



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Raphaela Schiassi Hernandez

SIGNIFICADOS DE ATIVIDADE NA TERAPIA
OCUPACIONAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL: UM
OLHAR SOBRE A PRÁTICA DA ATIVIDADE

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Botucatu, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Solange Aparecida Tedesco

BOTUCATU
2015

Raphaela Schiassi Hernandez

**SIGNIFICADOS DE ATIVIDADE NA TERAPIA
OCUPACIONAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL:
UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA DA ATIVIDADE.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Botucatu, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Solange Aparecida Tedesco

BOTUCATU
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Hernandes, Raphaela Schiassi.

Significados de atividade na terapia ocupacional na
área de saúde mental : um olhar sobre a prática da
atividade / Raphaela Schiassi Hernandez. - Botucatu, 2015

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Maria Dionísia do Amaral Dias

Coorientador: Solange Aparecida Tedesco

Capes: 40602001

1. Terapia ocupacional. 2. Saúde mental. 3. Doentes
mentais - Reabilitação. 4. Psicologia social.

Palavras-chave: atividade; psicologia socio historica;
saúde mental; terapia ocupacional.

Dedico este trabalho à minha vida, à minha mãe,

*A você que esteve comigo em todos os momentos
de alegria e tristeza,*

*A você que me deu mais esta oportunidade, abrindo
mão de suas vontades para que as minhas fossem
realizadas,*

*A você que chorava quando eu estava chorando e
que sorria quando me via sorrindo,*

*A você que estava sempre disposta a me ajudar nas
horas angustiantes e sempre me levantando com
humildade e sabedoria,*

*A você que é um exemplo do que é ser mãe, dedico-
lhe mais esta vitória e espero que eu possa lhe
trazer muitas outras conquistas...*

Te amo eternamente!

AGRADECIMENTOS:

A produção de um trabalho intenso e complexo, como o de uma tese, torna-se possível pelos laços estabelecidos durante um longo percurso de descobertas, angústias, encontros, surpresas e encantamentos. Tudo isso em meio à dinâmica da vida cotidiana, que não para em nenhum só momento, nem pelo fato de estarmos em trabalho de tese. Assim sendo, nesse percurso de pós-graduação que se encerra, formalmente, agradeço sinceramente:

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste doutorado.

Às instituições e sujeitos participantes desse trabalho, que autorizaram essa pesquisa tornando possível a realização desse estudo.

À minha orientadora Dionísia e Co-orientadora Solange, pelos momentos de troca de experiências e esclarecimentos, pela dedicação, paciência e responsabilidade, empregadas nessa orientação, vocês foram fundamentais para a conclusão desta pesquisa.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação neste curso e em especial a professora Kika, por todas as nossas conversas, sorrisos e compartilhamentos. Você sempre apareceu e me ajudou nos momentos que mais precisei, com muito amor, sabedoria e calma, portanto, continuará sendo minha orientadora eterna.

Aos professores da banca examinadora e suplentes, por terem atendido ao convite para desempenhar este papel, dispondo de seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho.

A Deus, que me proporcionou a oportunidade de estar realizando mais esta etapa do meu caminho profissional que tanto amo. Principalmente, pela proteção e força dada durante toda a minha vida.

Ao meu amor, Thiago, que sempre me ampara, me guia e me suporta nos momentos de ansiedade, nervosismo e desespero. Obrigada por existir e estar sempre ao meu lado, acreditando em mim e em todos os meus sonhos..

*Eu poderia ser engenheiro, matemático, biólogo...
Eu poderia estar trancado em um escritório lendo livros de código penal, procurando
em um laboratório a fórmula perfeita pros seus cabelos ficarem mais sedosos...
Eu poderia estudar mais sobre as estrelas, o mar...
Eu seria um ótimo atleta...
Mas eu escolhi ser **TERAPEUTA OCUPACIONAL**....
Reabilitar aqueles que necessitam, dar um novo caminho às pessoas que não vêem
mais esperança, ressignificar após mudanças no cotidiano, ouvir o que mais os
afligem...
Eu escolhi ter um sorriso, um abraço, um carinho...ao invés de prêmios de
reconhecimento...
Eu escolhi voltar pra casa todos os dias e reciclar minhas ideias agradecendo a
Deus por todos os dias cruzar com pessoas como as que eu encontro e aprender
um novo sentido na minha vida...
Eu agradeço porque aprendi a dar valor às coisas pequenas...
Eu escolhi ser **TERAPEUTA OCUPACIONAL!**
(THAIZA, UFRJ)*

RESUMO

Um olhar sobre o trabalho de terapeutas ocupacionais nos cenários atuais de Saúde Mental provoca inúmeras indagações para os agentes e estudiosos deste campo. A relação da especificidade das intervenções e a composição dos movimentos constituídos nas reabilitações psicossociais aproximam as práticas com tradições humanistas, sociais e políticas em manejos com campos teóricos e procedimentais fronteiriços. Indiscutivelmente os ganhos nas composições de equipes multidisciplinares em Saúde Mental são visíveis nos atuais debates e enfrentamentos que os equipamentos substitutivos e as políticas públicas de Saúde Mental exigem. Por outro lado, cabe particularmente ao profissional estabelecer, cada qual com seu repertório, um campo de problemáticas e fenômenos para lidar com a complexidade da clínica e seus desdobramentos e manejos. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é compreender o significado de Atividade na Terapia Ocupacional para diferentes atores sociais, dentro da área da Saúde Mental, como terapeutas ocupacionais, pacientes acompanhados pelo terapeuta ocupacional, profissionais que compõem as equipes multidisciplinares e coordenadores de serviços de Saúde Mental. Para isto fez-se uma investigação de metodologia qualitativa, base teórico-metodológica sócio-histórica. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista aberta, sendo a escolha dos sujeitos aleatória, utilizando-se como estratégia de aproximação o critério de serviços de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde dentro da Direção Regional de Saúde de Bauru, e a quantidade de entrevistados foi delimitada pelo critério de saturação. A análise global das entrevistas indicou três grupos de núcleos temáticos de Atividade: a) Objetivo da atividade: o imediato da ação, com cinco núcleos de significação - a.1) Aproximando-se do sujeito: conhecer e avaliar; a.2) Medicação: a atividade como recurso de tratamento; a.3) Ocupação: a ação útil; a.4) Regras e limites: adaptação ou inclusão e a.5) "Atividade de emergência", apagando os incêndios; b) Identidade da Atividade, que se apresenta em três núcleos de significação - b.1) Escolhas enquadradas: os tipos de Atividade; b.2) Singularidade da Atividade: entre a intenção e o gesto e b.3) Atividade como processo; c) Potência da Atividade, contendo: c.1) Interação, expressando-se pela atividade; c.2) Construção do cotidiano: uma nova história; c.3) A vida como um troféu e c.4) Agente na própria vida. Os resultados indicam a existência de polissemia na significação de Atividade pelos entrevistados, talvez, em função de suas próprias características pessoais ou de contextos de trabalho diferenciados seguindo a tendência teórica nesta área e que a Atividade na Terapia Ocupacional pode ser uma contribuição privilegiada para a Reabilitação Psicossocial.

Palavras-chave: terapia ocupacional; atividade; saúde mental; psicologia sócio-histórica.

ABSTRACT

A look at the work of occupational therapists in the current scenarios of Mental Health causes several questions for the agents and scholars in this field. The relationship of specific nature of the interventions and the composition of the movements made in psychosocial rehabilitation approach practices with humanities tradition, social policies and managements with theoretical fields and procedural border. Undoubtedly, the gains in compositions of multidisciplinary teams in Mental Health are visible in current debates and confrontations that the substitutive equipment and public policies of Mental Health require. On the other hand, it is the particular responsibility of the professional setting, each with its repertory, a field of problems and phenomena to deal with the complexity of the clinic and its deployments and managements. In this sense, the objectives of this work is to understand the meaning of activity in occupational therapy for different social actors in the area of Mental Health, such as occupational therapists, patients followed by occupational therapist, professionals who make up the multidisciplinary teams and coordinators of Mental Health services. For this reason, a research of qualitative methodology, theoretical-methodological socio-historical base was developed. For the data collection, the technique of open interview was used, being the choice of random subjects, using as a strategy to approach the criterium of Mental Health services of the Unified Health System in the Bauru regional health bureau. And the quantity of interviewers was bounded by saturation criterium. The overall analysis of the interviews indicated in three groups of core meaning activities: a) Objective of the activity: immediate action, expressed in five content - a.1) Approaching the subject: to know and evaluate; a.2) Medication: the activity as a treatment facility; a.3) Occupation: the useful action; a.4) Rules and limits: adaptation or inclusion and a.5) "Emergency Activity" putting out fires; b) Activity of identity, which has three main themes - b.1) Picks framed: the types of activities; b.2) Uniqueness of the activity: between the intention and the gesture and a.3) Activity as a process; c) Activity of power, containing: c.1) Interaction, expressing themselves by the activity; c.2) Everyday Construction: a new history; c.3) Life as a trophy and c.4) Agent in own life. The results indicate the existence of polysemy in the activity significance by interviewers, perhaps because of their own personal or different work contexts characteristics following the theoretical tendency in this area and that the activity in Occupational Therapy can be a prime contribution to the Psychosocial Rehabilitation.

Keywords: occupational therapy; activity; mental health; socio-historical psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados	64
Quadro 2 – Núcleos de Significação	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DRS	Direção Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HP	Hospital Psiquiátrico
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SP	São Paulo
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta Ocupacional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	14
1.1 Saúde Mental no Brasil: percursos e recursos	21
1.2 Modelo de Atenção Psicossocial: uma nova abordagem à Saúde Mental no Brasil	36
CAPÍTULO 2 – TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL	41
2.1 Ocupação terapêutica	42
2.2 Da ocupação terapêutica à Terapia Ocupacional	45
2.3 Terapia Ocupacional em Saúde Mental	55
CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO	59
3.1 Procedimentos de coleta de dados	61
3.2 Sujeitos da pesquisa de campo	63
3.3 Análise dos dados	65
3.4 Aspectos éticos	67
CAPÍTULO 4 – SIGNIFICADOS DE ATIVIDADE NA TERAPIA OCUPACIONAL	68
4.1 Núcleos de Significação	68
4.2 A Atividade DO Terapeuta Ocupacional: desafios no cotidiano das instituições	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	104

INTRODUÇÃO

Durante a formação, o terapeuta ocupacional é capacitado para a utilização de diferentes recursos e materiais que irão compor o processo terapêutico especializado, em que utiliza as dinâmicas das atividades.

Ocorre, porém, que na Terapia Ocupacional há uma carência de sistematização de sua própria produção, além de raras discussões quanto à concepção de Atividade, sendo que há uma polissemia na utilização do termo dentro desta área. Concomitantemente, nos atuais cenários da Saúde Mental, particularmente considerando as políticas públicas desta área no Brasil, diversas são as indagações que se colocam para profissionais e pesquisadores quanto às práticas de cada profissão e núcleos de saber dentro da proposta de trabalho interdisciplinar, tão necessário nos processos de cuidado integral.

Algumas inquietações quanto aos processos de reabilitação psicossocial, tido, aqui, como uma finalidade em perspectiva das ações de Saúde Mental na atual política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) motivaram a presente pesquisa, levando à busca de maior compreensão quanto à utilização e função da Atividade na Terapia Ocupacional.

Assim, desenvolveu-se a presente pesquisa, em uma abordagem distinta da literatura na área, pois além de tratar do significado de Atividade dentro da Terapia Ocupacional, utiliza-se de uma abordagem teórica que pode ser considerada nova para a Terapia Ocupacional, a Psicologia Sócio-Histórica, e busca diferentes perspectivas da questão de estudo, incluindo não somente os profissionais e pesquisadores da área, mas também outras pessoas envolvidas com o trabalho da Terapia Ocupacional.

Partindo da premissa que o uso do instrumental Atividade é a base do processo terapêutico em Terapia Ocupacional em Saúde Mental tanto nas ações grupais como individuais, entende-se que o estudo e reflexão sobre sua fundamentação e aplicação contribuirá para a construção de saberes e práticas dentro das atuais perspectivas e desafios da atenção em Saúde Mental.

Esta pesquisa pretende colaborar na reflexão e compreensão das contribuições da Terapia Ocupacional no contexto do cuidado integral em saúde, particularmente no cuidado em Saúde Mental, considerando o seu potencial de

contribuir no sentido do desenvolvimento da autonomia e emancipação de sujeitos e, também, na inserção social dos pacientes.

Assim, a presente tese tem como objetivo compreender o significado de Atividade na Terapia Ocupacional para diferentes atores, como profissionais de Terapia Ocupacional, pacientes acompanhados por terapeuta ocupacional, profissionais que compõem as equipes multidisciplinares e coordenadores de serviços de Saúde Mental.

Significado é, aqui, entendido na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica, em que é construído socialmente, revelando um conjunto de valores morais e idéias consensuais, desenvolvido historicamente por um determinado grupo social. Ele caracteriza-se como estável, porém não cristalizado, pois evolui histórica e culturalmente, tornando-se, assim, dinâmico. Significado pode ser considerado como a união da palavra e do pensamento.

Desta forma, revela-se como categoria adequada para a compreensão de um pensamento compartilhado, como no caso da Atividade na Terapia Ocupacional.

Esta tese está organizada de forma a apresentar as discussões teóricas pertinentes ao tema, que embasarão a análise dos dados. O capítulo 1 trata de um breve panorama histórico acerca do processo da Reforma Psiquiátrica e suas contribuições para a atual proposição do trabalho da Saúde Mental, demonstrando a mudança de foco do antigo modelo hospitalocêntrico ao longo da história e, atualmente, quanto às transformações na construção do cuidado em Saúde Mental no Brasil, alcançadas com o Modo Psicossocial de Atenção.

No Capítulo 2, foi feito um resgate histórico acerca da relação entre a Terapia Ocupacional e a Atividade no âmbito da Saúde Mental, com os percursos do uso da ocupação terapêutica, desde antes da constituição da profissão Terapia Ocupacional até o momento atual na área, em particular no contexto do trabalho em Saúde Mental, descrevendo as diferentes concepções que acompanham a Atividade na Terapia Ocupacional.

Em seguida, no Capítulo 3, apresentam-se os percursos metodológicos para o desenvolvimento deste trabalho, o referencial teórico-metodológico utilizado na pesquisa, também, o delineamento do estudo, aspectos éticos e os procedimentos utilizados para a coleta de dados, bem como para a análise do material.

O Capítulo 4 apresenta os resultados da pesquisa com a análise das entrevistas e as reflexões decorrentes.

Por fim, as considerações finais, na qual buscou-se fazer uma síntese crítica das questões e objetivos propostos, levando em conta os resultados alcançados, com algumas contribuições deste estudo, e a relevância do aprofundamento e realização de pesquisas que abordem novas possibilidades e possíveis avanços.

CAPÍTULO 1 – A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Desde a antiguidade e por toda a história, as doenças mentais são citadas por historiadores, poetas, pintores, escultores e médicos, tendo passado por diversas compreensões dentro da história da humanidade. Na Grécia antiga, por exemplo, como as causas dessas doenças não eram claras, a loucura era considerada privilégio, um objeto que estaria a serviço dos Deuses. A fala do “louco” era ouvida e considerada um saber importante e necessário, podendo interferir nos acontecimentos e destinos das pessoas. Assim, nesse período, a loucura encontrou espaço para expressar-se, não sendo necessário controlá-la e nem excluí-la (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Já na Idade Média, a loucura deixa de ser vista como privilégio dos Deuses e passa a ser vista como um castigo, predominando a associação da loucura às possessões demoníacas, às influências malignas, resultantes da ação sobrenatural, prevalecendo as explicações místico-religiosas para a origem dos transtornos mentais. O tratamento era de apoio e conforto, voltando aos tempos em que se predominava a superstição (SILVA; ZANELLO, 2010).

Desse modo, até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidades médicas, os pacientes com transtornos mentais eram misturados com outros socialmente estigmatizados e rejeitados, tais como: andarilhos, leprosos, aleijados, indivíduos que não se adequavam à nova ordem social, permanecendo dentro desses locais sob o governo de religiosos e pessoas caridosas, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual. A incapacidade para o trabalho era considerada uma característica comum aos internos (ENGEL, 2001).

Com a preocupação crescente em proteger a sociedade, essas pessoas precisavam ser afastadas do seu meio social, já que eram consideradas ameaças, que poderiam contagiar ou trazer algum perigo e, dessa forma, precisavam ser afastadas das ruas, permanecendo isoladas em locais fechados. As internações serviam, como um mecanismo de controle do Estado sobre a população e que não tinham nenhuma finalidade terapêutica, tratava-se apenas de uma medida assistencial.

A partir do século XVIII, essa situação se modifica e a loucura passa a ser conhecida como doença mental, surgindo uma área e um local próprio para seu

tratamento, a psiquiatria e o manicômio. Também, com a Revolução Francesa, surgiram novas concepções nas formas de organização econômica e social. A população de indivíduos excluídos passou a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente, principalmente no âmbito econômico, pois esses locais de internações detinham mão de obra necessária ao processo de industrialização (YASUI, 2009).

Assim, aqueles pacientes que podiam produzir, foram inseridos na força do trabalho, sobrando, apenas, os doentes mentais dentro dos hospitais, pois esses não tinham condições de produção e, por consequência, perdiam seu lugar social, tornando-se parte da imensa maioria de excluídos gerados pelo capitalismo.

Os denominados excluídos nada mais são do que o subproduto das relações sociais-econômicas-políticas do capitalismo. O modelo institucional a ser adotado será o de segregação nas instituições construídas para esse fim. A cultura manicomial de excluir e isolar os dejetos humanos produzidos por essa ordem econômica se torna a única política pública concreta no capitalismo (GRADELLA JÚNIOR, 2002, p. 2).

É nesse contexto que as ideias humanistas da Revolução Francesa tiveram seu ápice com os estudos do médico francês Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria, que teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes, surgindo os hospitais psiquiátricos.

Nesse período, iniciaram-se reformas humanitárias para o cuidado com o doente mental, pois Pinel acreditava que a doença mental era uma moléstia progressiva que podia ser curada, ou seja, o indivíduo perdia a razão temporariamente, mas que deveria haver um meio de restaurá-la, assim, os sujeitos permaneceriam internados, porém, agora, em um novo espaço e com uma nova proposta. Nesta proposta os asilos foram substituídos pelos manicômios, sendo um local destinado apenas aos doentes mentais (AMARANTE, 2003).

Nas instituições desse período, o tratamento para a loucura passa a ter uma abordagem científica e não mais apenas religiosa, mas sim passível de cuidado, utilizando-se de atividades ocupacionais e recreacionais, tais como: passeios regulares, atividades de agricultura, pecuária, horta, oficina de costura, entre outras. Essas atividades tinham como objetivo principal a reeducação dos

alienados, no respeito às normas e no abandono de condutas inconvenientes, ou seja, uma função essencialmente disciplinadora (DE CARLO, BARTALOTTI, 2001).

Pinel desenvolve dentro desses manicômios um tratamento que ele denominou de Tratamento Moral, que tinha como suporte três ideais: Liberdade, Humanidade e Racionalidade. Contudo, a liberdade que ele falava não significava que os pacientes deveriam sair dos manicômios, mas em terem o direito de receber atendimento dentro de uma instituição especializada. Dessa forma, o manicômio permanece como foco central de atendimento, mas, agora, justificado por um aparato teórico, sob vigilância da medicina, demonstrando, assim, que esses hospitais surgem de necessidades sociais e não apenas de descobertas científicas ou aprimoramento do conhecimento (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Devido ao tratamento recorrido, Pinel foi muito criticado, como afirma Resende (2000 apud CIRILO, 2006) ao ressaltar que as amarras que prendiam fisicamente os doentes foram suprimidas nesse período, no entanto, surgiram outras amarras que, apesar de sutis, eram mais perigosas, pois esses pacientes eram julgados e vigiados o tempo todo, permanecendo excluídos e segregados.

Esta perspectiva de segregação e vigia dos doentes mentais permanece por longo período como hegemônica e somente com o fim da Segunda Grande Guerra Mundial, os manicômios como a única forma de tratamento destes pacientes começaram a receber críticas, pois muitos se assemelhavam a campos de concentração, devido a seus atos violentos e excludentes. Surgiram na Europa e nos Estados Unidos, os primeiros movimentos de mudanças positivas que buscavam uma transformação mais efetiva do modelo vigente. Com o desenvolvimento do conhecimento farmacêutico, surgem medicamentos, como os antipsicóticos e antidepressivos, o que contribui para o esvaziamento dos grandes hospitais.

O uso desses psicofármacos no tratamento dos transtornos mentais, a partir dos anos 50, mudou radicalmente o rumo da Saúde Mental. As medicações passaram a ser utilizadas em larga escala. No início, objetivava o efeito anestésico para controlar o surto dos pacientes, deixando-os dopados, mas, após diversos estudos, surgiram medicações mais modernas diminuindo assim, o uso de práticas restritivas como isolamentos e camisa de forças.

Assim, a medicação foi indicada a princípio com o objetivo de acalmar o paciente, reduzindo os riscos de violência e perigo, controlando os sintomas agudos,

de difícil manejo. Alguns autores consideram que o uso de psicofármacos auxilia os tratamentos psicoterápicos, pois melhoram sintomas, como delírios e alucinações, agitação psicomotora e agressividade, sintomas estes que impedem a realização e participação nos atendimentos. Portanto, a medicação auxilia para que os profissionais, não médicos, possam iniciar seus procedimentos e, também, favorecendo, posteriormente, a introdução de novas técnicas de tratamento (FALKAI et al., 2006).

Além do desenvolvimento dos medicamentos, as críticas aos hospitais psiquiátricos resultaram em movimentos de mudança do modelo de atenção em Saúde Mental. Segundo Heidrich (2007) a literatura divide as experiências de mudanças em três grandes grupos: o primeiro deles seria a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional; o segundo grupo inclui a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva) e, no terceiro grupo, o saber psiquiátrico era questionado na Antipsiquiatria e na Psiquiatria Democrática Italiana.

