Os profissionais serão convidados para participação nesta pesquisa, através de meios digitais, como: Grupos de terapeutas ocupacionais existentes no WhatsApp e mailing dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia

Ocupacional do Brasil - CREFITOS - e mailing da Associação Brasileira de Terapia Ocupacional - ABRATO. A participação se dará de forma voluntária e não apresenta risco ao participante, sendo a identidade profissional preservada, sem a possibilidade de identificação dos participantes. Ao final do preenchimento o questionário propõe uma segunda etapa da pesquisa, que se dará através de grupo focal, esta etapa, apenas irá

acontecer com os profissionais que assinalarem a opção "Sim" disposta no questionário. A pesquisa será desenvolvida totalmente online, de forma virtual, não havendo obrigatoriedade de lugar para o preenchimento do questionário ou participação no grupo. O recurso virtual foi adotado tanto como forma de viabilizar a participação dos profissionais de diferentes localidades. O instrumento se iniciará com uma apresentação do estudo e, na sequência, será disponibilizado o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, com informações mais aprofundadas sobre a pesquisa e os

aspectos éticos. O RCLE será assinado virtualmente, através de um ícone de preenchimento obrigatório, e, somente após o aceite de participação na pesquisa, os participantes acessarão o questionário. Será apresentado aos profissionais questionário semiestruturado que foi elaborado pelos autores desta pesquisa e validado por três terapeutas ocupacionais, pesquisadores e com expertise na área da terapia ocupacional

em saúde mental. O questionário possui 19 perguntas de resposta única, de múltipla escolha ou abertas, em que são abordadas questões relativas a sexo, cor/etnia, situação socioeconômica, além de questões relativas ao referencial teórico-prático das/dos terapeutas ocupacionais. Grupo focal: Os grupos focais vêm sendo amplamente utilizados em pesquisas qualitativas e tem como objetivo coletar informações sobre um determinado tema

específico por meio da discussão participativa entre os participantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo. O Grupo focal valoriza a interação entre os participantes e o

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

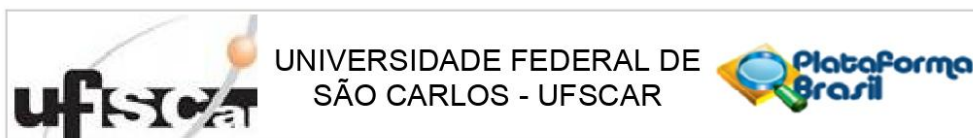
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.078.888

pesquisador, sendo realizado a partir das discussões focadas em tópicos específicos e diretivos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Estar em concordância com o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido; Ter idade mínima de 18 anos; Ser terapeuta ocupacional que atua no Campo da Saúde Mental brasileira e que trabalhe nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, com base na Portaria Ministerial nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: NÃO FOI APRESENTADO.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a prática específica da terapia ocupacional em saúde mental a partir de práticas de terapeutas ocupacionais que são desenvolvidas nos equipamentos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil dos/das terapeutas ocupacionais que atuam em saúde mental; Compreender os caminhos traçados por terapeutas ocupacionais para uma prática de cuidado em saúde mental. Conhecer os modelos, métodos e técnicas utilizadas por terapeutas ocupacionais nas ações da terapia ocupacional em saúde mental. Discutir o Campo e Núcleo de competência da terapia ocupacional em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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, 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. O pesquisador

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

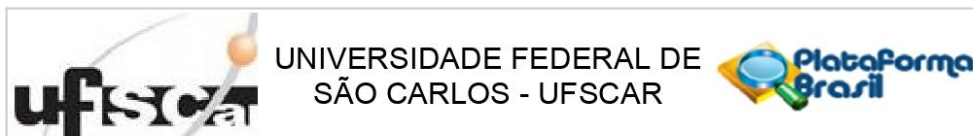
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.078.888

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.

Benefícios:

A 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, 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.

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:

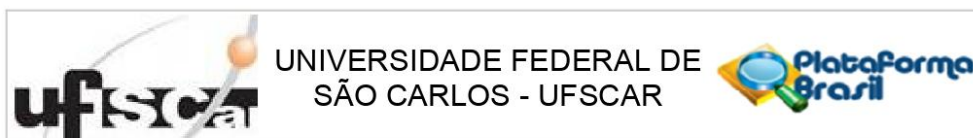
Agradecemos as providências e os cuidados tomados pelos pesquisadores ao apresentarem a 2ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar. Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente n. 6.031.968 emitido pelo CEP em 30/04/2023.

Seguem abaixo as pendências listadas no parecer anterior do CEP e seu status (atendida, não atendida, parcialmente atendida).

TCLE:

1- Substituir o termo REGISTRO por TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO;

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



Continuação do Parecer: 6.078.888

Resposta: Conforme sugerido o termo foi alterado, ficando da seguinte forma:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2- Iniciar o TCLE com um Cabeçalho que deverá conter: Termo de consentimento Livre e Esclarecido, o número da resolução de ética em pesquisa, o Título do projeto, os dados do pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores.