A partir de 1959, o termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, que foi o pioneiro e um dos principais defensores desse movimento. Jones trabalhava em um hospital em Londres, durante o período da II Guerra Mundial, no qual tentava eliminar ao máximo o uso de medicação e priorizava maior envolvimento dos pacientes nas atividades propostas. Assim, como uma reação ao modelo tradicional do asilo psiquiátrico, visava resgatar a função terapêutica do hospital, fazendo com que todos compartilhassem do processo terapêutico, de forma coletiva e democrática. No entanto, apesar das mudanças que propunha, o hospital permanecia como o foco central de todo o tratamento (PERRONE, 2014).

Outro movimento que se apresentou semelhante à Comunidade Terapêutica, foi o movimento denominado Psicoterapia Institucional, o qual teve origem no trabalho de François Tosquelles, na França e constituiu-se na tentativa mais forte de salvar o manicômio, melhorando suas condições materiais, através de mudanças na organização interna. Priorizava, também, a democracia coletiva e teve uma forte influência da Psicanálise, principalmente das teorias psicanalíticas de Jacques Lacan, que enfatizava a importância da relação terapeuta-paciente no tratamento. Dessa forma, tal movimento tornou-se conhecido como introdutor da Psicanálise nas instituições psiquiátricas (YASUI, 2011).

Segundo Amarante (1995), uma das primeiras referências para o surgimento da comunidade terapêutica e, também, da psicoterapia institucional,

francesa foi a proposta fundada por Herman Simon, na década de 20, um tratamento denominado de Terapia Ativa que consistia no trabalho produtivo para combater à inatividade, organizar o meio manicomial e desenvolver a responsabilidade do doente mental.

No segundo grupo, tem-se a Psiquiatria de Setor, que surge na França em 1945, a partir das ideias de um grupo de psiquiatras, como Lucien Bonnafé, que contestava a psiquiatria da época como instrumento de violência e exclusão. O objetivo da abordagem era disponibilizar novas formas de tratamentos e cura para os doentes mentais, considerando que a psiquiatria não poderia desenvolver suas práticas de maneira eficaz dentro de uma estrutura como os hospitais psiquiátricos (CIRILO, 2006).

Portanto, para esse grupo, o tratamento deveria ser realizado no próprio meio social de origem dos pacientes, pois isso seria um dos fatores fundamentais para um prognóstico positivo. No entanto, os hospitais deveriam continuar existindo com outro papel, ou seja, deixando de ser a única opção e passando a constituir-se apenas numa das fases do tratamento, criando estratégias de setorização do atendimento (RIBEIRO, 2004).

Um dos fatores que influenciou o desenvolvimento dessa proposta foi o alto custo das internações psiquiátricas, assim, as cidades foram divididas em setores, cada um deles teria uma equipe técnica responsável pelo atendimento e acompanhamento de seus pacientes, inclusive durante as internações. O próprio hospital foi subdividido de acordo com setores (CIRILO, 2006).

Já a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva surge nos Estados Unidos, nos anos 70, originada do cruzamento da Psiquiatria de Setor e da Comunidade Terapêutica. O nome mais associado a essa Psiquiatria é o de Gerald Caplan, que defendia a idéia de que as doenças mentais podem ser prevenidas, se detectadas precocemente. Dessa forma, o objetivo maior seria a identificação de pessoas potencialmente doentes, por meio do seu estilo de vida e hábitos, assim podiam ser suspeitas de desenvolver doença mental e deveriam ser conduzidas ao tratamento especializado (LARA, 2006).

Amarante (2003) entende que, a partir dessa experiência, surgiu o termo Saúde Mental, ao invés de apenas doença mental. A Psiquiatria Preventiva objetiva intervir nas causas do surgimento das doenças, buscando a prevenção da doença mental e, mais ainda, a promoção da saúde mental.

Entretanto, apesar de o objeto da Psiquiatria se transformar, deixando de ser a cura da doença para se tornar prevenção da doença, não foi promovida uma ruptura com a perspectiva tradicional, aumentando, assim, a quantidade de pacientes nos atendimentos ambulatoriais, em contrapartida, não diminuindo o número de internações nos hospitais e não havendo, também, transformações na forma com que a sociedade entendia e tratava a psiquiatria e a loucura (HEIDRICH, 2007).

Nesse contexto, um grupo de psiquiatras contrários aos tratamentos convencionais começou a questionar a validade de tal saber, formando o movimento da Antipsiquiatria, o qual compõe o terceiro grupo.

O termo Antipsiquiatria foi criado por David Cooper, que encontrou em Foucault, na França, e Laing, na Inglaterra, seus mais conhecidos defensores. Este movimento, que se iniciou na Inglaterra na década de 1960, questiona e nega a validade da psiquiatria e a própria doença mental, discordando dos métodos tradicionais de estudo e propondo formas alternativas de tratamento, pois considerava a loucura como um fato social, político e, mesmo – uma experiência de libertação – propondo, assim, extinguir os manicômios (AGUIAR, 2007).

A Antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 47).

Assim, a grande crítica desse movimento foi de isolar os indivíduos das relações sociais, pois para seus defensores deveria se buscar um procedimento inverso, na qual:

Os comportamentos que eram considerados doentios dos indivíduos deveriam ser compreendidos a partir das relações que ele mantém com os outros, ou seja, tudo o que se passa com uma pessoa não se passa apenas com ela, se estende àqueles com os quais ela mantém algum tipo de relação (OLIVEIRA, 2011, p. 4).

Outra forma de questionar a psiquiatria, foi a Psiquiatria Democrática que surgiu na Itália, também na década de 60, com o objetivo central de esvaziamento dos hospitais, reforçando a psiquiatria feita no território, ou seja, inicia uma luta para

devolver o paciente à sociedade. O maior representante foi o psiquiatra Franco Basaglia que, ao assumir o Hospital de Gorizia, realizou grandes mudanças no cotidiano hospitalar, extinguindo métodos repressores e adotando medidas que tinham como objetivo principal resgatar a cidadania e dignidade dos portadores de transtornos mentais. Além de priorizar o trabalho democrático, no qual a loucura não se restringiria apenas ao paciente e ao médico, mas engloba o sujeito, sua família, a comunidade e os demais setores (CIRILO, 2006).

Como visto na história, o tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais, até o final do século XX, foi baseado no sistema hospitalar psiquiátrico, com características relevantes de controle, disciplina, segregação, punição e exclusão. Foi somente na Itália, nos anos 1970, que se iniciaram movimentos de negação da instituição hospitalar, entendendo-a como representante de uma sociedade antidemocrática, repressora e violenta, não somente com os portadores de transtornos mentais. A negação do manicômio visava a inclusão universal das pessoas, como ação de transformação da sociedade, não somente dos hospitais psiquiátricos.

A partir de 1970, Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste e foi nessa experiência que ele conseguiu iniciar o processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, promovendo, a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento que seriam os serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (OLIVEIRA, 2011).

Foi assim, que no ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em Saúde Mental. Em 1976, o hospital de Trieste foi fechado oficialmente e o atendimento aos pacientes foi exercido em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia e sua equipe.

Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, foi aprovada na Itália, em 13 de maio de 1978, a chamada “Lei 180” ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida popularmente como “Lei Basaglia”. Uma lei que estabelecia mudanças no estatuto jurídico do paciente com transtornos mentais, como a abolição do estatuto de periculosidade, além de proibir

novas internações e construção de novos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, o paciente tornava-se cidadão de pleno direito.

Assim, Basaglia buscava na sua forma de atendimento um novo olhar para o sujeito, partindo de individualidade e necessidades particulares, visando a um trabalho de reinserção social. No entanto, não negava a patologia ou a doença, mas mudava o foco de sua atenção, da doença para o sujeito, ou seja, colocou a doença entre parênteses e cuida da pessoa doente. Portanto, para Basaglia a busca de transformação não deve se limitar simplesmente à abolição das estruturas manicomiais, mas sim, buscar a construção de novas formas e possibilidades, em que os atores envolvidos tenham participação ativa em todos os processos de mudanças (AGUIAR, 2007).

Para Amarante (1995), esse princípio seria ver a pessoa doente de forma singular, isto é, não ignorar a doença mental, mas, também, não se ocupar somente dela, e de tudo aquilo que se construiu em torno.

A desinstitucionalização Italiana influenciou o Brasil, provocando diversas discussões na segunda metade da década de 70, sobre a desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais, a humanização do tratamento e a sua volta à sociedade.

1.1 Saúde Mental no Brasil: percursos e recursos

Ao contrário do que ocorria na Europa, até meados do século XIX não havia no Brasil nenhum estabelecimento destinado aos chamados alienados mentais. Tais sujeitos se confundiam com todos aqueles que eram conhecidos como marginalizados sociais, vagabundos, mendigos, criminosos, entre outros. Ficavam perambulando pelas ruas ou eram recolhidos nas prisões, sem qualquer assistência médica, sendo frequentemente vítimas de maus tratos e castigos corporais.

A partir do embasamento nos conceitos da psiquiatria europeia, a psiquiatria brasileira passou a intervir em comportamentos considerados desviantes e inadequados às necessidades da época, isolando os indivíduos, privando das relações sociais, a fim de ocasionar menos riscos à sociedade (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005).

Assim, o saber psiquiátrico brasileiro, desde o momento de sua constituição, no século XIX, até o início do século XX, seguiu a linha da escola

francesa de Pinel, introduzida no Brasil principalmente por meio de textos de Esquirol, que serviram de modelo para a criação da primeira instituição psiquiátrica brasileira em 1852, denominada Hospício Pedro II, localizado na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, um local afastado do centro urbano, ficando evidente a prática de exclusão para lidar com os pacientes com transtornos mentais. A partir daí, seguiu-se a criação de outros grandes hospitais psiquiátricos no país, com os mesmos objetivos e configurações.

Após a Segunda Guerra Mundial, os movimentos reformistas da psiquiatria, com suas diferenças e semelhanças, tiveram importante influência nos movimentos de transformação psiquiátrica no Brasil, provocando discussões dos saberes e das práticas na área da Saúde Mental. No entanto, enquanto o contexto mundial apontava a transformação dos dispositivos e técnicas de intervenção na saúde mental, o Brasil expandia sua rede de leitos psiquiátricos, com internações de longa permanência, em instituições com condições precárias de atendimento, focando em propostas de institucionalização e cronificação dos pacientes (VALLADARES, 2004).

Com a queda do Império e o surgimento da República, em 1890, o Hospício Pedro II passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Assim, a psiquiatria brasileira abre seu caminho para a fase científica com Juliano Moreira, que propôs fundamentos teóricos, práticos e institucionais para um sistema psiquiátrico coerente, incorporando causas psicológicas e morais à etiologia orgânica da doença mental, ou seja, os distúrbios mentais passam a ser definidos segundo a interação do estado psicológico com as condições fisiológicas do indivíduo (PORTOCARRERO, 2002).

Em 1898, baseado nessa psiquiatria científica, fundou-se o Asilo de Alienados do Juqueri, em São Paulo, sob a influência da Psiquiatria Alemã. No final de 1950, o então Hospital Colônia de Juqueri foi na época o grande centralizador de pacientes, totalizando 13.019 internos, chegando ao número de 14.393 em 1965, quando, então, iniciou-se a política de redistribuição para entidades privadas (OLSCHOWSKY; BARROS, 1999).

Portanto, os serviços criados, a princípio, para tratamento daqueles reconhecidos como doentes mentais ficaram superlotados e se deterioravam com o recolhimento de todos os excluídos, para os quais não havia nenhuma outra estrutura fora do hospício, nos moldes dos asilos da Europa do século XVIII.

Nesse contexto, a assistência psiquiátrica brasileira foi marcada por um modelo hospitalar e médico como tendência central, o que determinou a exclusão, segregação e estigmatização do doente mental. No fim da década de 1950, nos hospitais psiquiátricos, a situação era grave, havia uma superlotação, deficiência de pessoal, precariedade assistencial e de condições de trabalho, falta de vestuário e de alimentação, maus-tratos e miséria foram se intensificando, de maneira que, na década de 1970, a situação tornou-se insustentável, com uma notória expansão do número de leitos dentro desses hospitais (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

A precariedade assistencial que os autores relatam dentro dessas instituições eram permeadas pela superlotação – por ser a única modalidade da época – deficiência em sua infraestrutura, condições internas precárias e desumanas, falta de higiene e conforto, todos os internos ficavam misturados e com falta de qualificação dos profissionais utilizando de formas terapêuticas coercitivas de tratamento.

Na época, já havia discussão sugerindo a descentralização desse serviço, tentando mudar tal precariedade, por meio da implantação do modelo de colônias, que passou a ser copiado em várias capitais pelo Brasil. Essas colônias tinham, por principal finalidade, resolver os problemas de superlotação dos hospícios, oferecendo uma forma de tratamento voltada às atividades de trabalho, principalmente a agropecuária e artesanatos, com a ideia de tratar e reeducar, fornecendo um ambiente calmo e regrado.

Nos processos de transformação das instituições asilares, freqüentemente a ocupação se apresenta também como uma resposta à ociosidade. Diferentemente dessa compreensão, a perspectiva institucional não é produto da falta de ocupação, e, sim remete ao “processo institucionalização” e a ausência de intercâmbio de relações, expressão do manicômio como “lugar zero de troca” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 74).

Na década de 1970, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica com o intuito de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo manicomial, julgando a exclusão, a cronificação e a violência dentro dos manicômios. Naquele momento, a maioria dos locais para tratamento dos doentes mentais encontrava-se em precárias condições e sem assistência humanizada.

Assim, a reforma psiquiátrica se apresentava como um movimento que defendia outras formas de cuidado às pessoas com sofrimento mental, ou seja, uma assistência comunitária com serviços extra-hospitalares.

Em 1970, realiza-se, em São Paulo, o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em conjunto com a Associação Psiquiátrica Latino-Americana, reafirmando o objetivo de criação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Ocorre, em 1972, o II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e em 1973, aprova-se o Manual para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social.

O Manual foi elaborado a partir de um documento anterior feito por Luís Cerqueira, um crítico ao modelo hospitalocêntrico, e enfatizava a importância da assistência extra-hospitalar, evitando internações desnecessárias, a readaptação do doente e o trabalho em equipes multidisciplinares. Apesar de exercer grande influência no pensamento ideológico em Saúde Mental, sua aplicação não se realizou, pois a mudança só poderia ser efetivada concomitante com a transformação do modelo das políticas de saúde no Brasil (AMARANTE, 2003).

Apesar desses pequenos avanços, até meados de 1970, a Saúde Mental passa quase despercebida como política pública quando, enfim, o Ministério da Saúde lança a Campanha Nacional de Saúde Mental e extingue o Serviço Nacional de Doenças Mentais, SNDM, substituindo pela Divisão Nacional de Saúde Mental, DINSAM, que seria responsável pela normatização, avaliação e controle dos programas de Saúde Mental no Brasil e é formado por um complexo de quatro unidades: Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carvalho (NOGUEIRA; COSTA, 2007, p. 3)

Os profissionais dessas quatro unidades iniciaram uma greve geral – denunciando suas condições de trabalho, o modelo assistencial psiquiátrico, as precárias condições dentro das instituições e a má qualidade na assistência aos internos – contribuindo muito para o que Amarante (1995) considera como o estopim do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, ou seja, o episódio conhecido como a “Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)”, que aconteceu em 1978, no Rio de Janeiro.

Assim, no final dos anos 70, entre 1978 e 1980, configurou-se um movimento pela reforma psiquiátrica, uma rede informal, que buscou articular propostas e ações contra o modelo manicomial, vindo de diversas regiões do Brasil, formada por pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo,

Rio de Janeiro e Minas Gerais, constituindo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que nasce da crise da DINSAM e, posteriormente, é denominado Movimento Antimanicomial. Esses trabalhadores são integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002, p.32)

Tal movimento possibilitou a constituição de ideias críticas sobre a segregação dos doentes mentais, com denúncias de violências, negligências, ausência de recursos, entre outros, demonstrando a importância na mudança das condições de tratamento asilar e da construção de medidas alternativas ao modelo manicomial. Este movimento intensificou-se com a visita de Franco Basaglia, em 1978, após a aprovação da Lei 180 que estabeleceu o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália (Movimento da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática).

Evidentemente, almejando essas mudanças ao modelo tradicional psiquiátrico e baseado nas ideias americanas e europeias, especialmente na italiana, realiza-se em junho de 1987, organizada pelo MTSM, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que promoveu um distanciamento em relação aos dirigentes e atores dos órgãos públicos e uma consequente aproximação dos setores de usuários e familiares, um evento de extrema importância que tinha como objetivo maior, a revisão do modelo manicomial rumo aos serviços extra-hospitalares (NOGUEIRA; COSTA, 2007).

No final do mesmo ano, 1987, esse movimento convocou o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, São Paulo, que reuniu todos os atores envolvidos no processo de cuidado aos pacientes com transtornos mentais, desde os profissionais até os usuários e familiares. Nesse Congresso, lança-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, ressurgindo dentro do projeto original, de tradição de Basaglia, o qual estabelece uma nova proposta de ação para a Saúde Mental; não apenas com alterações nas instituições

psiquiátricas, mas na cultura, no cotidiano e nas mentalidades de todos envolvidos (AMARANTE, 1995).

No Congresso II Congresso, foi criado o Movimento da Luta Antimanicomial, e instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando articular, em torno dessa causa, parcelas mais amplas da sociedade, com intuito de não apenas melhorar as estruturas dos hospitais psiquiátricos, mas de inventar novos dispositivos abertos e de natureza comunitária para substituir essa abordagem de Saúde Mental centrada no hospital, um desses dispositivos seria o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (AMARANTE, 2003).

No ano de 1987, inaugurou-se o primeiro CAPS, Serviço da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, instalado na capital do Estado, denominado Luiz da Rocha Cerqueira, que passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços de Saúde Mental. Na mesma perspectiva, em 1988, foi inaugurado o primeiro serviço municipal substitutivo ao manicômio, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Bauru, que igualmente se constituiu em marco na história da Saúde Mental do país.

Ainda na década de 1980, no âmbito hospitalar, inicia-se um processo de resgate da individualidade dos pacientes, através de coisas simples como o uso do próprio nome ou uma cama exclusiva, um processo de valorização da história pessoal. Por fim, aos poucos, são construídas estratégias para diminuir com a estrutura de manicômios e aumentar tratamentos próximos à sociedade.

Em uma vertente à busca de transformações na atenção à saúde mental, em 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, como fruto, propostas e articulações dos movimentos sociais, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, substituindo de forma gradativa os leitos psiquiátricos. O projeto de lei 3.657/89 tinha como foco principal as temáticas da cidadania dos doentes mentais, os limites da reforma legal, e os novos modelos alternativos de assistência do doente mental, considerando-o como um sujeito que perdeu temporariamente algumas de suas faculdades mentais, mas não perdeu sua dignidade e cidadania, podendo retornar ao convívio familiar e social e reassumir seu lugar na sociedade (BRASIL, 2005).

Também, em 1989, ocorreu outro marco fundamental na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira – o processo de intervenção da Secretaria Municipal

de Saúde de Santos – SP, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção teve repercussão nacional, iniciando a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico, como a implantação no município de Santos de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas e residências para os egressos do hospital (TENÓRIO, 2002).

Enquanto que, internacionalmente, na década de 1990, acontecimentos importantes contribuíram ainda mais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, com influência no contexto de transformação em curso no Brasil, como a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em Caracas, Venezuela, a qual apontou a necessidade da reestruturação da assistência psiquiátrica com a revisão crítica do papel centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços, abrindo caminho para a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.

Assim, o atendimento em serviços extra-hospitalares como o CAPS, passou a fazer parte da estrutura do Sistema Único de Saúde, com financiamento e normativas específicas (BRASIL, 2005).

Em dezembro de 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental – II CNSM, onde foi possível discutir a crítica aos manicômios. A partir desse evento, entraram em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-Dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Somente após 12 anos de difícil tramitação no Congresso Nacional, em 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. A lei foi construída a partir de um substitutivo do projeto original do Deputado Paulo Delgado, da década de 1990, e apesar das modificações sofridas, ela conservou o espírito da reforma contida no projeto (BRASIL, 2001).

A Lei também regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros, mas ela não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a sua

promulgação impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001).

Também, em 2001, destaca-se a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, com a participação dos movimentos sociais, usuários e familiares, o que consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo. Essa Conferência tinha como lema: “Cuidar sim, excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social” (BRASIL, 2002). Seguindo as recomendações dessa Conferência, em complementação à Portaria MS 224/1992, foram publicadas as Portarias MS 251/2002, que regulamentam as normas para a assistência hospitalar psiquiátrica, e MS 336/2002, que dispões sobre o financiamento e funcionamento dos CAPS e de outros tipos de serviços substitutivos, ampliando o funcionamento dos mesmos (AMARANTE, 2003).

O CAPS é um dispositivo com muita relevância no atendimento aos pacientes em Saúde Mental. Segundo o Ministério da Saúde:

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por meio de atividades que ocorrem em ambiente aberto, acolhedor e inserido no território. Eles se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros, diferenciando também quanto ao tamanho, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) o PTI é um instrumento essencial para o trabalho dentro do CAPS, servindo de um importante mecanismo, tanto de orientação das ações da equipe, quanto de avaliação da atenção em Saúde

Mental, prestada aos usuários e sua família. É uma forma de planejar o tratamento onde o foco está na inclusão do paciente na condução de seu tratamento terapêutico, o que difere do modelo hospitalocêntrico, na qual, tudo é simplesmente imposto.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os diferentes tipos de CAPS são: CAPS I (20 mil a 70 mil habitantes); CAPS II (70 mil a 200 mil habitantes) e CAPS III (acima de 200 mil habitantes). Os CAPS têm funcionamento diurno durante os cinco dias úteis da semana, são para atendimento diário de adultos da população de sua área de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. Somente o CAPS III tem o funcionamento por 24 horas, todos os dias da semana, incluindo os feriados; CAPSi (mais de 150.000 habitantes) seria para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais e CAPSad (mais de 200.000 habitantes) para atendimento diário de usuários de álcool e drogas, sendo que esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Os CAPS passam a organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, devendo prestar atendimento clínico, evitando as internações em hospitais psiquiátricos, além de promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais, regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental na sua área de atuação e dar suporte à rede de Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental dentro da Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo estar nos espaços de convívio social daqueles usuários que os frequentam, permitindo a reinserção a partir desse dispositivo, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2004).

Assim, essa política da Reforma Psiquiátrica visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações de longa permanência. No Brasil, promoveu-se a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações, quando necessárias, deem-se no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração (BRASIL, 2002).

Essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitem a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a Reabilitação Psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

Nessa direção, Amarante (1995, p. 81), diz que a desinstitucionalização “implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas”.

Para implantação dessas práticas, foram criadas linhas específicas de financiamento, pelo Ministério da Saúde. Criação, implementação e manutenção dos serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e também, novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Nessa perspectiva, foi criado em 31 de julho de 2003, o Programa Federal De Volta para Casa (Lei Federal 10.708), o qual visa dar auxílio financeiro, assistência, acompanhamento e garantia à integração de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica, por um período igual ou superior a dois anos ininterruptos e que agora estão fora da unidade hospitalar.

No referido projeto é pago – ao beneficiário ou ao seu representante legal – o auxílio financeiro mensal durante um ano, podendo ser renovado caso seja necessário. Além desse auxílio, os beneficiários do programa têm de se manter acompanhados por equipe de saúde especializada, para garantir-lhes a atenção continuada, sendo, assim, uma forma de reverter um modelo de atenção centrado na internação, por um modelo de atenção de base comunitária sem prejuízo à população. Em 2003, o número de assistidos pelo Programa De Volta Para Casa em todo o Brasil era de apenas 206, passando para 3.574 beneficiários recebendo o auxílio em 2011 (BRASIL, 2012) e em 2013 cerca de 3832 conforme sítio do Ministério da Saúde¹.

¹ Conforme portal do Ministério da Saúde: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente/284-mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental>>> acessado em 18/01/2015

Quanto aos leitos hospitalares, houve redução de 70% em cinco décadas: o número de leitos nos hospitais psiquiátricos foi reduzido de cerca de 100 mil na década de 70 para cerca de 30 mil leitos no ano de 2010 (BRASIL, 2010). Este processo está mais intenso na última década, entre janeiro de 2010 e julho de 2013, quase 13 mil leitos do SUS foram desativados segundo o Ministério da Saúde¹ (2013).

Para substituição dos leitos, foi necessário a ampliação da rede de serviços ambulatoriais e programas de reinserção social. No entanto, apesar dos avanços na área, os desafios ficam à mostra. Se por um lado o orçamento para a Saúde Mental aumentou 200% de 2002 a 2011, por outro a distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pelas regiões do país ainda gera críticas, apesar da expansão da rede de serviços, como será visto adiante.

Outro mecanismo criado foi o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) que se constitui como residências assistidas, ou seja, casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. O SRT deve ser capaz, em primeiro lugar, de garantir o direito à moradia e de auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade.

Os serviços de Residências Terapêuticas caracterizam suas ações como:

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

Em dezembro de 2002, eram apenas 85 residências terapêuticas no país, que deviam atender, no máximo, a oito pacientes cada, totalizando, então, cerca de 680 pessoas. Em 2011, a rede de atenção à saúde mental já contava com 625 Serviços de Residências Terapêuticas em funcionamento e centenas de outros em fase de implantação, abrangendo 3.470 moradores (BRASIL, 2012).

O Programa de Volta para Casa, em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência e com os Serviços Residenciais Terapêuticos, constitui-se em um dos pontos mais importantes da desinstitucionalização da Política Nacional de Saúde Mental, pois consegue contribuir efetivamente para o processo de inserção social, incentivando a

organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitando o convívio social e estimulando o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Em 2002, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria), o qual tem como objetivo permitir aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde. Ao mesmo tempo, indica aos prestadores, critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, esse processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria (BRASIL, 2005).

A política de Saúde Mental inclui, ainda, a inserção de ações na rede de Atenção Básica (AB). Neste sentido, a proposta é de que municípios com menos de 20 mil habitantes estruturem sua rede de cuidado à saúde mental na AB e municípios com contingente populacional maior, a rede de cuidados deve ser formada pela AB e Centro de Atenção Psicossocial, com uma estreita ligação entre eles (BRASIL, 2003).

As ações de Saúde Mental na Atenção Básica são essenciais, sobretudo no que concerne à promoção, prevenção e cuidados com o sofrimento e transtornos de menos gravidade, principalmente as desenvolvidas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada um importante instrumento para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental uma vez que, converge para a proposta de assistência pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS (OLIVEIRA et. al., 2014).

Outra concretização na rede de atenção, garantindo o atendimento na Atenção Básica, foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir de 2008, com a finalidade de ampliar as possibilidades de atenção às pessoas com sofrimento mental na AB, organizar e reorientar a rede de saúde. Incluindo suporte nas situações relacionadas ao sofrimento mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2010). Os NASF

constituem-se em equipes de diversas áreas que atuam junto com as equipes dos serviços da AB, sendo Saúde Mental uma das prioridades de ação.

O número de NASF em funcionamento em abril de 2010 estava em 1165 no país todo. Aproximadamente 30% dos profissionais contratados são da área da Saúde Mental, o que estimula o cuidado na área desde a atenção básica (BRASIL, 2010).

Com relação aos usuários de álcool e outras drogas, existem algumas ações e organização específica na Rede de Atenção. Em 2003 foi instituída a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, segundo o Ministério da Saúde, uma política de prevenção, tratamento e de educação (BRASIL, 2003). Em 2011, é formalizada a instituição de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por portaria do Ministério da Saúde, voltada “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” (BRASIL, 2011). Essa Rede é composta pelos diversos serviços existentes no SUS e esta prevista uma articulação entre eles e, também, com outros setores, como a Assistência Social.

Compõem esta Rede, além dos serviços já mencionados anteriormente, os Consultórios de Rua, criados em 2009 como estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) e do Plano Interministerial de Combate ao Crack, os quais oferecem cuidado aos usuários nos seus próprios contextos de vida. “Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial” (BRASIL, 2010, p. 10). Apesar de recentes, já são 118 destes dispositivos no país (BRASIL, 2014).

Concomitantemente, à expansão dos serviços substitutivos houve aumento de gastos com os chamados serviços extra-hospitalares em detrimento dos serviços hospitalares. Em 1998, os gastos em serviços extra-hospitalares representavam 7,93% dos investimentos em saúde, enquanto gastava-se 92,07% em serviços hospitalares. Em 2010, já se percebia uma inversão nesta relação: os gastos em serviços extra-hospitalares chegaram a 70,56% e os gastos com serviços hospitalares caíram para 29,44% (BRASIL, 2012).

Já os hospitais-dia especializados em Saúde Mental, que foram um dos primeiros instrumentos criados pelo SUS na área de Saúde Mental, estão sendo

substituídos pelos CAPS, ambulatórios de Saúde Mental ou outros dispositivos, sendo que, em 2011, existiam somente 24 cadastrados no Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Contudo, a expansão de serviços substitutivos no SUS é evidente, pois segundo os indicadores de cobertura do Ministério da Saúde (2012), de 2002 a 2010 o Brasil passa de 0,21 CAPS por 100.000 habitantes para 0,66 e em 2011 chega a 1742 CAPS no país com uma cobertura de 0,72 CAPS/100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

Já em 2014, existiam 2.169 CAPS no país, sendo 1117 CAPS I, 473 CAPS II, 81 CAPS III, 193 CAPSi e 305 CAPSad, mas a cobertura, no entanto, é diversificada nas diferentes regiões do país, havendo locais com cobertura baixa ou insuficientes (VALCARENGHI, 2013). No Estado de São Paulo, atualmente, existem 268 CAPS cadastrados, sendo 68 CAPSad, 54 CAPS I, 78 CAPS II, 25 CAPS III e 43 CAPSi (BRASIL, 2014).

Portanto, a Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. É possível destacar a criação em todo o país de relevantes serviços de atendimentos extra-hospitalares oriundos de um modelo de atenção antimanicomial.

Todas essas alterações aconteceram no âmbito do SUS, o qual, também, privilegiou a municipalização dos serviços substitutivos ao hospital. Com a criação do Sistema Único de Saúde e sua regulamentação em 1990, a partir da Constituição Federal, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado (BRASIL, 1990).

Assim, a diminuição dos leitos psiquiátricos e a efetiva volta das pessoas com transtornos mentais à comunidade são tarefas que o SUS vem se dedicando nos últimos anos, mas, concomitante a isso, apresenta-se a necessidade da construção de uma rede comunitária de cuidados para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a necessidade de um trabalho coletivo com multiplicidade de trocas entre as pessoas. Para tanto, a Estratégia de Saúde da Família tem se mostrado um excelente aliado nos objetivos da atenção em Saúde Mental, facilitando um atendimento efetivo de acolhimento dos sujeitos com transtornos mentais, contribuindo para a permanente busca.

Uma Saúde Mental diferente, mais atenta às necessidades e aos direitos das pessoas e mais integrada na comunidade e no sistema

geral de saúde, capaz de superar a institucionalização e o modelo segregador dos manicômios (LAMENHA, 2013, p. 69).

Ainda, de acordo com Lamenha (2013), a expansão da Estratégia de Saúde da Família, possibilita que “as equipes realizem seus trabalhos na comunidade, permitindo com que os pacientes tenham referências territoriais e tenham assim seu cuidado no meio social em que vivem” (p. 69).

Os avanços na reforma psiquiátrica brasileira são visíveis quanto à diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, aumento dos serviços extra-hospitalares e a melhora do financiamento do SUS para a Saúde Mental. Mas há críticas e confusões quanto ao próprio modelo, que se revelam na prática cotidiana, colocando em alguns momentos a Reforma Psiquiátrica apenas como uma reorganização de serviços ou como a modernização da instituição psiquiátrica. Porém, o que é necessário é o entendimento de um processo social complexo que envolve movimentos, diferentes atores e reais mudanças.

Dessa forma, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial, de modo a garantir uma transição segura, em que a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada à construção coexistente de alternativas de atenção no modelo comunitário, sendo que tais serviços extra-hospitalares estejam preparados e capacitados para atenderem a essa população.

Apesar de a internação ter se tornado mais criteriosa, com períodos mais curtos, voltando a atenção a um atendimento mais integrado, dinâmico, aberto e de base comunitária que permite, uma articulação positiva entre os usuários, a família e a sociedade, não se pode negar que a rede de serviços ainda está em desenvolvimento.

Dessa forma, inserir uma pessoa com transtornos mentais severos e persistentes em serviços extra-hospitalares é o início de um longo processo, que deverá buscar a progressiva inclusão social desses pacientes, para que possam recuperar de maneira gradual suas aptidões práticas necessárias para uma vida na comunidade.

Com isso, a demanda de cuidado em Saúde Mental não se restringe apenas em minimizar riscos de internação ou controlar sintomas, o cuidado envolve, também, outras questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, vivenciadas pelos familiares, pacientes, profissionais e a sociedade em geral. Nesse sentido, o

processo de assistência desses pacientes deve ser otimizado visando à Reabilitação Psicossocial, um modelo que esteja centrado no paciente e em sua inclusão ativa na vida cotidiana (CARDOSO; GALERA, 2011).

Assim, os serviços extra-hospitalares, dentro de um modelo de atendimento Psicossocial, precisam estar articulados a outros espaços da cidade, apresentando um movimento permanente, em busca de uma melhor emancipação das pessoas com transtornos mentais, pois somente uma organização em rede – e não apenas um serviço – será capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas estigmatizadas (BRASIL, 2005).

A rede e a criação de novos serviços precisam estar assim articuladas com a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, para que não aconteça uma desassistência aos pacientes.

Apesar de que, no Brasil, a reorganização da assistência em Saúde Mental seja recente, já traz uma nova perspectiva de tratamento baseada na valorização do ser humano e no atendimento de que o transtorno mental pode não ser apenas uma doença, mas também um problema social. Junto à mudança de pensamentos, apresenta-se uma rede de atenção psicossocial que traz progressos no cuidado com os pacientes em Saúde Mental.

Por fim, apresentam-se, em seguida, os fundamentos do modelo de sustentação da Política de Saúde Mental, sinteticamente, aqui, percorrida.

1.2 Modelo de Atenção Psicossocial: uma nova abordagem à Saúde Mental no Brasil

A história da psiquiatria, desde seu primórdio, foi marcada por uma tendência central que determinou a exclusão, segregação e estigmatização do doente mental.

No entanto, a reforma psiquiátrica introduziu no campo da Saúde Mental novas abordagens no cuidado com os pacientes com transtornos mentais, com uma forma de atendimento voltado ao acolhimento, à humanização e à inclusão dessas pessoas no contexto social. Assim, as internações tornaram-se mais criteriosas, com períodos mais curtos de hospitalização e ampliações dos serviços extra-hospitalares.

Dentre essas novas abordagens, aparece o Modelo de Atenção Psicossocial, o qual compreende a produção de saúde como produção de subjetividade, nascendo para substituir o modelo hospitalar, a partir dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica, que se iniciaram na Europa e nos Estados Unidos e posteriormente no Brasil (FIORATI; SAEKI, 2013).

Esse modelo dá ênfase aos serviços de base comunitária, caracterizados por uma plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares, e não os mesmos se adequarem aos serviços, atuando, assim, na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações (BRASIL, 2013).

Existem dois modos distintos que compõem as práticas em Saúde Mental, sendo eles: o modo asilar e o modo psicossocial. Costa-Rosa (2000), caracteriza esses dois modos básicos, em quatro dimensões: a) a concepção de objeto e dos meios de trabalho; b) a concepção das formas de organização do dispositivo institucional; c) a concepção das formas de relacionamento com a clientela e d) a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

Na concepção de objeto e dos meios de trabalho, o modo psicossocial caracteriza-se pela participação do sujeito e da ênfase para a sua reinserção social, incluindo o compromisso da família e do grupo social, assim o problema não seria a cura, mas a produção de vida e de sentido, de socialidade. Enquanto o modo asilar, baseia-se no princípio doença-cura e enfatiza a parte orgânica no processo de adoecimento, tendo como principal meio de intervenção o uso da medicação, focado nos sintomas, há pouca ou quase nenhuma consideração da subjetividade do sujeito e este não é participante ativo do seu processo de tratamento.

Na concepção das formas de organização do dispositivo institucional, o modo psicossocial privilegia a horizontalização de organização institucional, em que o trabalho se compõe por decisões coletivas, contando com a participação do usuário e população, compartilhando assim saberes. Dessa forma, se contrapõe ao modo asilar, que se pauta em torno do trabalho organizado de acordo com um fluxo verticalizado de poder e decisão.

No que diz respeito à concepção das formas de relacionamento com a clientela, o modo psicossocial privilegia a construção de espaços de diálogos e interlocução para a produção de subjetividade, enquanto o modo asilar se

caracteriza pela separação dos doentes, desconsiderando os outros dispositivos para além do próprio serviço de saúde.

Na última dimensão – que é a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos – o modo psicossocial propõe a produção de subjetividade singularizada, através da recuperação da cidadania e do trabalho subjetivo, permitindo com que o sujeito situe-se ativamente frente aos conflitos e contradições causadores do seu mal-estar. Esses elementos se contrapõem ao modo asilar, que focaliza as práticas objetivando a simples supressão dos sintomas ou adaptação a um ideal de normalidade (COSTA-ROSA, 2000).

De acordo com a RAPS (BRASIL, 2013), existem diretrizes para o modo psicossocial que são:

Respeito aos direitos humanos, garantindo a **autonomia**, a liberdade e o exercício da cidadania, promoção da **equidade**, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; **garantia do acesso e da qualidade dos serviços**, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços **de base territorial e comunitária**, diversificando as estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos **serviços em rede** de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de **ações intersetoriais** para garantir a integralidade do cuidado; desenvolvimento da lógica do **cuidado centrado nas necessidades das pessoas** com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (p. 3).

Em um artigo publicado por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001), na qual retomam os marcos conceituais e as proposições básicas das duas conferências nacionais de Saúde Mental, ocorridas até o momento daquela pesquisa, a fim de efetuar uma análise à luz dos parâmetros do Modo Psicossocial, esse artigo vem reforçar as diretrizes citadas acima

Na I Conferência, realizada em junho de 1987, destacam: a ampliação do conceito de saúde, a exigência da participação popular na Saúde Mental, além de uma proposta da participação geral do cidadão na vida social, percebendo assim sua coerência com a ética da Atenção Psicossocial. Quatro anos depois, na II Conferência, realizada em dezembro de 1992, foram discutidos três grandes temas: crise, democracia e reforma psiquiátrica.

Em sua primeira parte aponta sobre a atenção integral e cidadania, reafirmando os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e municipalização, proposto a mudanças do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada (COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, 2001, p. 17).

Os marcos conceituais da II Conferência Nacional de Saúde Mental estão em perfeita sintonia com as premissas do Modo Psicossocial, pois um dos pontos centrais seria a atenção e a cidadania; participação direta dos usuários nas instituições, processo de saúde e doença deverá ser entendido de forma contextualizada ao exercício da cidadania, respeitando as diferenças e as diversidades, romper com a questão da concepção compartimentalizada do sujeito, com as dissociações mente/corpo e trabalho/prazer (BRASIL, 1994).

Portanto, segundo Costa-Rosa (2000) o modo psicossocial aparece em contraposição ao modo asilar, pois este busca de englobar no entendimento das doenças, fatores políticos e biopsicosocioculturais, a fim de um entendimento global do sujeito, considerando sua subjetividade como participante do processo, atribui a este uma importância decisiva, de modo que ele é o participante principal do tratamento, não apenas uma questão orgânica ou biológica que pode ser tratada quimicamente. Desse modo, enquanto o modo asilar vê o sujeito como foco do problema, o psicossocial considera o indivíduo pertinente a um grupo ampliado.

Na psiquiatria, a doença era abordada de forma objetiva e dissociada da existência do sujeito como um conjunto de sintomas e signos. Já no campo da saúde mental o foco está no sujeito. Assim:

A atenção Psicossocial refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (YASUI, 2009, p. 3).

No Modelo de Atenção Psicossocial, a patologia não é excluída, pelo contrário, faz parte da existência do sujeito; porém, o foco principal passou das doenças e morte para as concepções ligadas à qualidade de vida e produção social. Sendo o ambiente natural, que o sujeito vive, determinante no processo terapêutico

e sua inclusão social enfatizada de forma prioritária, pois nesse cenário a luta pela cidadania constitui-se como o principal objetivo.

Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001) contextualizar o processo saúde/doença exige várias operações articuladas:

Primeira: o Modo Psicossocial preconiza uma definição de saúde numa perspectiva que a contextualize em relação a uma concepção de sociedade, entendida como conjunto de interesses contraditórios articulados, possíveis de serem descritos e compreendidos através do conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH). Segunda: no Modo Psicossocial define-se a especificidade da saúde mental, de tal modo que se visualiza a participação da dimensão sociocultural como intrínseca ao próprio processo de subjetivação. Terceira, o Modo Psicossocial inclui em sua caracterização a consideração da especificidade da saúde mental com a inclusão da própria noção de 'crise' como seu componente estrutural (p.18-19)

Outra característica importante do modo psicossocial é a equipe, ou seja, um trabalho multidisciplinar. Os dispositivos institucionais típicos para esse trabalho são: Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção Psicossocial, Hospital Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, entre outros. No entanto, não basta haver variações dos dispositivos institucionais, é necessário que eles superem os recursos asilares e que se estruturam de uma forma oposta ao modo asilar.

Assim, os movimentos da Reforma Psiquiátrica vão se ampliando, com a expansão de uma nova rede de cuidados que representa um processo de transformação dos modos tradicionais de lidar com os pacientes com transtornos mentais, mas implica, sobretudo, a articulação de diferentes saberes e práticas presentes no campo da atenção psicossocial, permitindo que a própria sociedade envolva-se nessa luta.

Seguindo essa perspectiva, embora a atenção psicossocial não se construa a partir da atuação isolada de uma profissão ou núcleo de saber, considera-se importante a análise das contribuições da Terapia Ocupacional para a consolidação ou desvio desse modo proposto na Política de Saúde Mental do país.

CAPÍTULO 2 – TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE MENTAL

A concepção e abordagem do conceito de Atividade são eixos centrais na Terapia Ocupacional, vários estudos buscam sua construção conceitual, até os mais recentes que objetivam como esse conceito é articulado na literatura. Observa-se, assim, a necessidade de analisar e aprofundar a construção conceitual e uma sistematização mais clara sobre as diferentes abordagens teóricas e práticas.

Em estudos realizados por Lima, Pastore e Okuma (2011 – 2013), que investigam a Atividade, foi possível observar que o termo mais utilizado pelos terapeutas ocupacionais brasileiros para denominarem seu instrumento de intervenção foi a Atividade. Entretanto, ainda “é uma construção inacabada, situada em um contexto histórico, territorial e cultural que, por sua importância, vem determinando caminhos para a profissão e para a ação dos terapeutas ocupacionais” (p. 251).

De acordo com Tedesco (2001):

Apesar de toda diferença terminológica nas definições da Terapia Ocupacional, o grande denominador comum é o uso do termo atividades. Não se relata um procedimento de terapia ocupacional sem que se apresente as necessidades da pessoa alvo da intervenção (isto inclui os déficits, mas considera-se todo o contexto vivido por esta pessoa), e o que se desenvolve entre o terapeuta ocupacional e este paciente [...]. No entanto, observamos que o uso da expressão atividade está longe de manter um referencial fixo como se imagina, ao contrário, tem um uso polissêmico englobando vários sentidos (p. 381-382).

Partindo desses e de outros estudos que pesquisam sobre o uso da Atividade em Terapia Ocupacional, compreende-se que a reflexão sobre sua fundamentação e aplicação poderá contribuir para a construção de saberes e práticas dentro das atuais perspectivas e desafios da atenção psicossocial em Saúde Mental.

Assim, observam-se os percursos do uso da ocupação terapêutica desde antes da constituição da profissão Terapia Ocupacional, até o momento atual na área, em particular, no contexto do trabalho em Saúde Mental, descrevendo as diferentes concepções que acompanham a Atividade na Terapia Ocupacional.