Resposta: Conforme sugestionado, foram feitas as adequações neste quesito. Ainda informo que a pesquisa não possui pesquisadores colaboradores, sendo o pesquisador principal o responsável pela integra da pesquisa. Desta forma o item solicitado, ficou da seguinte forma:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução 510/2016 do CNS

Título da Pesquisa: Entre o Campo e o Núcleo: Saberes da prática da terapia ocupacional em saúde mental

Pesquisador Responsável: Cleber Henrique de Melo

PENDÊNCIA ATENDIDA.

3- Para além do ressarcimento é preciso informar sobre a Indenização: Formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa; buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Resposta: Conforme sugestionado, o paragrafo ficou da seguinte forma:

Caso haja algum dano decorrente da sua participação na pesquisa ou caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação da pesquisa terá resguardado o direito a busca por indenização conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

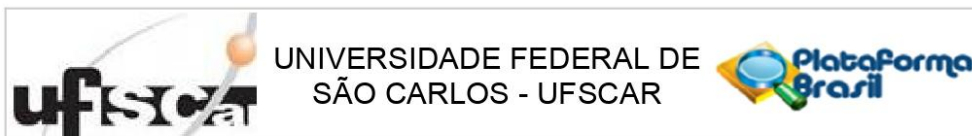
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.078.888

4- Deverá conter no termo informações sobre a Segurança na transferência e no armazenamento dos dados: Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". O mesmo cuidado deverá ser seguido para os registros de consentimento livre e esclarecido que sejam gravações de vídeo ou áudio. É recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados, não sendo indicado a sua manutenção em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Resposta: Conforme sugestionado, houve alteração do texto, ficando da seguinte forma:

Os dados coletados nesta pesquisa, como respostas do questionário (FASE 1) e vídeos de grupo focal (FASE 2) assim como o TCLE, serão armazenados em pasta não compartilhada presente no computador do pesquisador. Será realizado o download de todos os materiais evitando o registro em quaisquer plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou nuvens de armazenamentos, conforme orientação do Ofício Circular no 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

5- Inserir sobre o Acesso aos resultados da pesquisa: Descrever como os resultados da pesquisa serão informados aos participantes ao término da mesma.

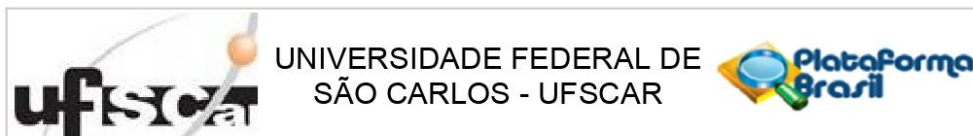
Resposta: Seguindo orientações, o texto teve a seguinte alteração:

Os resultados desta pesquisa serão publicizados em artigos científicos e a tese de doutorado completa, estará disponível no site do Programa do Pós- Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, através do endereço:
<https://www.ppgto.ufscar.br/teses-e-dissertacoes/dissertacoes>

PENDÊNCIA ATENDIDA.

6- Esclarecer no início do TCLE que trata-se de uma pesquisa com 2 fases, sendo que a

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



Continuação do Parecer: 6.078.888

primeira não implica na participação da segunda, que caberá a escolha do participante.

Resposta: Conforme sugestionado, o texto apresenta o item elencado, ficando da seguinte forma:

Você está sendo convidado (a) para participar da Fase 1 da pesquisa "Entre o Campo e o Núcleo: Saberes da prática da terapia ocupacional em saúde mental." O objetivo desse estudo é compreender a prática específica da terapia ocupacional em saúde mental a partir de práticas de terapeutas ocupacionais que são desenvolvidas nos equipamentos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Esta pesquisa está dividida em duas fases e a sua participação nesta primeira fase, não implica na participação da segunda fase, devendo ser escolha do participante à sua participação voluntária na fase 2, conforme explicitado ao final deste documento.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

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 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	04/05/2023		Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

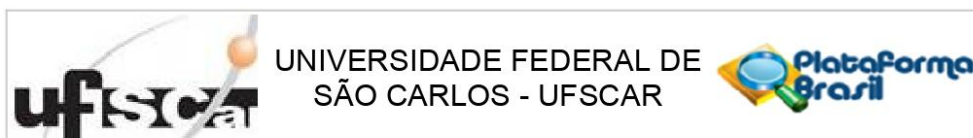
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.078.888

Básicas do Projeto	ETO_2108461.pdf	16:55:32		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_VERSAO2.pdf	04/05/2023 16:54:51	Cleber Henrique de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Esclarecimento_Livre_e_Consciente.pdf	04/05/2023 16:53:58	Cleber Henrique de Melo	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_VERSAO1.pdf	03/05/2023 19:09:44	Cleber Henrique de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	24/03/2023 16:25:47	Cleber Henrique de Melo	Aceito
Outros	Formulario_Fase_1.pdf	24/03/2023 16:20:45	Cleber Henrique de Melo	Aceito
Outros	Roteiro_Grupo_Focal.pdf	24/03/2023 16:07:12	Cleber Henrique de Melo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	24/03/2023 15:59:52	Cleber Henrique de Melo	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	22/03/2023 12:51:26	Cleber Henrique de Melo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/03/2023 12:49:42	Cleber Henrique de Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 24 de Maio de 2023

Assinado por:
Sonia Regina Zerbetto
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