2.1 Ocupação terapêutica

Terapia Ocupacional e Atividades estão intimamente relacionadas. Afinal, a ideia do uso da ocupação com fins terapêuticos surgiu antes mesmo de a profissão ser estabelecida, já em meados do século XIX e início do século XX. Dessa forma, “a ideia de que a ocupação ou diversão é benéfica aos doentes, como meio de tratamento, manifesta-se desde a antiguidade, remontando as civilizações clássicas” (FRANCISCO, 2004, p. 22). Pois,

Acreditava-se que os trabalhos, exercícios, artes e artesanatos poderiam curar aqueles que estivessem possuídos pelo demônio, e a todos os doentes eram oferecidas ocupações, com o propósito de manter o ambiente tranqüilo, favorecendo o contato com os deuses (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 19).

Alguns autores foram destaques dentro desse período, como Pinel, Simon e Schneider. Assim, com Pinel, na França, iniciou-se o tratamento médico da loucura, porém, mais encarregado de um controle ético do que de uma intervenção terapêutica. Foi com Pinel o primeiro passo histórico para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. Ou seja, significa a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da Psiquiatria e do Hospital Psiquiátrico (FILIZOLA, 1993).

A ideia de que o homem era humanizado pelo seu fazer e seu agir fez com que Pinel abrisse asilos, onde cada doente participava das atividades de acordo com suas possibilidades, desenvolvendo um tratamento que ele denominou de Tratamento Moral. As atividades eram utilizadas como remédios para os loucos, e para os funcionários eram tidas como sinônimo de ordem e tranquilidade (FRANCISCO, 2004).

O tratamento moral trouxe a ideia do asilo como uma casa de educação de caráter especial, onde se deveria reformar o espírito do doente, inculcando-lhe as normas de conduta mediante técnicas disciplinares de caráter coercitivo, a partir do seu isolamento do ambiente sócio-familiar (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p. 23).

A sociedade dentro do Tratamento Moral era vista como potencializadora da loucura, por isso há a necessidade de isolar os pacientes dentro dos asilos como

uma forma de protegê-los das influências externas que prejudicariam seu processo (ALMEIDA, 1996).

Nenhuma mudança profunda das estruturas sociais era obtida e desejada nesse período; na qual, o uso da ocupação tinha – como intuito particular – ocupar o tempo ocioso dos pacientes institucionalizados e gerar lucros para a própria instituição, através das suas atividades e trabalhos, esquecendo-se de mudar a forma de atendimento dentro desses locais e, tampouco, tinham como objetivo a possibilidade de saída desses pacientes para o retorno à sociedade.

Deve-se fazer referência, também, a outro médico, Hermann Simon, que veio a ter forte influência sobre a assistência psiquiátrica brasileira, sobretudo nos trabalhos de Luiz Cerqueira e Ulisses Pernambucano. Desenvolveu, na Alemanha, um método que denominou Tratamento Ativo, em que partia da idéia de que a vida é atividade, pois o homem nunca permanece sem fazer nada, relacionava os sintomas das doenças e o uso de ocupações específicas para minimizá-los, semelhante ao uso de uma determinada medicação. Retornou, assim, ao trabalho produtivo para combater à inatividade do doente mental, desenvolver sua responsabilidade e organizar o meio manicomial, utilizando-se de ocupações específicas para minimizar sintomas (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Tal pensamento, entretanto, foi sistematizado por Karl Schneider a partir de 1930 (BENETTON, 1999, p. 25), criando o programa de Ocupação Biológica em que apresentava como pressuposto básico que:

As atividades oferecidas aos doentes, levando em conta suas capacidades remanescentes, além de levarem a um equilíbrio somático e psíquico possibilitavam a descarga dos processos psíquicos patológicos e as atividades deveriam contrapor aos sintomas e/ou exercitar a função conservada correspondente.

Para Isidoro (2000), esse período foi marcado por um saber médico no qual “o médico tinha um papel muito importante e decisivo na assistência à doença, tendo o poder de curar e dizer o que é indicado para a melhora dos pacientes” (p.16).

As atividades propostas aos internos cumpriam com os mais diferentes objetivos como normalização do comportamento, regulação do espaço asilar, manutenção e sustentação econômica da instituição e, por fim, ocupação do tempo

livre, através de atividades recreativas, sempre com o objetivo de distrair e acalmar (FERRARI, 1997).

Já no Brasil, a utilização da ocupação, como forma de tratamento, principiou-se com a fundação do Hospício D. Pedro II em 1852, no Rio de Janeiro. Em 1898, admitiu-se o funcionamento do Hospital Juqueri, atualmente chamado de Franco da Rocha, onde foi introduzido por Franco da Rocha e Pacheco e Silva o tratamento pelo trabalho intitulado “*praxiterapia*”, a principal atividade realizada era de cunho rural, a agropecuária, para uso próprio da instituição e comercialização do excedente.

No início do século XX, a ocupação terapêutica foi introduzida na Colônia Juliano Moreira e no Hospital Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Foi neste último que Nise da Silveira se envolveu com a “terapêutica ocupacional” e realizou seus estudos sobre a atividade artística e os pacientes esquizofrênicos. O trabalho desenvolvido nesses hospitais, com exceção da proposta de Nise da Silveira, estava calcado no modelo do tratamento moral, sendo considerado como uma forma de reorganizar os hábitos dos pacientes, através da ordem estabelecida no ambiente pelas ocupações desenvolvidas (GUGLIELMO, 2014).

No Nordeste, o responsável por introduzir a ocupação terapêutica nos hospitais psiquiátricos foi Ulisses Pernambucano, que utilizava, como referência teórica, o livro de Herman Simon, que propunha a Terapia Ativa no trato para com os pacientes.

Assim, o uso da ocupação no Brasil surgiu em uma lógica de manutenção do capital, em que a prática visava desenvolver um trabalho superficial, por meio de ocupações que distraíssem os pacientes dentro dos manicômios, sem perspectiva de saída.

“Notamos que o trabalho era visto como principal recurso terapêutico, na medida em que o trabalho deveria organizar e encadear o tempo dos internos de forma a afastá-los dos pensamentos loucos” (LANCMAN, 1990, p. 26).

Portanto:

Essa relação entre o trabalho e a Terapia Ocupacional na história da profissão deixou marcas desastrosas no trato com pacientes, principalmente os da psiquiatria. O modelo de trabalho escravo foi

em muitos casos simplesmente transferido para as instituições psiquiátricas, de tal forma a ter nelas indivíduos trabalhando em menos valia, menos ainda que as condições de alguns operários braçais (BENETTON; FERRARI; TEDESCO, 2003, p. 255).

O que fez com que muitos pacientes e funcionários, quando a Terapia Ocupacional dá início ao seu trabalho dentro dos hospitais, têm dificuldades em diferenciar o uso dos procedimentos de terapia ocupacional com as atividades e o uso da ocupação, que seria o trabalho braçal, que os pacientes realizavam em lugar dos funcionários, ou as atividades de produção industrial e/ ou agrícola que eram terceirizadas para os doentes mentais, como mão de obra barata (ALMEIDA, 1996).

Assim, considerando que essa ocupação, com fins assistenciais, foi nomeada de diversas formas em diferentes países, como: tratamento moral, terapia ativa, terapia do trabalho, ergoterapia, laborterapia, entre outros, e, sendo técnicas médicas que tinham como alvo principal a doença mental e, até hoje, influenciam terapeutas ocupacionais que consideram a doença, também, como seu objeto de estudo.

2.2 Da ocupação terapêutica à Terapia Ocupacional

No início do século XX, dentro da filosofia do Tratamento Moral, Adolph Meyer, que foi considerado precursor da Terapia Ocupacional, criou, a partir de 1900, nos Estados Unidos, o método que também denominou de Tratamento Moral. Para Meyer:

O pensamento não era visto como algo diferente da ação, mas como um tipo diferente de ação. A história de vida do paciente tinha uma importância relevante para compreender as origens do distúrbio mental e as intervenções deveriam permitir ao paciente ter uma experiência diferente da que ele tinha vivido previamente e que havia originado sua enfermidade (GUGLIELMO, 2014, p. 12-13).

Dentro dessa filosofia de Meyer, as doenças tinham diferentes reações, sendo essas diferenças explicadas pelas experiências distintas que cada paciente experimentava. O seu tratamento tinha o pressuposto de:

Permitir ao paciente reencontrar o equilíbrio perdido através de ocupações que facilitassem sua inserção social. As atividades

prescritas eram equacionadas de acordo com o grau de consciência do paciente. O programa tinha início com atividades de estimulação sensorial, depois se estendia às atividades de autocuidado e, por último, chegava às atividades que visavam a aquisição de qualidades necessárias para o trabalho (BENETTON, 1999, p. 23).

As ideias de Meyer, portanto, começaram a ser difundidas em 1905, sendo uma das figuras mais proeminentes da psiquiatria norte-americana, entre os anos de 1895 e 1940.

Em outubro de 1921, Adolph Meyer realizou uma palestra na qual apresentou sua reflexão sobre a Terapia Ocupacional, em que abordava a ideia do ser humano ativo e em constante relação de troca com seu ambiente. Essa ideia impregnou profundamente a profissão do terapeuta ocupacional.

Foi quando, por influência de Meyer, Eleanor Clark Slagle, considerada a criadora e determinante na constituição de uma nova profissão, a Terapia Ocupacional, participou de um curso de seis semanas, ministrado para atendentes hospitalares, sob direção de Graham Taylor, em 1908, que oferecia treinamento em ocupação e recreação curativa.

No entanto, a profissão ainda não tinha seu nome estabelecido. Foi em 1914, em um encontro de trabalhadores hospitalares, realizado em Boston, que o arquiteto George Edward Barton sugeriu o termo “*therapy of occupation*”. Em seguida, alterou sua sugestão para *Occupacional Therapy* (BENETTON, 1999).

Em 1915, o primeiro curso profissionalizante para terapeutas ocupacionais foi organizado por Eleanor Slagle, mais tarde promovida ao cargo de diretora da escola de Terapia Ocupacional Henry Favill, em Chicago, de 1918 a 1922. Coube a ela desenvolver um programa de treinamento de hábitos, que permitiu o início do desenvolvimento de um caráter próprio para a Terapia Ocupacional, pois apesar de receber uma forte influência do modelo médico, introduziu em seu projeto de intervenção alguns aspectos que fazem diferença até hoje (BENETTON; VARELA, 2001).

O programa de Treinamento de Hábitos de Slagle tinha como objetivo a adaptação social dos pacientes portadores de distúrbios emocionais e de deficiências físicas, alcançando o pressuposto proposto por Meyer, um equilíbrio entre o trabalho, repouso e lazer, assim os pacientes deveriam construir dentro da terapia ocupacional o seu cotidiano e através da realização de atividades, alcançar

uma melhor qualidade de vida, além de um relacionamento positivo entre terapeuta e paciente (BENETTON, 1999; GUGLIELMO, 2014).

Segundo Benetton, Ferrari e Tedesco (2003), através de hábitos saudáveis explorados na realização de atividades, os doentes mentais podiam ser cuidados dentro das instituições, mas com o intuito final de sua inclusão na sociedade, novamente. Portanto,

O programa Treinamento de Hábitos apoiava na observação de qualquer conduta ou atitude saudável para que assim pudesse motivar uma nova ação. Assim sendo, os procedimentos em terapia ocupacional são construídos a partir da idéia de que serão em parte a exploração de aspectos saudáveis e por outra parte a ampliação de recursos para a construção do cotidiano (BENETTON, 1999, p. 28).

Na década de 40, na Saúde Mental, a influência de Meyer foi sendo substituída pela psicanálise, esta ganhando espaço dentro dos hospitais psiquiátricos e sua teoria se mostrou incompatível com os princípios da Terapia Ocupacional, pois enquanto na terapia ocupacional a ênfase estava no “fazer”, a abordagem psicanalítica “clássica” da época se centrava na análise do discurso do paciente (GUGLIELMO, 2014).

Foi somente no início dos anos 1960 que os currículos dos cursos de formação em Terapia Ocupacional nos EUA, Canadá e Inglaterra se consolidaram. Tal fato permitiu a exportação da profissão para países como o Brasil, Austrália, França, Argentina e África do Sul.

O primeiro curso de Terapia Ocupacional criado no Brasil tinha apenas um ano de duração e era de nível técnico. Em 1959, a duração do curso da USP estendeu-se para dois anos. Cinco anos mais tarde, passou a ter três anos e era, eminentemente, voltado à área de reabilitação física. Após alguns anos de funcionamento, foram incorporados – ao curso – estágios supervisionados em psiquiatria. No ano de 1968, o curso passou a ter, finalmente, grau universitário.

Na década de 1960, a formação dos terapeutas ocupacionais no Brasil ainda utilizava bibliografia com métodos desenvolvidos no início do século XX, e seu currículo era uma cópia das escolas norte-americanas. Nos estágios, a preocupação dos estagiários era encontrar o mais rapidamente possível a “atividade certa” para combater um determinado sintoma (BENETTON, 1999, p.31-32).

Entretanto, ao longo do século XX, apareceram diversas linhas de atuação e fundamentação em Terapia Ocupacional, a partir dessa diversidade, Berenice Rosa Francisco traçou um perfil dos principais modelos de atendimento utilizados na Terapia Ocupacional. Esse perfil leva em consideração a concepção do uso da Atividade, estratégias e objetivos de tratamento de cada uma das linhas apresentadas, sendo que esses modelos continuam sendo utilizados como introdução às distintas práticas na terapia ocupacional.

De tal modo, sendo a Atividade o meio pelo qual se caracteriza a profissão, Francisco (2004, p. 17) inicia distinguindo as diferentes concepções de atividade em Terapia Ocupacional. A primeira delas surgiu como resposta às abordagens bioquímicas e fisiológicas da medicina, além da perspectiva psicanalítica da psiquiatria, na qual, a Terapia Ocupacional começa, então, a sofrer pressão por parte da comunidade médica, com a necessidade de se confrontar com as patologias.

O doente mental vem a ser objeto de estudo clínico e cirúrgico, investigando-se as alterações encefálicas que seriam responsáveis pelas manifestações na conduta do doente mental. O uso da ocupação terapêutica torna-se descontínuo, tanto pela concepção psiquiátrica dominante que ora o desprestigiava, quanto pelas políticas públicas que ora continham seus recursos (SOARES, 1991, p. 105).

Nesse modelo, não se leva em consideração a particularidade de cada um, a história, a cultura, a classe de origem. O único fator que importa é tratar a doença e seus sintomas. Os terapeutas ocupacionais tornaram-se especialistas em exercícios progressivos de resistência e um dos recursos utilizados para conferir a cientificidade à atividade era sua análise, na qual, a atividade era observada para se conhecer suas características e propriedades específicas, para que, a partir disso, combatesse determinados sintomas e desenvolvesse habilidades específicas (FRANCISCO, 2001).

No modelo positivista, a terapia ocupacional utiliza-se da análise prévia das atividades dissecando as potencialidades terapêuticas das mesmas. Sua análise inclui as características cognitivas, cinesiológicas, perceptivas e expressivas, sendo que esta análise vem acompanhada de uma aferição precisa da patologia a ser corrigida (ALMEIDA, 1996, p. 91).

Em outra abordagem, a atividade é tida como produção. Nessa concepção, as atividades têm a função de favorecer a produtividade e a execução de tarefa com a maior precisão possível, na qual o produto final é a meta do processo, sendo que a análise das atividades, aqui, também é de extrema importância, para que se consiga uma realização bem-sucedida. Por último, tem-se a atividade como expressão, ou seja, a atividade segundo sua dinâmica própria de realização, na qual não possui uma estrutura rígida e o paciente pode escolher o objeto e o material a ser utilizado, além da forma como realizará determinada(s) atividade(s). Dentro desse uso da atividade como expressão, encontra-se o trabalho, por exemplo, de Nise da Silveira, apoiado na teoria junguiana, em que apresenta uma influência teórica da psicanálise em sua prática clínica (FRANCISCO, 2001)

Nise da Silveira, baseava-se na Psicologia de Carl Jung, na qual propunha a realização de atividades expressivas, como desenhos, pintura, poesia e modelagem, como forma de expressão do inconsciente. Com base na ideia de que: o produto final teria apenas um valor simbólico, por pertencer à vida intra-psíquica de quem o fez e o valor mercantil e/ou estético pressupostamente não deveria ser levado em conta (BENETTON, 1999).

Entretanto, esse modelo acabou usando essas atividades ditas “expressivas”, como um laboratório de estudo de imagens do inconsciente, tendo uma grande valorização estética dos produtos finais, criando o Museu de Imagens do Inconsciente em 1952. Outra característica deste momento, é que nenhuma mudança fora das instituições psiquiátricas era necessária, obtendo mudanças apenas dentro dos respectivos locais, mantendo, assim, a exclusão desses pacientes para que eles pudessem produzir mais atividades artísticas (FRANCISCO, 2001).

Como consequência, muitas reflexões e críticas surgem dos terapeutas ocupacionais ao trabalho de Nise da Silveira, pois apesar de sua proposta de criar um espaço humanizado, permitindo a realização de atividades expressivas que antes eram proibidas e, também, permitir um melhor convívio entre os pacientes dentro das instituições, por outro lado, acabou estigmatizando-os mais ainda como diferentes. Além disso, não tem referências de pacientes que tenham sido incluídos na sociedade por meio de suas produções artísticas.

A partir dessas diferenças encontradas no uso da Atividade, Francisco (2001) chegou a três modelos de atuação na profissão, nos quais se podem encaixar as diferentes linhas de atuação da Terapia Ocupacional:

- 1) Modelo de processo de terapia ocupacional positivista;
- 2) Modelo de processo de terapia ocupacional materialista histórico;
- 3) Modelo de processo de terapia ocupacional humanista.

No modelo de terapia ocupacional positivista, todo o atendimento seria voltado com o objetivo central de tratar uma patologia, uma deficiência; sendo que todos os procedimentos são organizados rigidamente para reconhecer essa patologia, estabelecer os prognósticos e traçar o plano de atendimento para alcançar o objetivo proposto. A partir dessa abordagem, o paciente vem para a terapia ocupacional, na maioria das vezes, a partir do encaminhamento de um médico.

A relação entre terapeuta e paciente se estabelece apenas a partir da realização da atividade, sendo que:

As atividades são vistas principalmente como exercícios, embora no âmbito da área da saúde mental também possa existir as atividades expressivas, elas visariam o desenvolvimento de aptidões e funções bem definidas e previamente estabelecidas (GUGLIELMO, 2014, p. 30).

O modelo materialista histórico teve importante atuação no âmbito da reforma da Saúde Mental no país, nas décadas de 1970 a 1990, como a intervenção no hospital psiquiátrico Anchieta e implantação dos NAPS, em Santos, que são exemplos de sua prática.

Nesse modelo, a atuação da Terapia Ocupacional visa auxiliar o indivíduo, seu foco central, para que ele perceba-se como sujeito pertencente a uma coletividade, na qual terapeuta e paciente caminham juntos para desenvolver ações que o ajudem a resolver situações concretas, satisfazer desejos ou suprir necessidades.

A atividade dentro dessa corrente acontece no dia a dia das pessoas, nos acontecimentos cotidianos. Não há mais necessidade de excluir os pacientes para realização das atividades, pois para serem humanizados, eles precisam estar em seu ambiente natural, realizando as atividades que estavam acostumados a fazer

(ALMEIDA, 1996). A inserção na sociedade é essencial, e não o isolamento asilar, pois é na relação social que o homem se constitui.

“Este é um modelo revolucionário, onde a loucura está diretamente ligada às relações sociais” (ALMEIDA, 1996, p. 94).

Este modelo, materialista histórico, enfatiza a relação dialética do homem com seu trabalho e com o ambiente; em que homem transforma o ambiente por meio do seu trabalho e, também, transforma-se. Portanto, a característica da saúde é manter o homem socialmente produtivo.

No modelo humanista não se encontram padrões pré-estabelecidos de desenvolvimento, as atividades dentro desse modelo são selecionadas ou sugeridas a partir dos desejos e interesses dos pacientes. A proposta tem, segundo Francisco, o objetivo de promover:

(...) o esforço do terapeuta no desenvolvimento de um estilo próprio de manejo terapêutico, a fim de ser um facilitador do processo vivido pelo cliente. A aquisição dessas características depende de um autoconhecimento, o que favorece ao terapeuta a utilização de si próprio como instrumento terapêutico (2001, p. 55).

No entanto, embora os modelos possam apresentar características opostas uns aos outros, na prática a Terapia Ocupacional utiliza do conhecimento de todos eles, de acordo com a necessidade de cada indivíduo e processos terapêuticos.

A partir da década de 1960 até 1980, houve diferentes propostas de modernização na assistência psiquiátrica, desvinculadas do arcaísmo e dos métodos repressores vigentes, por meio da criação de serviços extra-hospitalares de atenção à Saúde Mental e da flexibilização das estruturas do hospital psiquiátrico tradicional.

Em decorrência, iniciou-se um movimento que começou a questionar o papel dos técnicos nas instituições e das populações por eles atendidas, que foi a Luta Antimanicomial, caracterizada pela busca dos direitos dos doentes mentais e a construção de modelos alternativos de atendimentos, evitando as internações e favorecendo o convívio social.

Com a Reforma Psiquiátrica os terapeutas ocupacionais foram influenciados a participarem desses movimentos e começaram a questionar a forma com que estavam utilizando as atividades (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001). Assumindo, como objeto da ação terapêutica, a pessoa e suas necessidades, com

investimento na vida cotidiana e não, meramente, na doença e nos sintomas (MÂNGIA, 2002; SOARES, 2007).

Portanto, o uso da Atividade, dentro da Terapia Ocupacional veio passando por diferentes visões e influências (FURTADO, 2010), não podendo confundir a Terapia Ocupacional, enquanto profissão, com a ocupação no senso comum; sendo que o propósito deste profissional não é simplesmente o de ocupar o paciente.

Porque, apesar de se ter a impressão de que a Terapia Ocupacional nasceu ou a sua pré-história é demarcada pelo “fazer algo, ocupar-se ou mesmo trabalhar”, como é visto:

Em anúncios publicitários que podem estar na televisão, rádio ou periódicos, a prescrição pode ser: *“para que seu tempo ocioso não fique tedioso, faça uma atividade qualquer”*. Da sabedoria antiga, ouve-se com frequência: *“quem canta seus males espanta”, “quem trabalha não tem tempo para caraminholas”*, sendo este o sentido mais tradicional e popular da terapia ocupacional, isso confirma o valor intrínseco de “fazer algo”, de utilizar uma ocupação para o desvio de sentimentos não desejados (BENETTON, 1999, p. 20)

É necessário ter clareza dessa diferença de simplesmente ocupar o tempo, de realizar uma Atividade como um enorme potencial criativo, significativo e transformador, em que os terapeutas ocupacionais podem maximizar possibilidades ocupacionais de indivíduos e grupos com os quais trabalham. Assim, “nem todas as ocupações seriam benéficas à saúde, apenas aquelas que possuem um inegável significado para o indivíduo que as realiza” (MAGALHÃES, 2013, p. 257).

Lima, Pastore e Okuma (2011) também falam dessa diferença da mera ocupação do tempo como não sendo o mérito da profissão (2011):

A profissão Terapia Ocupacional, devido ao nome e à sua história, carrega uma marca associada à mera ocupação de tempo, entretanto, com o desenvolvimento da profissão e das pesquisas na área, pode-se inferir que a simples ocupação do tempo pode ser realizada pela própria pessoa, mas o grande mérito da profissão está em oferecer a compreensão e a reflexão, para que a pessoa por ela assistida possa encontrar significados neste fazer ou nesta ocupação. O terapeuta ocupacional precisa compreender que pode usar qualquer atividade, desde que justifique e se fundamente em seu instrumento (p. 115).

Benetton, Ducros e Goubert (2002, p. 34), em artigo onde apresentam uma leitura sobre a prática de um grupo de terapeutas ocupacionais franceses atuantes em psiquiatria, também observam que:

Todos os entrevistados, sem exceção, afirmaram que é o uso da atividade que caracteriza a profissão. Porém, eles ressaltam a diferença entre o simples “fazer fazer” do “fazer com sentido”. O “fazer fazer” é interpretado pelos profissionais como simplesmente ocupar o tempo, atitude que os faz reagir negativamente.

Evidentemente, o verdadeiro sentido da Terapia Ocupacional é que o sujeito volte a ser ativo, distanciando dos seus processos patológicos, permitindo um desejo de interação efetiva com o mundo (KIELHOFNER, 2002 apud POLIA; CASTRO, 2007).

A Terapia Ocupacional é uma ciência na qual se processa a análise e a aplicabilidade da atividade humana, objetivando a prevenção e/ou adaptação do homem nas relações consigo mesmo e com o mundo. É, portanto, uma forma de tratar que envolve ativamente o indivíduo numa relação terapêutica com o seu fazer (PEDRAL; BASTOS, 2008, p. 6).

Assim, na Terapia Ocupacional, estar saudável não é deixar de ter somente a ausência ou reparação dos defeitos, mas a promoção de hábitos saudáveis, com uma melhor qualidade de vida, centrada no fazer humano, mas um fazer com sentido e significado para quem realiza, tendo como objetivo central a autonomia e individualidade do sujeito, sendo este compreendido, dentro de sua história, seus valores e sua relação com o mundo.

A Atividade poderá ser utilizada de diferentes maneiras e com objetivos diversos, porém compreendida e conhecida, não de forma isolada e separada, mas sim, relacionada e condicionada pelas ações e história de cada pessoa (EMMEL; SILVA, 1993).

Observa-se, de fato, que todo indivíduo faz parte de um determinado contexto, que não pode ser negado pelo terapeuta ocupacional, sendo, de extrema importância, identificar as características desse meio ao qual está inserido o sujeito e, também, suas próprias características e interesses individuais. É dessa forma que as atividades irão representar o próprio sujeito, pois, ou elas são realizadas pelo desejo de satisfação de uma vontade, ou podem estar sendo conduzidas pela

necessidade ou obrigação, independente dos seus interesses reais, o que leva o sujeito a ações automatizadas e vazias de sentido (KIELHOFNER, 2002 apud POLIA; CASTRO, 2007).

Durante seus atendimento, o terapeuta ocupacional deverá dar a chance do sujeito decidir com liberdade, ou seja, escolher a atividade segundo sua intenção e vontade, não permitindo a ação vazia de significado (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). Pois, “o valor da atividade é reconhecido por satisfazer as necessidades do indivíduo” (PEDRAL; BASTOS, 2008, p. 9).

Entretanto, apesar da possibilidade de fazer escolhas estar presente nos procedimentos terapêuticos do terapeuta ocupacional, os sujeitos alvos, em Saúde Mental, encontram-se na maioria das vezes, limitados para a manifestação das suas vontades e impedidos de fazer escolhas. Levando o profissional ao objetivo principal que é a volta dessa liberdade de decisão, ajudando o sujeito a dar sentido e significado aos seus fazeres, buscando sua autonomia e independência (LIMA; PASTORE; OKUMA, 2011). Portanto:

Todo ato ou atividade faz-se imprescindível a presença da intenção, da vontade e da liberdade, para que se possa estabelecer um grau de reciprocidade entre os elementos envolvidos nesse encontro, assim o terapeuta se ocupa em habilitar, capacitar e realçar questões, mas nunca pode impor ou exigir soluções (PEDRAL, BASTOS, 2008, p. 18)

Da mesma forma, Barros, Ghirardi e Lopes (2002) colocam que as atividades precisam ser pensadas de forma singular para cada pessoa ou situação, sendo compreendidas das necessidades reais a serem enfrentadas pelo sujeito, não permitindo trabalhar com uma atividade esvaziada de sentido.

Por isso, que a Atividade não pode apenas ser escolhida e preparada pelo terapeuta, como se fosse uma receita, porque isso favoreceria o sujeito tornar-se um mero executador de atividade, execução automatizada. Uma alternativa para que isso não aconteça é quando ambos – o terapeuta e o paciente – participam de forma ativa da escolha da atividade e de todo o processo terapêutico, cada um exercendo o seu papel dentro da relação (PEDRAL, BASTOS, 2008).

Nota-se que o sujeito, paciente com transtornos mentais, é visto como um “sujeito excluído de um fazer próprio. É alguém necessitado de uma potência

relacional; onde possa ter outro alguém que possa “*fazer junto*”, compartilhar” (RODRIGUES, 2003, p. 59).

O que leva a uma necessidade ainda maior de trazê-lo para a atividade, pois ocupa um lugar no mundo de acordo com seu transtorno, dificuldade ou patologia, sendo visto pela sociedade como alguém incapaz, improdutivo, precisando viver afastado do seu cotidiano e daqueles indivíduos produtivos e capazes. Assim, dentro dos atendimentos em Terapia Ocupacional:

A atividade surge como uma alavanca, um agente motivador, que mobiliza vontade e desejos. O “fazer” traz a possibilidade do indivíduo sair da estagnação, tomar decisões, criando coisas novas e transformando-se novamente em um ser ativo. Isto acontece desde o planejamento do que vai ser feito e de qual material será utilizado até a decisão dos objetivos da atividade específica e de como ela será realizada (JULIBONI; SIQUEIRA, 2000, p. 85).

É possível observar que a Terapia Ocupacional tem uma história não linear que se mistura às tendências de tempo e lugar, passando por diferentes abordagens e modelos, mas o que se destaca é que a tendência atual é o abandono de um modelo centrado na doença e isolamento, para a promoção da qualidade de vida dos pacientes com transtornos mentais e sua reinserção social.

2.3 Terapia Ocupacional em Saúde Mental

O uso da Atividade esteve presente para os terapeutas ocupacionais desde o surgimento da psiquiatria e do aprisionamento da loucura. Atualmente, em um contexto diferente, participam desse processo de transformação das instituições psiquiátricas e dos novos serviços de Saúde Mental.

De acordo com Juns e Lancman (2011), essa mudança na atenção em Saúde Mental, ao mesmo tempo em que exige a presença de profissionais distintos com competências próprias para esses novos serviços, exige, também, competências para a atuação coletiva e interdisciplinar.

Na atualidade, segundo Mângia e Nicácio (2001), existem, no Brasil, três referenciais adotados atualmente, no campo da Terapia Ocupacional na área da Saúde Mental, que seriam: a perspectiva socioterápica, que privilegia o campo relacional e a transformação da dinâmica institucional; as abordagens

psicodinâmicas, que buscam a construção e reconstrução de histórias e a desinstitucionalização que tem como perspectiva a desconstrução da lógica manicomial e as novas possibilidades de estar no mundo.

É possível observar que nos três referenciais apresentados, predomina um grande desafio – frente ao contexto histórico e político – que está em evitar que os atuais serviços ainda reproduzam a lógica da exclusão, priorizando uma participação social efetiva e significativa (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Dessa forma, segundo Moreira (2008), faz-se necessária a abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família, para a comunidade e para os serviços que se ocupam do paciente, em que realizem trocas sociais, materiais e de afeto, rompendo com o isolamento da internação e restituindo direitos. Na terapia Ocupacional, a incorporação destas estratégias:

Redimensionou as práticas dos profissionais, pois a reabilitação não se restringe mais à avaliação funcional e à recuperação das incapacidades. Ela é compreendida dentro de uma rede de significados construída pelo sujeito, no decorrer do processo de reabilitação, não antes (a partir de modelos de reabilitação pré-determinados) ou fora do processo (por decisão unicamente do profissional de saúde). Isso não significa dizer que os aspectos motores e funcionais ou o sofrimento psíquico serão desconsiderados ou colocados em segundo plano. Na reabilitação comunitária, eles não serão independentes do contexto em que está inserido (MOREIRA, 2008, p. 87).

Assim, os terapeutas ocupacionais trouxeram para as suas práticas, as intervenções no domicílio, nas escolas, nas associações de bairros entre outros, de modo a aproximar todos os participantes desse processo, como: familiares, amigos e comunidade. Estabelecendo com os pacientes:

Uma relação que é uma pista de mão dupla, onde o que está em cena é tanto o cuidador, como o sujeito a ser cuidado. Neste contexto, o ato de cuidar pressupõe do cuidador, uma postura ativa que permite reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade. Enfatiza-se portanto, que esta relação se estabelece a partir de um contexto, é construída processualmente com convivência (intensa ou não) (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2009, p. 445).

Essa nova forma possibilita que o processo proposto pela Terapia Ocupacional possa ser ampliado. Nessa direção, coloca-se, na saúde coletiva a

construção de uma “clínica ampliada”, a busca do sujeito, e não apenas da doença, mas do território em que está inserido, ampliando o setting terapêutico, indo ao encontro do indivíduo, promovendo seu acesso aos diferentes serviços ofertados e realizando abordagens que estejam contextualizadas em sua realidade (MALFITANO, 2005).

Dessa forma, de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004) quando propõe a utilização de um modelo social de incapacidade, por sua vez:

Considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social (p. 22).

Desse modo, o foco sai da doença, e para que se efetive o trabalho da Terapia Ocupacional nesse campo social atual de cuidado em Saúde Mental, Malfitano (2005) parte do princípio que:

É necessário que haja reconhecimento do outro como interlocutor do processo e que se promova: 1. descentramento do saber do técnico para a idéia de saberes plurais diante de problemas e de questões sociais; 2. descentramento das ações da pessoa (considerada corpo / mente doente ou desviante) para o coletivo, a cultura da qual a pessoa não pode ser separada; 3. descentramento da ação: do enquadramento (setting) para os espaços de vida cotidiana; 4. descentramento do conceito de atividade como processo individual para inseri-lo na história e cultura de um grupo ou de uma pessoa (p. 5)

Com todas essas mudanças ocorrendo, a Terapia Ocupacional modificou o seu objeto, propondo, assim, um investimento na vida cotidiana da pessoa, deixando de intervir apenas na doença e nos sintomas, considerando ser por intermédio da relação com o meio que o sujeito restaura sua cidadania e dá sentido à sua vida (MÂNGIA, 2000).

Mângia (2000) expõe os desafios para a Terapia Ocupacional, nesse campo social de atendimento, a partir dos novos serviços de Saúde Mental, percebe-se, então, que há movimentos e transformações no campo da Terapia

Ocupacional em consonância com o Modelo Psicossocial de Atenção, base Política Nacional de Saúde Mental:

Para a terapia ocupacional há, assim, o desafio de repensar a reabilitação a partir da vida cotidiana, sobre o que torna as pessoas hábeis ou inábeis e sobre como desempenham sua contratualidade social. 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 (p. 31).

Com essa proposta, o terapeuta ocupacional muda o olhar sobre a Atividade, pois esta passa a ser “percebida, vivida e interpretada por cada um de seus atores (a pessoa, o terapeuta ocupacional, a família, a cultura e os valores buscados)”, exigindo uma flexibilidade do terapeuta ocupacional nas suas ações e papéis (RIBEIRO; MACHADO, 2008, p. 74).

Assim, percebe-se pelo conteúdo deste capítulo que Atividade na Terapia Ocupacional é essencial, contudo não há uma única perspectiva quanto à sua compreensão e utilização. Neste sentido, a presente pesquisa se insere como contribuição a estas reflexões no âmbito da prática na área de Saúde Mental e trataremos dela nos próximos capítulos.

CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa se insere na abordagem qualitativa, em consonância com seus objetivos. A investigação qualitativa trabalha com representações e opiniões particulares e específicas de indivíduos e grupos, sendo fenômenos de complexidade interna alta e que não podem ser descritos de forma simples e sem leis universais (MINAYO; SANCHES, 1993).

Ademais, há de se observar que o aspecto qualitativo de uma pesquisa implica em considerar como sujeito de estudo os indivíduos com suas crenças, valores e visões de mundo. Implica, ainda, considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO et al., 2000).

Este estudo está embasado na perspectiva teórico-metodológica da Psicologia Sócio-Histórica, que se sustenta principalmente nas ideias de Vigotski. Esta abordagem tem uma concepção histórico-dialética de homem, inaugurando uma nova perspectiva para a Psicologia, na Rússia, no final do século XIX e início do século XX, voltada para a superação de concepções fundamentadas no empirismo, no individualismo e na naturalização da psique humana. Vigotski leva em consideração, sobretudo, que a natureza influencia o homem, mas que esse pode agir sobre essa natureza criando novas condições para sua existência.

Assim, segundo FREITAS (2002), os estudos com abordagem qualitativa e com o olhar da perspectiva sócio-histórica, “ao valorizarem os aspectos descritivos e as percepções pessoais, devem focalizar o particular como instância da totalidade social, procurando compreender os sujeitos envolvidos e, por seu intermédio, compreender também o contexto” (p. 26). Pois “o homem é um ser ativo, social e histórico” (AGUIAR, 2001, p. 100).

Vigotski (1987) considera o método fundamental no processo de investigação, devendo ser adequado ao objeto estudado. O objeto e o método de investigação estão interligados. Dessa forma, como o autor considera que o comportamento humano está vinculado ao desenvolvimento histórico da humanidade, o método para seu estudo tem que ser histórico.

O estudo histórico significa a utilização da categoria de desenvolvimento na investigação dos fenômenos. Estudar algo

historicamente quer dizer estudá-lo em movimento. Esta é a exigência fundamental do método dialético. Abarcar na investigação o processo de desenvolvimento de alguma coisa em todas suas fases e mudanças é o que significa em essência descobrir sua natureza, descobrir sua essência, já que “só em movimento o corpo mostra o que é” (VIGOTSKI, 1987, p. 74)

No processo de investigação nesta perspectiva, a linguagem aparece como mediadora privilegiada, pois permite entrar em relação com os sujeitos da pesquisa e, por meio dela, conhecer suas necessidades, emoções e motivos. Ela é a expressão prática do pensamento, portanto da singularidade dos sujeitos, ao mesmo tempo em que contém os signos sociais, sendo expressão do conhecimento histórico acumulado na sociedade.

A palavra com significado é, para Vigotski (1998), a unidade de análise privilegiada por ser a parte que revela a totalidade da subjetividade, sendo a partícula que melhor contém as propriedades do todo, apesar de que não há uma relação permanente entre palavras e significados, pois ela depende do contexto sociocultural.

As palavras desempenham um papel central não só no desenvolvimento do pensamento, mas também na evolução histórica da consciência como um todo. Uma palavra é um microcosmo da consciência humana (VIGOTSKI, 1998, p.190).

Os significados são constituídos socialmente, revelando um conjunto de valores morais, ideias consensuais, desenvolvidos historicamente; são formações dinâmicas. Se os significados das palavras se alteram, a relação entre o pensamento e a palavra também se modifica, caracterizando-se, portanto, como um processo. O pensamento não é expresso somente por palavras, mas passa a existir por meio delas; contudo é acompanhado de outras formas de expressão, como as faciais, gestos, entonação, que complementam a significação das palavras.

Os significados das palavras, contudo, não são estáticos. Pelo contrário, são dinâmicos e se desenvolvem. Com isso, modificam também a relação do pensamento com a palavra. Nesse sentido, toda essa relação que tem como elemento mediador a palavra carregada de significado, configura-se como um processo dinâmico, em pleno desenvolvimento. (AGUIAR; SOARES, 2008, p. 223-224)

Segundo Vigotski (1998), os significados das palavras são enriquecidos pelos sentidos, a partir do contexto. O sentido depende do contexto, portanto, é mais flexível do que o significado, o qual mantém uma característica mais estável por seu caráter de expressão do pensamento coletivo. Ambos mantêm-se em permanente relação.

Sentido pessoal, para Vigostki (1998), refere-se à forma como o sujeito é afetado pelos significados. Os sentidos são transmitidos através das palavras, que expressam o pensamento, o qual só poderá ser compreendido a partir de sua base afetivo-volitiva.

Por fim, considera-se que a categoria significado é pertinente para a compreensão de como a Terapia Ocupacional lida com a categoria atividade. No presente trabalho, propõe-se a análise do significado sem a pretensão de aprofundamento que chegue aos sentidos, visto não tratar-se de um estudo psicológico, embora utilize como base teórico-metodológica a proposta histórico-dialética da Psicologia Sócio-Histórica.

3.1 Procedimentos de coleta de dados

Para a pesquisa de campo foi utilizada a técnica de entrevista aberta para a coleta de dados, a qual se constitui como um rico instrumento que permite acesso aos processos psíquicos que interessam para a pesquisa, particularmente os significados.

Ribeiro (2008, p.141) conceitua a entrevista como:

A técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores.

Complementa Freitas (2002), “na entrevista é o sujeito que se expressa, mas sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social” (p. 29).

Para contatar pessoas para realizar as entrevistas, inicialmente, a pesquisadora foi até os municípios da Direção Regional de Saúde (DRS) de Bauru,

nos quais existem serviços de Saúde Mental com inserção de terapeuta ocupacional, conforme levantamento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (Apêndice A). Nessas cidades, foi explicado aos coordenadores de serviços e secretários municipais de saúde sobre os objetivos da pesquisa e forma de execução da mesma, deixando nos locais uma carta solicitando autorização para realização da pesquisa (Apêndice B). Após a análise dos coordenadores e secretários, os mesmos entraram em contato com a pesquisadora, disponibilizando a carta de autorização assinada. Dos 19 locais de Saúde Mental da DRS de Bauru que possuem terapeutas ocupacionais, 13 autorizaram a pesquisa.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, foi dado início às entrevistas. Para tanto, a pesquisadora ligou nos locais que autorizaram a pesquisa e agendou um horário de acordo com a disponibilidade do local. Iniciou-se o contato pelos serviços de uma mesma cidade, a qual contava com serviços de diversos níveis de atenção em saúde mental; logo após, dirigindo-se a serviços de outra cidade, ocorrendo, sucessivamente, até a avaliação de momento de saturação. Nesse procedimento, chegou-se a realizar entrevistas nos serviços de duas cidades.

Primeiramente, foi realizada entrevista com o terapeuta ocupacional e o coordenador de cada local, em que os mesmos escolhiam aleatoriamente um profissional da equipe disponível no momento, e pacientes, que tivessem condições cognitivas e que aceitassem participar da entrevista.

Antes de iniciar propriamente a entrevista, a pesquisadora fez um primeiro contato com o entrevistado, explicando os motivos de estar ali, a necessidade do uso do gravador, os objetivos da pesquisa, o anonimato do participante, entre outras questões de esclarecimentos sobre a pesquisa.

Caso o entrevistado aceitasse participar da pesquisa, procedia, assim, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e a pesquisadora fornecia algumas informações para a caracterização do mesmo, como: para os pacientes, há quanto tempo participava dos atendimentos de terapia ocupacional; para os terapeutas ocupacionais, profissionais da equipe e os coordenadores, local de formação da graduação e nível educacional.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável, individualmente, em um único encontro, com cada entrevistado. As salas foram reservadas e dispostas pelas instituições, em horário e dia previamente agendados. O período de entrevistas foi de julho a setembro de 2013 e, em média, duraram de

vinte minutos a uma hora e meia. Os depoimentos foram gravados e transcritos integralmente pela própria entrevistadora, logo após as entrevistas terem sido encerradas.

A entrevista aberta partiu de uma pergunta base, sendo: “*O que é a Atividade no seu trabalho de terapeuta ocupacional?*” para os terapeutas ocupacionais; “*O que significa para você estar fazendo Atividade no seu tratamento?*”, para os pacientes; e “*Qual é o significado do atendimento de terapia ocupacional para você?*” para os profissionais que compõem a equipe e coordenadores de serviço. As entrevistas encontram-se na íntegra em Apêndice (Apêndice D).

A quantidade de entrevistados foi delimitada pelo critério de saturação² de conteúdo à medida que as entrevistas foram ocorrendo, não havendo, portanto, definição de quantidade à priori. Houve apenas a definição de incluir sujeitos de tipos diversos de serviços de Saúde Mental. Considerou-se, como momento de saturação, a observação de repetição dos conteúdos das entrevistas.

3.2 Sujeitos da pesquisa de campo

Neste estudo, para a apreensão do significado de Atividade na Terapia Ocupacional na área de Saúde Mental, optou-se por incorporar diversos atores dos processos.

Foram realizadas entrevistas em seis serviços, localizados em duas cidades da região escolhida, totalizando 29 (vinte e nove) entrevistas realizadas, assim distribuídas: 7 (sete) terapeutas ocupacionais; 6 (seis) profissionais de equipe; 11 (onze) pacientes e 5 (cinco) coordenadores de serviços. Os seis serviços de saúde estão classificados como: um hospital psiquiátrico, um CAPS Infantil, um CAPS AD, um CAPS I, um Ambulatório de Saúde Mental e uma Residência Terapêutica. Em cada um dos locais, foram entrevistados: terapeuta ocupacional, pacientes, profissional que compunha a equipe e o coordenador do local. Com exceção do CAPS infantil, onde se optou por não realizar entrevistas com pacientes, pois exigiria autorização dos pais e acompanhamento dos mesmos para as

² Critério de saturação: é o instrumento epistemológico que determina quando as observações deixam de ser necessárias, pois nenhum novo elemento permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado (CHERQUES, 1990)

entrevistas, não sendo considerado essencial dentro dos objetivos e intuítos deste trabalho.

No quadro, abaixo, apresenta-se a caracterização dos entrevistados. Os mesmos serão identificados pelo código constante na tabela no capítulo que apresenta a análise dos dados.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados

Sujeito	Serviço de Saúde	Características
TO ³ 1	CAPS I	- Graduação Faculdades Salesianas de Lins
TO 2	CAPSi	- Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Especialização em Saúde Pública - Mestrado em Ciências da Saúde
TO 3	CAPS ad	- Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Especialização em Saúde Pública - Aprimoramento em Dependência Química - Pós-graduação em Fisiologia do Exercício
TO 4	ASM	- Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Especialização em Acupuntura
TO 5	RT	- Graduação Faculdades Salesianas de Lins
TO 6	HP	- Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Especialização em Dependência Química - Especialização em Saúde Mental
TO 7	HP	- Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Pós-Graduação em Saúde Mental
PACIENTE 1	CAPS I	- há um ano em atendimento de terapia ocupacional
PACIENTE 2	CAPS I	- há três anos em atendimento em terapia ocupacional
PACIENTE 3	CAPS I	- há dois anos em atendimento em terapia ocupacional
PACIENTE 4	CAPS I	- há seis meses em atendimento em terapia ocupacional
PACIENTE 5	CAPSad	- há dois em atendimento de terapia ocupacional
PACIENTE 6	CAPSad	- há três anos em atendimento de terapia ocupacional
PACIENTE 7	CAPSad	- há um ano em atendimento de terapia ocupacional
PACIENTE 8	ASM	- há três anos em atendimento de terapia ocupacional
PACIENTE 9	RT	- há dezoito anos em atendimento de terapia ocupacional
PACIENTE 10	HP	- há dez anos em atendimento de terapia ocupacional
PACIENTE 11	HP	- há cinco anos em atendimento de terapia ocupacional
PROFISSIONAL 1	CAPS I	- Enfermeira - Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Especialista em Saúde Pública
PROFISSIONAL 2	CAPS I	- Monitora de Terapia Ocupacional

³ TO = Terapeuta Ocupacional; CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; HP = Hospital Psiquiátrico; ASM = Ambulatório de Saúde Mental; RT = Residência Terapêutica

Sujeito	Serviço de Saúde	Características
PROFISSIONAL 3	CAPSi	- Psicólogo - Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Pós-Graduação em Saúde Mental
PROFISSIONAL 4	CAPSad	- Psicólogo - Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Aprimoramento em Dependência Química
PROFISSIONAL 5	ASM/RT	- Assistente Social - Graduação na UNILINS
PROFISSIONAL 6	HP	- Psicóloga - Graduação na Universidade Sagrado Coração de Bauru - Pós-Graduação em Saúde Mental
COORDENADOR 1	CAPS I	- Psicóloga - Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Pós-Graduação em Dependência Química
COORDENADOR 2	CAPSi	- Terapeuta Ocupacional - Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Pós-Graduação em Dependência Química
COORDENADOR 3	CAPSad	- Assistente Social - Graduação UNILINS - Capacitação em Dependência Química
COORDENADOR 4	ASM/RT	- Assistente Social - Graduação UNILINS - Especialização em Saúde Pública - Especialização em Saúde Mental
COORDENADOR 5	HP	- Fisioterapeuta - Graduação Faculdades Salesianas de Lins - Pós-Graduação Hospitalar - Especialização em Dependência Química

Na Residência Terapêutica, os profissionais que compõe a equipe de referência são os mesmos do Ambulatório de Saúde Mental, com exceção do terapeuta ocupacional em que aparecem dois, um para cada serviço.

Uma característica dos terapeutas ocupacionais, que chamou a atenção, é que todos tiveram sua graduação concluída na mesma Faculdade, que seria a Faculdade Salesianas de Lins.

3.3 Análise dos dados

A análise dos dados está embasada na abordagem sócio-histórica e busca uma associação dos resultados com as concepções contidas na literatura.

O pensamento tem estrutura diferente da fala, há um processo de transição do pensamento para a palavra que passa pelo significado; por isso, a fala nunca expressa o pensamento em sua totalidade, sempre há uma parte oculta, a que Vigotsky chama de subtexto. É na análise que poderemos compreender a tendência afetivo-volitiva do pensamento, o subtexto da fala.

Após a transcrição de todo o material gravado, procedeu-se a análise, na qual foram feitas várias leituras sistematizadas e cuidadosas desse material transcrito, para um melhor conhecimento, aprofundamento e familiarização com o conteúdo. A partir dessas leituras, foi possível destacar as palavras e/ou expressões que tenham sentido para a pesquisa, sendo uma aglutinação de conteúdos. Essas palavras podem ser chamadas de pré-indicadores. Como conceituam Aguiar e Ozella (2006, p. 230):

Essas leituras nos permitem destacar e organizar o que chamaríamos de pré-indicadores para a construção dos núcleos futuros. Irão emergindo temas os mais diversos, caracterizados por maior frequência (pela sua repetição ou reiteração), pela importância enfatizada nas falas dos informantes, pela carga emocional presente, pelas ambivalências ou contradições, pelas insinuações não concretizadas, etc.

São esses pré-indicadores que permitem chegar aos possíveis núcleos de significação. Os núcleos devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que envolvam emocionalmente, que revelem as suas determinações constitutivas. Assim, o procedimento feito consegue explicitar semelhanças e/ou contradições que vão novamente revelar o movimento dos sujeitos e os significados apreendidos (AGUIAR; OZELLA, 2006).

Após o processo anteriormente relatado, realizou-se uma análise da articulação em cada núcleo e entre os núcleos de significação, conforme Aguiar e Ozella (2006).

Em geral, esse procedimento explicitará semelhanças e/ou contradições que vão novamente revelar o movimento do sujeito. Tais contradições não necessariamente estão manifestas na aparência do discurso, sendo apreendidas a partir da análise do pesquisador. Do mesmo modo, o processo de análise não deve ser restrito à fala do informante, ela deve ser articulada (e aqui se amplia o processo interpretativo do investigador) com o contexto social, político, econômico, em síntese, histórico, que permite acesso à

compreensão do sujeito na sua totalidade (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 231).

Portanto, o processo de análise não foi restrito somente à fala de cada informante, mas sim, ao conjunto dos conteúdos das entrevistas, articulado com o contexto social, político e histórico.

3.4 Aspectos éticos

A principal questão ética dessa pesquisa refere-se à garantia de anonimato dos entrevistados, que deverá ocorrer em todas as publicações decorrentes da mesma, sendo compromisso assumido pela aluna pesquisadora e sua professora orientadora.

A presente pesquisa, assim como sua execução, foi formalmente autorizada pelos gestores das instituições nas quais se fez contato com os possíveis entrevistados – profissionais e pacientes – mediante assinatura de carta de autorização do local de trabalho ou atendimento. Além de informações sobre a pesquisa, consta, na carta, que a identidade da instituição pesquisada será mantida em sigilo nas publicações e apresentações de trabalhos dela decorrentes.

Antes de participar da entrevista que foi utilizada neste estudo, cada participante assinou espontaneamente o TCLE (Apêndice C), no qual estão explicitados os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato da identidade dos participantes e a forma de utilização dos dados provenientes da investigação. O Termo de Consentimento foi apresentado em duas vias, ficando uma em posse do participante da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Este projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/Unesp e sua execução foi iniciada somente após parecer favorável do mesmo, cujo número do processo é CAAE: 14312913.3.0000.5411.

CAPÍTULO 4 – SIGNIFICADOS DE ATIVIDADE NA TERAPIA OCUPACIONAL

A análise das entrevistas revela que a forma com que os sujeitos da pesquisa veem o significado de atividade na Terapia Ocupacional pode ser caracterizada pela maneira com que objetiva a atividade no atendimento e a partir de resultados da mesma, não falando o que ela é, mas sim, o que ela permite ou o que se consegue por meio dela nos atendimentos.

Apresenta-se, neste capítulo, determinada análise sob duas dimensões: os núcleos de significação que emergiram da análise do conjunto das entrevistas e a atividade do terapeuta ocupacional, nuance que emergiu da análise dos dados.

4.1 Núcleos de Significação

A análise partiu das entrevistas com os terapeutas ocupacionais indicando as principais unidades temáticas e seus núcleos de significação, que se revelaram coincidentes com significados reconhecidos nas falas de coordenadores e profissionais das equipes, bem como dos pacientes.

Na análise global, os temas foram categorizados em três grupos temáticos, com diversos núcleos de significação, conforme apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Núcleos de Significação

UNIDADES TEMÁTICAS	NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO
A – Objetivo da Atividade	a.1) Aproximando-se do sujeito: conhecer e avaliar a.2) Medicação: a atividade como recurso de tratamento a.3) Ocupação: a ação útil a.4) Regras e limites: adaptação ou inclusão a.5) “Atividade de emergência”, apagando os incêndios
B – Identidade da Atividade	b.1) Escolhas enquadradas: os tipos de Atividade b.2) Singularidade da Atividade: entre a intenção e o gesto b.3) Atividade como processo
C – Potência da Atividade	c.1) Interação, expressando-se pela atividade c.2) Construção do cotidiano: uma nova história c.3) A vida como um troféu c.4) Agente na própria vida

A seguir será apresentado e discutido cada um dos núcleos de significação.

A – Objetivo da atividade: o imediato da ação

É possível perceber nas falas dos entrevistados o uso da Atividade para explicar o trabalho realizado na terapia e o resultado do mesmo. A Atividade é significada pelo seu objetivo imediato, podendo ser variados, dependendo da finalidade do uso de determinada atividade.

a.1) Aproximando-se do sujeito: conhecer e avaliar

A atividade é vista dentro do processo terapêutico como uma possibilidade para o profissional conhecer e avaliar o paciente. Assim, como cada pessoa tem uma história própria, sua experiência durante a atividade também se representará de uma forma singular. Dessa forma, o profissional tem a possibilidade de tal conhecimento e avaliação do sujeito, assistindo ao mesmo na sua subjetividade de ação; tendo a possibilidade de avaliar a evolução do paciente, permitindo melhora ou piora da sua evolução.

“[...] na parte social você usa a atividade tanto para avaliar como para tratar o paciente. Então ela tem uma ampla finalidade. Ela pode ser utilizada para diversos aspectos: avaliação, tratamento, acompanhamento da evolução terapêutica [...] ela é usada, como no caso de uma criança aqui, a gente usa a atividade para tudo mesmo. Tanto para avaliar quando você ainda não conhece a criança em um primeiro momento, você senta com a criança, usa de uma forma lúdica, interativa, ver como ela reage, como ela utiliza a atividade [...]” (Terapeuta Ocupacional 2, CAPSi).

“[...] através das atividades o terapeuta ocupacional consegue colher dados muito importantes para poder ver qual atividade seria boa para esse paciente [...] o que precisa ser trabalhado [...] durante as atividades, durante os trabalhos, você percebe a evolução [...]” (Coordenador 1, CAPS I).

“[...] ele faz uma atividade que não sai muito bem na primeira vez, na segunda vez ele já consegue obter uma melhora [...] e

aí conseguimos ver a melhora do paciente por meio da evolução do fazer [...] (Coordenador 2, CAPSi).

“[...] através das atividades que o terapeuta ocupacional propõe, ele vai percebendo o paciente, pelas mudanças de atividades e vai passando para a equipe o que ele achou, o que pode ser melhorado. O que cada um pode ir ajudando [...] até a questão da medicação ele consegue nos ajudar [...]” (Coordenador 3, CAPSad).

“[...] por exemplo, você dá um desenho para o paciente pintar e aí durante todo o fazer o terapeuta ocupacional consegue perceber como esse paciente está, as cores que está usando, carregando, se apresenta uma emoção mais forte, se ele está conseguindo ficar ali fazendo atividade [...] através das atividades, o terapeuta ocupacional consegue ver tudo aquilo que está afligindo o paciente e que estava escondido, os pontos mais críticos da doença dele [...]” (Coordenador 4, ASM/RT).

“[...] conforme eles vão trabalhando durante as atividades, você vai vendo o crescimento deles, pouco a pouco, porque o trabalho também vai evoluindo [...]” (Profissional 2, CAPS I).

Assim, a Atividade é considerada como um meio para conhecer os sujeitos, que se revelam pelo fazer.

a.2) Medicação: a atividade como recurso de tratamento

A Atividade é também comparada como uma medicação, algo que contrapõe aos sintomas, visando melhora ou “cura”.

Esta concepção retoma, na Terapia Ocupacional, o modelo positivista, apresentado em um período marcado pela necessidade da Terapia Ocupacional de provar a eficiência do uso da atividade, a qual embasou grande parte do desenvolvimento do estudo da atividade relacionada à patologia, um meio para atingir uma meta específica, estando voltada para a correção de uma patologia ou disfunção.

“[...] eu acredito que a atividade é um meio para atingir um fim, que seria a recuperação do paciente, a melhora no sentido tanto psicológico, como psicomotor [...]” (Terapeuta Ocupacional 2, CAPSi).

“[...] a atividade em todos os casos diminui a ansiedade dos nossos pacientes [...]” (Terapeuta Ocupacional 5, RT).

“[...] para nós em terapia ocupacional, nós estudamos que a atividade é o terceiro termo de uma relação triádica, nosso equipamento de trabalho e a gente usa ela como um recurso terapêutico para estar tratando o paciente [...]” (Coordenador 2, CAPSi).

Nas falas de pacientes, as formas com que utilizam da Atividade – para a supressão de sintomas e dificuldades – aparecem com maior clareza, como se realmente tomassem uma medicação para alívio da dor.

“[...] as atividades me aliviam com o pensamento da droga bastante, pois às vezes eu sentia vontade, eu não vinha para cá e acabava usando. Agora quando dá vontade, eu penso preciso ir para o CAPS fazer atividades, então eu venho, mesmo quando não é o meu dia de vir [...] aí eu faço alguma atividade e já passa essa sensação [...]” (Paciente 6, CAPSad).

“[...] a gente conversa, a gente faz artesanato, então a gente está tendo um aprendizado e você começa a trabalhar a mente e esquece das drogas. A atividade consegue aliviar muito [...]” (Paciente, 3, CAPSad).

“[...] quando eu estou aqui eu me sinto bem, mas só eu sair daqui volta todos os pensamentos novamente. No grupo melhora minha auto-estima, paciência, vontade até um pouquinho de viver. Mas é só eu sair que todos os pensamentos estão voltando. Antes eu conseguia levar para fora daqui, agora não mais [...]” (Paciente 8, ASM).

a.3) Ocupação: a ação útil

Outro objetivo da Atividade que é tomado para significá-la é o “ocupar”. O objetivo seria tirar o paciente do ócio tornando-o útil.

“[...] todas essas atividades os mantêm ocupados, pois se não eles vão ficar dia e noite sem fazer nada [...]” (Terapeuta Ocupacional 5, RT).

Esse significado remete ao do senso comum, que se relaciona com os valores da sociedade capitalista, o qual também é encontrado entre profissionais de saúde, a visão de que a “terapia ocupacional ‘ocupa’ os pacientes e os coloca para

trabalhar”, como revelado em outros estudos (PEREIRINHA; BIANCHIN; CARVALHO, 2011, p. 12).

Por outro lado, a ocupação não pode ser considerada somente com uma conotação pejorativa, visto que as ocupações são de extrema importância quando pensadas na forma de tirar o sujeito de um estado de imobilidade passiva, recuperando a sua possibilidade de agir. Como aponta Almeida (1996), “através dessas ações que [o homem] se transforma e cria sua própria existência (p. 96).

A dimensão de estar ocupado pode ser positiva para o sujeito, desde que apresente características que permitam dar sentido a essa ocupação para aquele que a realiza, não existindo a anulação da sua singularidade, ou seja, não realizando ocupações esvaziadas de sentido e significado para o mesmo, pois uma ocupação que possibilite ao sujeito se sentir útil, saindo de um estado de passividade, mostra-se de extrema importância para o trabalho do terapeuta ocupacional. O sujeito precisa estar ativo em seu processo de desenvolvimento.

[...] assim eu acredito que os nossos atendimentos podem trazer diversos benefícios para os pacientes em psiquiatria [...] tornar os pacientes ocupados e úteis [...] então além de ocupar o tempo, ela é uma coisa prazerosa, porque eles gostam de fazer, não é só por obrigação [...] (Terapeuta Ocupacional 4, ASM).

A fala de alguns pacientes nos remete ao uso da ocupação do senso comum, quando pensamos: “cabeça vazia oficina do diabo”, “quem trabalha não tem tempo para caraminholas”. Provérbios muito utilizados para se referir à falta de ocupação, o que permite o aparecimento de pensamentos ruins, onde o ficar sem fazer nada era visto com ameaçador da moral (CONSTANTINIDIS, 2012)

[...] quando eu não venho aqui, eu sinto mal e sinto falta de algumas coisas, mas quando eu venho, me sinto melhor, minha cabeça fica ocupada [...] (Paciente 3, CAPSad)

[...] para mim o atendimento de terapia ocupacional ocupa a minha mente e eu aprendo mais coisas né? Porque quando eu não venho aqui, eu sinto mal e sinto falta de algumas coisas, mas quando eu venho, me sinto melhor, minha cabeça fica ocupada [...] eu tenho que começar a fazer as atividades em casa [...]pois eu gosto muito e assim vou ocupar mais minha cabeça ainda para não pensar nas drogas, principalmente a noite [...] (Paciente 5, CAPSad).

“[...] atividade melhora a minha cabeça, em casa eu fico sem fazer nada me sinto triste, aqui eu sempre estou ocupado então nem penso em coisas ruins. Ajuda a distrair um pouco, conhecer pessoas novas, assim eu me sinto bem [...]” (Paciente 2, CAPS I).

Há, também, a conotação de ser útil por estar desenvolvendo alguma atividade.

“[...] durante todas essas atividades eu me sinto melhor, não penso bobeira e esqueço algumas coisas. Me sinto muito útil, pois todos precisam de mim [...]” (Paciente 9, RT).

“[...] eu até passo roupa para alguns pacientes aqui e ganho um dinheirinho, aí eu compro tudo em roupa para mim. Ontem mesmo eu fui com a terapeuta na cidade comprar roupa [...] não gosto de ficar parada, fico mal, muito mal. Por isso sempre to fazendo alguma coisa. Eu aprendi tudo aqui dentro com a terapeuta [...]” (Paciente 11, HP).

a.4) Regras e limites: adaptação ou inclusão

A Atividade, como meio de desenvolvimento de limites e aprendizado de regras, remete ao uso da ocupação imposta aos pacientes, como era utilizado dentro dos hospitais psiquiátricos, supostamente em períodos remotos, com o objetivo disciplinador, por meio de ocupações alheias de significados para o sujeito, com sentido apenas para as instituições que as utilizavam. As ocupações eram prescritas e orientadas pelos médicos, buscando uma conduta adaptada ao social em contraposição ao comportamento antissocial do doente.

Por outro lado, apesar desse significado retomar a atividade no sentido de submissão e enquadramento, limitando a expressão da subjetividade, quando se considera os parâmetros atuais de inclusão social da pessoa com transtorno mental, da volta do paciente à sociedade de forma ativa e positiva, é necessário considerar que estabelecer regras e limites no aprendizado dos pacientes é uma forma de levá-los a uma melhor “adequação” social. Comportar-se dentro das regras dos grupos sociais é uma competência requerida para a inserção social, pois se torna inviável

viver em sociedade sem conseguir respeitar as ordens e regras impostas pela mesma.

“[...] o terapeuta ocupacional consegue trabalhar durante as atividades a questão da personalidade e do comportamento, responsabilidade, regras e limite, coisas que eles perdem. Pois durante as atividades, você precisa respeitar algumas regras, precisa estar concentrado, esperar sua vez, dividir materiais, pois o dependente perde tudo isso com o tempo [...]” (Coordenador 3, CAPSad).

“[...] através das atividades trabalhamos a questão de limites, pois tem paciente que não tem limite, paciente que não consegue desenvolver, que não interage. Então você trabalhando com o grupo impondo limites, regras, você consegue ver a evolução. Tinha paciente que chegava e se jogava no chão, hoje ele consegue interagir com o grupo. Está afetivo, está adequado, participa das atividades, nunca tinha feito nada [...]” (Terapeuta Ocupacional 1, CAPS I).

a.5) “Atividade de emergência”, apagando os incêndios

A emergência da Atividade aparece no sentido de percepção das necessidades do sujeito em cada momento, em cada situação específica, estando contextualizado pelo momento que cada paciente e, ou instituição estão passando. A emergência aparece da necessidade de desenvolvimento de atividades que recuperem a hominização dos pacientes, por exemplo, como aponta a TO 7 remetendo-se a uma situação em hospital psiquiátrico.

“[...] a gente é terapeuta ocupacional bombeiro, vai apagando os incêndios, assim tuf, tuf, tuf [...] agora então vamos nos organizar dentro do que tem [...] eu trabalhava simplesmente o básico, vamos sentar para comer, vamos vestir o sapato, vamos ficar de roupa. Então a atividade da terapia ocupacional naquela época era isso só, era fazer ele entender que ele precisava usar um sapato para se proteger, para ficar mais confortável, fazer o paciente comer melhor sentado do que agachado, usar um talher ao invés de comer com as mãos. Era essa atividade que tinha na época, era de emergência [...]” (Terapeuta Ocupacional 7, HP).

De acordo com o fragmento, pode-se deduzir a ideia de uma atividade mais simplista, quando colocada nas falas de alguns terapeutas ocupacionais. No entanto, é possível perceber a forma com que o terapeuta contextualiza o seu uso, pois, como seria possível propor outro tipo de atividade para esses pacientes, sem que ao menos eles conseguissem se vestir e comer com as mãos de forma civilizada. Aí está a necessidade do olhar do terapeuta perante a situação em que se encontra o sujeito.

[...] Dentro da Residência Terapêutica é imprescindível as atividades de vida diária. Então cada um lava a sua roupa, arruma a sua cama, limpa seu quarto [...] (Terapeuta Ocupacional 5, ASM).

“[...] é através das atividades que a gente consegue proporcionar uma reestruturação com o morador [...] eu procuro trabalhar atividades de AVD e de vida prática, porque os pacientes vão à cidade, fazer compras, almoçar fora [...] a gente utiliza da atividade para facilitar o cotidiano dele, na vida do dia-a-dia [...]” (Terapeuta Ocupacional 6, HP).

“[...] no caso da terapia ocupacional na minha unidade de psiquiatria com pacientes com uma dependência maior. Então o trabalho desse profissional é bem voltado para a prática do dia-a-dia ali, dos cuidados pessoas, adaptação dele nas atividades [...] então desde os cuidados com o banho, o uso individual dos seus materiais de higiene pessoal, treino desde a atividade de escovação, de orientação, de estar bem cuidado [...] até treino de habilidades manuais [...]” (Profissional 6, HP).

É possível perceber nessas falas as diferentes formas de se utilizar a atividade de acordo com o contexto em que se encontra o paciente ou mesmo o local de atendimento. Priorizando as necessidades individuais de cada um que realiza determinada atividade.

B – Identidade da Atividade

Os entrevistados em suas falas significam a Atividade também pelas suas características, que lhe dão identidade.

b.1) Escolhas enquadradas: os tipos de atividade

Os entrevistados referem-se à Atividade a partir das variadas formas utilizadas no cotidiano de terapia ocupacional, existindo um arsenal de possibilidades.

Na Terapia Ocupacional, oferecer um conjunto de atividades como possibilidades ao paciente é uma maneira positiva de fazer com que ele faça escolhas, remetendo-o a uma posição ativa, além de tornar a atividade como ação motivada e consciente. Faz parte do atendimento, portanto, a escolha da atividade a ser realizada, de forma conjunta, terapeuta e paciente.

As atividades escolhidas dentro dessa relação podem ter significados diversificados para os pacientes, como, por exemplo, de realização pessoal, prazer, função social, fonte de sociabilização. Em algumas falas, é possível observar os diferentes tipos de atividades que se encontram nas práticas do trabalho terapêutico.

“[...] então eles desenvolvem vários tipos de atividades, atividades artísticas, artesanais, esportivas, de lazer, são uma bateria de atividades [...]” (Terapeuta Ocupacional 1, CAPS I).

“[...] atividade pode ser lúdica, expressiva, uma atividade social, recreativa, então ela tem uma ampla finalidade [...]” (Terapeuta Ocupacional 2, CAPSi).

“[...] então o trabalho desse profissional é bem voltado para a prática do dia-a-dia, dos cuidados pessoais, adaptação dele nas atividades...desde os cuidados do banho, o uso individual dos seus materiais de higiene pessoal, treino, desde a atividade de escovação, de orientação, de estar bem cuidado...até treino de habilidade [...]” (Profissional 6, HP).

Pelas falas dos entrevistados que trazem essa abordagem, que não se encontrou para nenhum dos pacientes, pode-se, também, perceber que os tipos de atividades fazem parte de um rol pré-determinado, deixando as escolhas do paciente sempre limitadas ao espectro do cardápio ofertado.

b.2) Singularidade da atividade: entre intenção e gesto

A singularidade da atividade, que deve estar de acordo com cada sujeito que a realiza, é referida como tendo uma importância fundamental nos atendimentos em terapia ocupacional. Contudo, parece que não é isso que ocorre em alguns momentos da prática, devido à inflexibilidade das regras institucionais que vão impedir o respeito à singularidade na realização de atividades.

No passado, o uso da ocupação não tinha caráter individual, mas eram escolhidas de acordo com os objetivos da própria instituição, para seu benefício próprio. As atividades não tinham significado nenhum para com os pacientes. Houve um trabalho que se denominou, trabalho em série, em que uma mesma atividade passaria por diferentes pacientes, sem que nenhum deles sabia o que estava sendo realizado e nem conheciam as outras fases do processo.

Tal trabalho fazia com que as atividades realizadas eram tidas como atividades alienadas de sentido e afeto para quem as realizava. Mas essa falta de singularidade pode ser afetada pela própria imposição de regras das instituições, como:

“[...] ele [o paciente] tem que cumprir essa rotina [da instituição] e ele tem a própria rotina dele que é a lentidão ao acordar, vontade de ficar um pouco mais na cama, a vontade de não fazer mais aquilo [...]” (Terapeuta Ocupacional 7, HP).

Na fala da terapeuta ocupacional 7 (sete), a individualidade do paciente aparece, no entanto, ela é impedida pela rotina imposta da instituição, na qual propõe uma rotina a ser seguida e respeitada, indiferente da vontade do paciente. Na fala a seguir, de um terapeuta ocupacional, esse empecilho também aparece.

“[...] hoje de manhã até conversando com a psicóloga da unidade, eu questionei: Mas olha hoje está muito frio né? Por que necessariamente tem que tirá-los da cama as sete horas da manhã, vamos tirar da cama aqueles que estão realmente sujos. O xixadinho. Eles vão ter o dia todo para fazer as tarefas, pois aqui é a casa deles. Porque se eu tiver um cuidador e o meu cuidador me levantar as sete da manhã num dia desses, com muito frio e chuva. Não vou gostar nenhum pouco. Então por que??? Por que ele não pode tomar banho às

dez horas, meio dia, as quatorze horas?? Tem que ser aquela coisa mecânica [...] (Terapeuta Ocupacional 6, HP).

Não dá para escolher, em algumas situações, qual atividade dentro dos grupos o paciente pode realizar, imagine se pudesse escolher o momento de sair da cama, a hora de comer, de tomar banho. Dentro da rotina da instituição, onde os horários são apertados e as regras claras, a singularidade do paciente acaba realmente sendo perdida.

No entanto, em falas de terapeutas ocupacionais subsequentes, não aparece as barreiras da instituição, a contradição é do próprio terapeuta.

[...] eu acho que o atendimento de terapia ocupacional deve ser um atendimento totalmente singular, eu, o paciente e a atividade, então, assim que tento ajudar esse paciente a direcionar seu cotidiano [...] cada atividade tem que ser específica para cada um [...] (Terapeuta Ocupacional 4, ASM).

Nesta fala, a profissional relata a importância do atendimento “totalmente singular”, mas, em seguida, usa a palavra “direcionar”. O que nos traz um sentido de poder, de imposição, de condução por uma única pessoa sobre a outra, não havendo a possibilidade de compartilhamento e nem de escolhas para que o singular apareça. Em outra fala:

“Fazemos atividades de ressocialização, toda quinta, a gente passa a tarde na lanchonete, então é aquele momento que eles comem alguma coisa diferente [...] além de ser boa para cada tipo de paciente. Cada atividade tem que ser específica para cada um [...]” (Terapeuta Ocupacional 5, RT).

Apesar de o terapeuta ocupacional colocar que cada atividade precisa ser específica para cada um, ou seja, singular, e fala de uma atividade, com caráter ressocializante, mas que acontece “todas” as quintas em um mesmo local. Porém, no fragmento abaixo, a profissional refere-se a uma escolha compartilhada, sem imposição de regras e repetições

[...] eu como terapeuta ocupacional tenho que tentar que durante as atividades escolhidas com cada paciente eu tenho que pensar nisso tudo, qual delas que vai trazer benefício para esse paciente [...]” (Terapeuta Ocupacional 5, RT).

b.3) Atividade como processo

A atividade como um processo dinâmico, cuja finalidade não é o produto final em si, mas sim, o processo de criação e produção. Atividade é o fazer.

“[...] não existe apenas uma valorização do produto final, mas durante todo o fazer aquela atividade, todo o processo de aprendizagem durante sua realização [...]” (Terapeuta Ocupacional 4, ASM).

“[...] atividade é um recurso dinâmico [...]” (Terapeuta Ocupacional 4, ASM)

Dentro da terapia ocupacional, quando se afirma que a atividade é dinâmica, significa que “na relação terapêutica o terapeuta e o paciente ocupam posições diferentes ao fazer” (PIBAROT, 2000, p. 9). Ou seja, os dois fazem, mas cada um contribui do seu jeito. Portanto, a atividade não é estática, mas permanece em constante movimento, permitindo uma infinidade de possibilidades para a sua realização, dependendo do sujeito que se dispôs a fazer e o momento que a atividade veio a acontecer.

Por isso, essa forma singular de estar realizando determinada atividade permite, ao terapeuta, uma melhor compreensão desse sujeito, como ele está por meio do seu próprio fazer.

C – A Potência da Atividade

Neste núcleo apresenta-se a Atividade como agente para diversas condições necessárias à independência, autonomia, recuperação da condição de sujeito. A Atividade com uma força motriz geradora de potência de ação.

c.1) Interação: expressando-se pela atividade

Nas entrevistas, a palavra interação esteve fortemente presente, ou seja, a Atividade como recurso que possibilita a “interação”. Todos os entrevistados falam dessa interação que pode ser entre terapeuta e paciente, paciente e atividade ou entre terapeuta, paciente e atividade.

Interação é trazida pelos entrevistados como um dos aspectos centrais, quando o terapeuta ocupacional usa a atividade humana, e revela uma força contida no próprio significado dicionarizado da palavra, referindo-se à situação em que há o envolvimento de duas ou mais pessoas empenhadas a trabalhar juntas, em que a ação de uma provoca uma reação na outra, comunicar-se, dividir alguma atividade com alguém, compartilhar.

Percebe-se que a interação traz, com sua definição, algo que remete pensar em um atendimento compartilhado, ou seja, ambos – terapeuta e paciente – estão em atividade.

Além de a interação estar presente nas falas dos participantes da pesquisa, pode, também, ser observado em outros estudos, como aborda Marcolino (2009), o elo afetivo entre terapeuta e usuários, nos primeiros contatos, caminha em um sentido de relação humana, no que envolve a relação terapêutica, possibilitando estar com o outro.

“[...] é através da atividade que a gente está tendo, obtendo uma comunicação com o paciente [...] a atividade ela proporciona isso mesmo para a gente, a expressão não verbal e aquele contato não verbal, entre terapeuta, paciente e atividade, então é uma tríade [...] você vê aquele paciente que chega totalmente introspectivo, um paciente que tem uma depressão, até o esquizofrênico, que é bem introspectivo, durante as atividades, você percebe a evolução. Primeiro ele está ali, depois ele começa a interagir com um, dois e aí você já vê e ele está interagindo com o grupo e depois em uma festa ele já está dançando [...] tem muitos que são de falar pouco, principalmente, na Saúde Mental, e eles conseguem se expressar e falar com o grupo através das atividades [...]”
(Terapeuta Ocupacional 1, CAPS I).

“[...] se você está utilizando uma atividade em um grupo de crianças, de pacientes, a atividade ajuda a ver como a criança interage não só com a atividade, mas também com o próprio grupo e com o terapeuta ocupacional também [...] ela é um instrumento para estabelecer uma relação do terapeuta com o paciente. É uma tríade mesmo, na terapia ocupacional, você não tem como isolar isso, a atividade, o paciente e o terapeuta
(Terapeuta Ocupacional 2, CAPSi).

“[...]é um instrumento de trabalho que eu utilizo para interagir com o paciente, estabelecer vínculo e com isso ir construindo o cotidiano dele, que está fragmentado [...] com a atividade eu consigo interagir com eles [...]” (Terapeuta Ocupacional 3, CAPSad).

“[...] a atividade me facilita a chegar mais próximo do paciente, é um meio facilitador da gente manter e fazer uma melhor relação com o paciente [...]” (Coordenador 2, CAPSi).

Está contida na Interação a questão da comunicação, em particular, a forma como ela está associada à atividade e inerente à relação terapêutica. Por meio da realização das atividades, os sujeitos têm uma capacidade de comunicação verbal e não verbal muito mais presente.

“[...] atividade para a gente ela é, como vou te explicar, é através dela que a gente consegue estar tendo, obtenho, uma comunicação com o paciente, pois as vezes você pega um paciente que é introspectivo, então através da atividade você consegue buscar muitas coisas [...]” (Terapeuta Ocupacional 1, CAPS I).

“[...] fazendo atividade eu fico mais calma e tranqüila, muito mais tranqüila, porque às vezes, eu ficava meio insegura de dizer o que eu sentia, agora durante as atividades eu consigo me expressar bem melhor, sem medo. Falo bastante durante os grupos, muito até [...]” (Paciente 6, CAPSad).

“[...] o começo a gente era meu tímido, não conseguia falar, agora depois que a gente conhece, formamos amizade aqui e assim eu posso falar tudo que sinto. Cumprimento todo mundo, interajo com todo mundo [...]” (Paciente 2, CAPS I).

“[...] você começa a perguntar alguma coisa para o paciente durante o grupo e ele deslancha a falar, coisa que se você colocar ele na sua frente e perguntar, um simples bate papo, nada sai. Através da atividade, você tem um recurso, para trazer tudo aquilo que nosso paciente já engavetou lá faz tempo e não consegue falar simplesmente [...]” (Coordenador 4, ASM/RT).

“[...] durante a execução das atividades, falam muito, principalmente o grupo feminino, é interessante elas falam muito durante o grupo de atividades e nem percebem muitas vezes o quanto estão falando [...]” (Profissional 4, CAPSad).

Nessas falas a atividade vem se consolidando como possibilidade de se alcançar uma melhor comunicação, ou seja, trata-se da possibilidade não só de criar, mas de, a partir da realização de determinada atividade conseguir se

expressar e se colocar melhor, superando a solidão e o isolamento trazido com as suas dificuldades devido aos transtornos mentais.

c.2) Construção do cotidiano: uma nova história

A Atividade é apresentada com o objetivo principal de volta do convívio social, como um elemento articulador entre o sujeito e a sua comunidade, oferecendo oportunidades de encontro e diálogo entre o indivíduo e o grupo social. De acordo com as informações apresentadas, as atividades são produções significativas e não alienadoras, em que devem envolver o indivíduo de forma contextualizada com a sua história, não prescindindo a sua individualidade.

“[...] que nem aqui a gente usa a atividade como uma reconstrução, então vamos estar construindo algo novo, através da atividade [...]” (Terapeuta Ocupacional 1, CAPS I).

“[...] atividade é um instrumento de trabalho que eu utilizo para interagir com o paciente [...] e com isso ir construindo o cotidiano dele, que está fragmentado [...] e ao longo do tempo vão perdendo o contato social [...] então a atividade proporciona para eles uma integração entre eles e a partir daí a gente leva para o externo [...]” (Terapeuta Ocupacional 3, CAPSad).

A melhor qualidade de vida desse sujeito não seria apenas reparação da doença, mas, como produção de vida, incluindo sua participação social. Assim, durante a realização das atividades, apresentam-se possibilidades de construir e reconstruir seu cotidiano, que pode estar prejudicado por diferentes fatores, permitindo que esse sujeito consiga, através do seu fazer, resgatar sua história, suas paixões e suas possibilidades, buscando se relacionar com a sociedade de uma forma mais concreta, ativa e integrada.

“[...] para mim a atividade é fundamental no trabalho com os pacientes da Saúde Mental, porque é através das atividades que a gente consegue proporcionar uma reestruturação com o morador. E então assim, eu procuro trabalhar muito os aspectos de AVD e de vida prática, porque os pacientes vão à cidade, fazer compras, almoçar fora e dentro da unidade a gente utiliza da atividade para facilitar o cotidiano dele, na vida do dia-a-dia. Então para quem não fazia absolutamente nada, ficava assim vamos se dizer na cama o tempo todo ou no pátio,

lavando a sua própria roupa, é um ganho gigante [...]” (Terapeuta Ocupacional 6, HP).

Enfim, no cotidiano institucional se constrói uma nova história, uma nova vida.

“[...] a gente precisa com toda certeza ter o nosso olhar de terapeuta ocupacional [...] eu até falo para as meninas, que nós não podemos esquecer que dentro dessa rotina mesmo, a gente vai construindo uma nova vida, da gente, dele e da rotina da instituição. Então acaba virando uma terapia ocupacional, um núcleo, uma clínica, tudo junto e misturado [...] então a atividade em si, ela não tem um produto final. O produto final é participar da vida do paciente, mais do que pintar um quadro [...]” (Terapeuta Ocupacional 7, HP).

“[...] eu consigo perceber que o trabalho da terapia ocupacional é um trabalho que tem sentido de transformar, então ele pega o velho e transforma no novo. É o que acontece com os pacientes aqui, então ele vem numa situação bastante desmotivada, e com a vida totalmente desestruturada, sem sentido, como se fosse um lixo realmente, pois vive em função de alguma coisa, então eles vêm aqui para tentar transformar sua vida [...]” (Coordenador 3, CAPSad).

c.3) A vida como troféu

A Atividade como potencializadora da vida, permitindo que a vida do sujeito se aflore, recupere-se e se revele como se estivesse guardada.

“[...] portanto, através da atividade , você tem um recurso, para trazer tudo aquilo que nosso paciente já engavetou faz tempo e não consegue simplesmente falar. Um paciente depressivo que está naquela fase que não quer fazer nada, não quer sair da cama, então o terapeuta ocupacional consegue muitas vezes trazer esse paciente...[...] é uma forma de trazerem ele de volta para a vida, para a sua vida [...] porque na terapia ocupacional você consegue muitos ganhos com os pacientes. Até aqueles pacientes que você pensa que tem menos recurso para oferecer, a terapia ocupacional consegue por meio das atividades buscar lá dentro do paciente algo de bom. Alguns chegam até pensar: “nada dá para fazer com esse”, mas a terapia ocupacional surpreende trazendo algo de bom daquele paciente [...]” (Coordenador 4, ASM/RT).

“[...] é interessante também a volta do sorriso na face dos pacientes, sendo refletido nos seus olhos e faces quando olham as atividades que estão sendo feitas, apreciam elas como troféus, mostrando assim o quanto de vida ainda há dentro desses pacientes que passaram muito tempo dos seus dias presos as drogas [...]” (Terapeuta Ocupacional 3, CAPSad).

Um dos caminhos para o resgate da força de vida está na vivência de reconhecimento, valorização, sentimento de ação, de poder fazer. É possível constatar tal força nas falas dos sujeitos.

“[...] os nossos pacientes acabam ficando muito ociosos devido ao uso da droga, então durante as atividades eles começam a perceber novamente que eles têm condições de voltar à ativa, se valorizar, ter capacidade, de mostrar que ele consegue. Eles vêem aquilo que eles fizeram, e tem aquela coisa de resgate da auto-estima. Da questão de valores, da questão do cuidado com ele, da beleza [...]” (Coordenador 3, CAPSad).

“[...] é bom fazer atividade também, pois as pessoas elogiam o nosso trabalho, uma vez eu fiz uma lata de porta lápis e eu levei para Sertãozinho na casa da minha mãe. Ela ficou mostrando para todo mundo que tinha sido a filha dela que tinha feito [...]” (Paciente 5, CAPSad).

“[...] eu tenho um tapete que eu fiz na minha casa, mas eu tinha que ficar parando para cuidar da minha nenezinha. Então ele não ficou muito bom, mas eu guardo ele como um troféu, pois eu consegui começar e terminar. Aí hoje eu vou levar mais linha para começar outro e cada vez tenho certeza que vai ficar melhor [...]” (Paciente 6, CAPSad).

“[...] eu gosto de fazer desenho, eu desenho muito bem, aprendi aqui. Eu fiz um quadro do peixe, de um peixe azul e laranja e eu acho que até vendeu meu quadro, pois realmente ficou uma obra de arte. Quando eu vejo minha atividade pronta, eu me sinto muito orgulhoso, pois as peessoas me elogiam coisa que nunca fizeram. Assim, estou sendo útil para alguma coisa né? Apesar da minha doença [...]” (Paciente 2, CAPS I).

“[...] e o melhor de tudo é que a terapeuta ocupacional sempre aborda de uma forma o grupo, para que o paciente perceba durante a atividade, o que ele pode levar dessas atividades para a sua vida fora daqui [...] para que eles possam usar aquele fazer do grupo para as suas dificuldades fora daqui [...] os atendimentos da terapia ocupacional permitem a valorização

do paciente como pessoa atuante na comunidade [...]
(Profissional 2, CAPS I).

c.4) Agente na própria vida

Os pacientes com transtornos mentais sofrem alterações significativas na sua vida por vários motivos, dentre eles, podem sofrer o afastamento provisório do convívio familiar, mudança de rotina, insegurança, perda da capacidade funcional, medo da dependência, por consequência, entram em um processo – na maioria das vezes – de acomodação ao ócio, ficando difícil a saída desse lugar. Isso se evidencia nas falas dos entrevistados, as quais apontam a importância de se utilizar atividades que propiciem aos pacientes uma participação ativa no processo terapêutico, o que pode contribuir para a retomada do protagonismo de suas vidas, ao se tornarem “capazes de fazer e aprender”.

“[...] através das atividades que o paciente volta a ser ativo novamente, ao invés de ficar só na passividade [...]” (Terapeuta Ocupacional 1, CAPS I).

“[...] no atendimento do terapeuta ocupacional, o paciente tem que ser ativo, tem que fazer, tem que participar [...]” (Profissional 3, CAPSi).

“[...] acredito que uma das maiores dificuldades encontradas nos nossos pacientes em psiquiatria é que eles se encontram presos em uma passividade, demonstrando uma relutância muito grande em iniciar qualquer tipo de atividade [...] pois eles se assustam com qualquer coisa que saia de sua rotina. Eles falam muitas vezes que não querem aprender mais nada, pois não conseguem, são doentes, apenas depois de um tempo de atendimento é que eles vão percebendo que está sendo bom, que eles conseguem aceitar mais. Assim as transformações nos pacientes ocorrem gradativamente durante os atendimentos. Há uma inversão do sentir-se inútil pra o ser capaz de fazer e aprender [...]” (Terapeuta Ocupacional 4, ASM).

“[...] as atividades acalmam muito os pacientes, pois os nossos pacientes acabam ficando muito ociosos devido ao uso da droga, então durante as atividades eles começam a perceber novamente que eles têm condições de voltar a ativa, se valorizar, tem capacidade de fazer aquilo, de mostrar que ele consegue [...]” (Coordenador 3, CAPSad).

“[...] deixar o paciente o mais independente possível nas atividades, nas escolhas [...]” (Coordenador 5, HP).

“[...] apesar dele não verbalizar, não conversar, sabe a alegria que ele estava, que ele estava sentindo. Levamos ele para escolher as roupas que iriam ser compradas para ele. Sabe apesar dele não falar, ele participou o tempo todo do processo [...]” (Terapeuta Ocupacional 6, HP).

“[...] queria que você soubesse que antes de eu vir aqui eu nem saía de casa, nem na porta de casa sozinha [...] agora eu já ando sozinha acredita? [...] eu fiquei quase três anos sem sair de casa sozinha, só acompanhada e mesmo assim era muito difícil. Então a terapia me ajudou bastante [...] pois ficava dependente do outro e as vezes as pessoas não queriam sair e só podia sair dependendo da vontade deles e isso era bem difícil [...] eu aprendi a resolver meus problemas do dia-a-dia [...]” (Paciente 3, CAPS I).

Neste contexto, recuperar o que há de bom na pessoa torna-se algo imprescindível para a retomada do protagonismo de suas vidas:

“[...] um paciente depressivo que está naquela fase que não quer fazer nada, não quer sair da cama, então a terapia ocupacional consegue muitas vezes trazer esse paciente de volta [...] ao dar uma atividade [...] até aqueles pacientes que você pensa que tem menos recurso para oferecer, a terapia ocupacional consegue buscar por meio das atividades, lá dentro do paciente, algo de bom. Penso: Nossa, não dá para fazer nada com esse paciente. Mas a terapia ocupacional sempre nos surpreende trazendo algo de bom daquele paciente [...]” (Coordenador 4, ASM/RT).

De acordo com os pressupostos, pode-se considerar que a Atividade na Terapia Ocupacional seja um caminho para a Reabilitação Psicossocial.

“[...] é uma bateria de atividades que a gente busca estar alcançando a reabilitação psicossocial [...]” (Terapeuta Ocupacional 1, CAPS I).

“[...] a terapeuta vem aqui só me dá uma força, pois agora eu aprendi muita coisa [...] outra coisa que eu faço são uns biquinhos para outras pessoas aqui da redondeza, pago conta, compro algumas coisas e ganho um dinheirinho. Tenho meu cartão, vou no banco, mexo na minha conta. No começo a terapeuta me ajudava agora aprendi sozinho [...]” (Paciente 9, RT).

4.2 A Atividade DO Terapeuta Ocupacional: desafios no cotidiano das instituições

Os terapeutas ocupacionais entrevistados, ao falarem da Atividade no seu atendimento, também, revelaram como vivem a sua atividade profissional. Embora não se possa considerar este conteúdo como núcleo de significação de Atividade na Terapia Ocupacional, ele não poderia ser descartado, pois se trata do “reverso da moeda”.

Alguns dos entrevistados apontaram as dificuldades sentidas no cotidiano das instituições, com impedimentos diversos à realização do seu trabalho, não encontrando, algumas vezes, condições para desempenharem seus papéis e ações com qualidade.

“[...] com a atividade eu consigo interagir com eles, só que a demanda é muito grande durante o fazer, por isso é preciso o tempo todo parar a atividade para uma conversa, para ver o que eles trazem de bagagem, eles associam muitas vezes as atividades que eles fazem com o grupo de terapia ocupacional, com as atividades da infância, portanto é muito legal, mas muito trabalhoso, pois você tem que estar estudando o tempo todo [...]” (Terapeuta Ocupacional 3, CAPSad).

“[...] então o que acontece a própria permanência longa dele aqui dentro, faz com que ele vai deixando cada dia de fazer alguma coisa, porque perde o interesse por aquilo. Então assim, ontem ele fazia barba, semana que vem ele já não quer mais fazer aquilo, ele acha que vai fazer a barba para que? Se ele não vai sair daqui mesmo. Então a gente tem que estar falando quase a mesma coisa, quase todos os dias: Olha é importante você manter a sua barba feita, porque isso vai trazer uma aparência melhor, melhorada para você. Você vai se sentir mais bonito. Você vai se sentir melhor. Então o trabalho passa a ser muito repetitivo. Fica muito repetitivo, porque o paciente tem uma rotina da própria instituição. Ele acorda, ele tem o remédio da manhã, aí ele vai para o banho, aí ele vai para o refeitório tomar café da manhã, então ele tem essa rotina, que ele tem que cumprir e ele tem a própria rotina dele que é a lentidão ao acordar, vontade de ficar um pouco mais na cama, a vontade de não fazer mais aquilo, porque não vai adiantar mais nada. Porque acontece com a gente, porque não vai acontecer com ele, então, eu vou me arrumar para que se ninguém gosta de mim, ninguém vai vir me ver, não tenho ninguém, vou me arrumar para quê? Se eu vou ficar aqui dentro. Vou fazer barba não, não preciso fazer barba. Eu não

vou sair para lugar nenhum. Às vezes nem pensa no sair, mas pensa que não vai adiantar. Então os terapeutas ocupacionais aqui, a gente encontra essa barreira da repetição, acaba deixando a gente cansado. Ai ele vai para o almoço onze horas, metodicamente, pois ele tem que respeitar a rotina da instituição. A comida chega as onze e ele tem que comer, estando com fome ou não. Ele senta para comer, tem o auxiliar de enfermagem, tem o auxiliar de limpeza que também precisa fazer seu trabalho, por isso ninguém pode atrasar para não atrapalhar o serviço do outro. Então aquilo começa a ficar embolado. Nesse movimento todos nós vamos nos encaixando, ta entendendo? Então de repente eu entro no banheiro e naquele momento eu presencio uma cena que ele já aprendeu ontem e a auxiliar de enfermagem está fazendo por ele para ir mais rápido, pois ela precisa cumprir horário. Porque ela também tem a rotina dela. Então às vezes sai da nossa mão, pela própria institucionalização, então não tem jeito. Então eu acho que aqui hoje a gente é terapeuta ocupacional bombeiro, vai apagando os incêndios, assim tuf tuf tuf e quando a gente tem uma pausa que é das dez horas as onze horas, que acabou a rotina dele da manhã e onze horas começa a rotina do almoço. Então eu tenho uma hora. Eu trabalho aquela uma hora, algo mais individualizado cada dia com um, então são quarenta pacientes dentro da minha unidade. Então se eu for fazer cada dia com um, eu vou demorar quarenta dias, ou seja, mais de um mês para eu voltar a fazer um encontro com aquele paciente que eu comecei. Então o paciente vai me ver hoje, depois vai me ver daqui há quarenta dias e vai me ver durante toda a sua rotina do dia então é isso. É aí então que a atividade dentro de tudo isso funciona [...]” (Terapeuta Ocupacional 7, HP).

É possível observar na fala da Terapeuta 7 (sete) que, apesar do sofrimento vivido por ela, pelo trabalho repetitivo que acaba realizando dentro da instituição e pela impossibilidade de transformar determinadas situações, a profissional não se abate e não perde a sua criatividade, apesar das dificuldades e limitações enfrentadas, conseguindo conviver e lidar com os imprevistos e o inesperado, não perdendo o entusiasmo, fazendo reajustes e rearranjos para que as atividades aconteçam sem que percam o significado e objetivo proposto para pacientes e para o profissional.

A Atividade realizada pelos pacientes, é para eles, fator de reconhecimento e valorização, no entanto, com o trabalho do terapeuta ocupacional ocorre o inverso, pacientes e funcionários não “conseguem visualizar” os resultados positivos.

“[...] olha outra coisa a maioria dos pacientes não enxergam o resultado da terapia ocupacional, a maioria dos pacientes não conseguem ver os resultados positivos que eles estão conseguindo [...]” (Terapeuta Ocupacional 7, HP).

“[...] é um ganho gigante, mas eles não conseguem visualizar. Mas na verdade não é só eles que não conseguem visualizar, eles não conseguem, funcionários não conseguem. Eu acho que é porque todos se acostumaram com a rotina [...]” (Terapeuta Ocupacional 6, HP).

Contudo, na fala de outros profissionais entrevistados, há um conteúdo de valorização positiva da atividade do TO.

“[...] na verdade quando eu entrei aqui eu não sabia muito bem o que o terapeuta ocupacional fazia, ao longo do meu trabalho que eu fui tendo contato com o terapeuta ocupacional e percebendo o quando ele é importante [...] hoje eu acho imprescindível ter o terapeuta ocupacional na equipe para o rendimento e progresso do tratamento. Sem terapeuta ocupacional não conseguimos ficar não [...]” (Profissional 3, CAPSi).

“[...] eu vejo o trabalho muito específico com a abordagem, com o atendimento, com a paciência que ela tem. A atividade ajuda muito, pois eles começam de um jeito sem paciência e depois mudam muito. Não conseguem terminar uma atividade, não tem interesse por nada e com o tempo, com a abordagem da terapia ocupacional, eles conseguem terminar as atividades, capricho, consegue descarregar as emoções mesmo nas atividades. Eu não sei te dizer especificamente o que a terapeuta ocupacional trabalha em si, não é da minha área, mas eu consigo ver o desenvolvimento do paciente, como eles melhoram [...]” (Profissional, 1, CAPS I).

Outra nuance da atividade do TO é trazida pela contradição que dificulta ou impede o trabalho, particularmente, no hospital psiquiátrico, de desenvolver a autonomia de pacientes em uma instituição com regras rígidas e rotina mecânica, que torna impossível o respeito à singularidade. Pode ser visto na fala da Terapeuta Ocupacional 6 (seis):

“[...] Mas olha hoje está frio né? Por que necessariamente tem que tirá-los da cama as sete horas da manhã, vamos tirar da cama aqueles que estão realmente sujinho. O xixadinho. Eles

vão ter o dia todo para fazer as tarefas, pois aqui é a casa dele. Porque se eu tiver um cuidador e o meu cuidador me levantar as sete da manhã num dia desse, como muito frio e chuva. Não vou gostar nenhum pouco. Então por que???? Ele não pode tomar banho as 10, meio dia, as 2 da tarde???? Tem que ser aquela coisa mecânica [...]” (Terapeuta Ocupacional 6, HP).

Mas:

“[...] problema maior, eu acho da terapia ocupacional é a preocupação com a terapia ocupacional. Eu acho que a gente não tem que se preocupar com isso, a gente tem que deixar a coisa caminhar. E desencana, que vai, porque o negócio é não ficar encanado apenas. Porque se não fica robôs. Porque imagina se você entra no banheiro não dá seu olhar, não facilita aquele negocio, como é que fica? Dentro do banheiro uma auxiliar vai lavando, a outra vai enfiando a roupa. Aí já puxa para lá para tomar café, aí já puxa para cá para andar no prático. Ficando um condicionamento total [...]” (Terapeuta Ocupacional 7, HP).

Diante desses relatos, ficam explícitas as limitações das condições de trabalho, os quais demonstram que existe uma diferença considerável entre o planejamento das atividades e a maneira como ela realmente acontece, nesse contexto, os trabalhadores se veem na necessidade de criar suas próprias estratégias de enfrentamento das situações.

Por consequência, sentem-se cansados,

“[...] a gente encontra essa barreira da repetição, acaba deixando a gente realmente cansados [...]” (Terapeuta Ocupacional 7, HP).

“[...] portanto é muito legal, mas muito trabalhoso [...]” (Terapeuta Ocupacional 3, CAPSad).

Mas, também, construindo uma nova vida: deles, dos pacientes e das instituições.

“[...] não podemos esquecer que dentro dessa rotina mesmo, a gente vai construindo uma nova vida, da gente, dele e da rotina da instituição. Então acaba virando uma terapia ocupacional, um núcleo, uma clínica, tudo junto e misturado...então a atividade em si, ela não tem um produto final. O produto final é participar da vida do paciente, mais do que pintar um quadro [...]” (Terapeuta Ocupacional 7, HP).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se evidente, no decorrer da pesquisa, os diferentes papéis e significados da Atividade, por diferentes autores em distintos momentos, que vão desde o início do uso da ocupação dentro dos manicômios até os dias atuais, com o uso das atividades pelo profissional terapeuta ocupacional. Além dos diferentes atores sujeitos desta pesquisa que revelaram significados diversos da Atividade na Terapia Ocupacional, aproximando-se dos diversos modelos e concepções da área.

No entanto, embora com valores e características diferentes, de acordo com a época e modelo vigente, a Atividade está presente ao longo do caminho traçado pela Terapia Ocupacional e, como dizem Pádua e Magalhães, “muito embora os contextos históricos sejam bastante diversos das condições atuais, eles continuam sendo referências para muitos terapeutas ocupacionais nos dias atuais” (2005, p. 12).

Nos discursos dos sujeitos, o significado de Atividade é visto dentro dos procedimentos terapêuticos como possibilidade de “interação”, elemento facilitador da participação social, pois potencializa a Reabilitação Psicossocial, objeto principal no Modelo Psicossocial de Atenção.

Os entrevistados acabam dialogando com o Modo de Atenção Psicossocial, no qual o cuidado, além de ser realizado com afeto, dirigido à pessoa e não à sua doença, também foca algo de bastante relevância do ser ativo. Na interação do processo terapêutico, ambos os participantes precisam estar ativos, não havendo uma hierarquia na qual um é subordinado pelas vontades do outro, como um objeto passivo de cuidado. Portanto, na maioria das falas, a Atividade foi citada como meio de aproximação, de comunicação e descoberta de demandas.

Assim sendo, os significados trazidos pelos sujeitos têm consonância com princípios do Modo Psicossocial de Atenção na Saúde Mental, apesar de contradições encontradas nos discursos, presentes na maioria das vezes em uma mesma fala, na qual, um mesmo sujeito fala da Atividade como potencializadora da vida, embora utiliza palavras e conceitos que remetem ao modo asilar, como esse terapeuta:

[...] eu acho que o atendimento de terapia ocupacional deve ser um atendimento totalmente singular, eu, o paciente e a

atividade, então, assim que tento ajudar esse paciente a direcionar seu cotidiano [...] (Terapeuta Ocupacional 4, ASM).

Quando falam de Atividade significada como ocupação, tal termo acaba trazendo à tona os elementos do Tratamento Moral visto na história do uso da ocupação dentro dos manicômios, em que esse uso tinha como função principal manter a ordem e disciplina dentro das instituições e conservar, economicamente, as instituições por meio das ocupações realizadas pelos próprios pacientes.

Apesar de essa visão estar ultrapassada no Modelo de Atenção Psicossocial que, atualmente, seria o ideal dentro da Política de Saúde Mental, no qual o uso de atividade precisaria ser significativo e contextualizado com a história de vida de cada sujeito atendido pela terapia ocupacional.

“A vida como troféu” aflorada pela Atividade, remete ao Modo de Atenção Psicossocial, na qual, como aborda Costa-Rosa (2000), não se estabelece um ideal de cura ou retorno à normalidade para os pacientes em Saúde Mental, mas sim, a um posicionamento do sujeito, pois o problema **não é a cura**, mas a **produção de vida**, de **sentido** e de **sociabilidade**.

[...] é uma forma de trazerem ele de volta para a vida, para a sua vida [...]

(Coordenador 4, ASM/RT).

O Modo Psicossocial propõe a produção de subjetividade singularizada, possibilitando o sujeito situar-se ativamente frente aos conflitos e contradições. Essa maneira foi vista quando os entrevistados falam da singularidade da atividade, ou seja, quando a atividade não pode ser simplesmente imposta aos pacientes. E o fazer torna-se mecanizado, sem sentido e motivação nenhuma de estar sendo realizado.

No entanto, nas falas, podem-se observar certas contradições, pois apesar de passar a certeza de que a maioria dos profissionais sabia da importância desse “fazer singular e fazer com sentido”, quando contava sobre sua clínica, utilizavam novamente de palavras e conceitos que os remetia ao modo asilar de atuação.

Outro ponto relevante é a atividade significada como **“Atividade de emergência”, apagando os incêndios**, na qual se aborda que a tarefa do

terapeuta está em perceber quais seriam as necessidades do sujeito a cada momento, em cada situação específica, estando contextualizado pelo momento que cada paciente ou instituição está passando, como a Atividade dentro do Modo de Atenção Psicossocial, que a Atividade acontece no dia a dia das pessoas, nos acontecimentos corriqueiros.

Outro ponto de destaque foi a dificuldade e sofrimento demonstrados pelos terapeutas ocupacionais frente às limitações das condições de trabalho, impedindo-os de desenvolver a autonomia e a cidadania, pontos chaves do Modo de Atenção Psicossocial, em uma instituição com regras rígidas e rotina mecânica, que é o caso do hospital psiquiátrico.

Contudo, apesar das dificuldades, os mesmos, demonstram prazer e satisfação com seu trabalho desenvolvido, propagado e reconhecido. Assim como revela um dos pacientes entrevistados:

“Eu gosto muito de fazer terapia ocupacional, a atividade me ajuda muito, me sinto mais calmo. E atividade que eu mais gosto de fazer é quadro, gosto de pintar o que vem na minha cabeça e pronto, sem ninguém colocar o que devo pintar. E as lembranças dos atendimentos ficam né? Fica decorada na gente, porque não é a mesma coisa que esse gravadorzinho seu aí, você vai gravar, ele ta gravando, mas só que se você derrubar ele, vai que você cai ali na esquina e quebra, ele vai se arreentar e não vai ter mais nada, então as lembranças de todas as atividades, fica na memória de quem fez, só vamos esquecer quando morrer ou quando ficar caduco” (Paciente 1, CAPS I).

Esse é o significado da Atividade na qual o homem transforma a natureza e nesse processo transforma a si mesmo.

[...] é fundamental que se entenda que esse processo de produção cultural, social e pessoal tem como elemento constitutivo os significados. Dessa maneira, a atividade humana é sempre significada: o homem, no agir humano, realiza uma atividade externa e uma interna, e ambas as situações (divisão essa somente para fins didáticos) operam com os significados (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226).

O significado da Atividade é a significação da atividade, o que o paciente produziu e o transformou não é passível de perdas, roubos e danos. A realização é dele e ninguém pode tirar.

Neste sentido, a Atividade na Terapia Ocupacional pode ser uma contribuição privilegiada para a Reabilitação Psicossocial.

Os resultados obtidos evidenciam a ambiguidade e variação dos sujeitos quando trazem o significado da Atividade, talvez, em função de suas próprias características pessoais ou de contextos de trabalho diferenciados. Entretanto, um ponto que chamou a atenção foi que os terapeutas ocupacionais, do Hospital Psiquiátrico, têm falas mais próximas ao Modo de Atenção Psicossocial do que muitos dos terapeutas inseridos nos serviços extra-hospitalares, o que proporciona a idealização de novas possibilidades de estudos e reflexões do assunto.

Apontam-se as limitações dessa pesquisa, quando não foi possível entrevistar terapeutas ocupacionais graduados em outras universidades, para que, assim, pudesse compreender se há diferenças em suas percepções sobre o significado da Atividade, o que poderia trazer mais informações e conteúdo à pesquisa. Contudo, acredita-se que o estudo irá colaborar para o conhecimento acerca das práticas e da formação do terapeuta ocupacional, na área da Saúde Mental, bem como em outros campos de atuação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J. Consciência e Atividade: categorias fundamentais da Psicologia Sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 95-110.

_____. As transformações possíveis na atenção em saúde mental. **Revista da AMRIG**. Porto Alegre, v. 51, n. 4, p. 308-311, out-dez. 2007. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/51-04/espcremers.pdf>>. Acesso em: 26 de outubro de 2014.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. **Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n2/v26n2a06.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

AGUIAR, W. M. J., SOARES, J. R. **A formação de uma professora do ensino fundamental: contribuições da psicologia sócio-histórica**. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572008000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 15 jan. 2014.

ALMEIDA, M. V. M. Arte, loucura e sociedade: ideologias e sensibilidade na terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**. São Carlos, v. 5, n. 2, p. 87-100, ago/dez. 1996.

AMARANTE, P. D. C. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, nº 3, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BALLARIN, M. L. G.; CARVALHO, F.B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.162-70, 2007.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.4, p.444-450, 2009 Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/79/444a450.pdf. Acessado em: 10 de julho de 2014.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 13, nº 2, p. 95-103, 2002.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose**. São Paulo: Lemos, 1999.

BENETTON, M. J.; DUCROS, F. P. S.; GOUBERT, J. P. Discursos e representações da prática da ergothérapie psiquiátrica na França. **Revista do Centro de Estudo de Terapia Ocupacional**. São Paulo, n. 7, p. 32-37, dez. 2002.

BENETTON, M. J.; FERRARI, S. M. L.; TEDESCO, S. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. São Paulo, n. 8, p. 27-40, dez. 2003.

BENETTON, M. J.; VARELLA, R. C. B. Eleanor Clarke Slagle. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. São Paulo, n. 6, p. 32-35, out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e Princípios. Brasília, 1990, 10 p.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil. 1994, p. 11-16.

_____. **Ministério da Saúde. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 09 de abril de 2001. Seção 1, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Consultório de Rua do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/31/documentos/consultorio_riua_sus.pdf>>. Acesso em 20 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Progmáticas. **Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>> Acesso em: 20 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2014.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**. São Paulo, 2011; v. 45, n. 3, p. 687-691. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014

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

CIRILO, L. S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. Dissertação de Mestrado, Interdisciplinar em Saúde Coletiva na Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande: UEPB, 2006. Disponível em: <http://bdtd.uepb.edu.br/tde_arquivos/1/TDE-2009-08-07T102615Z-55/Publico/LiviaSalesCirilo.pdf>. Acesso em: 13 de outubro de 2014.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago., 2001.

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.

DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. **Caminhos da Terapia Ocupacional**. In: DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. (org) *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo, Plexus, 2001.

EMMEL, M. L. G.; SILVA, C. C. B. Jogos e brincadeiras: roteiro de análise de atividades para o terapeuta ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 4, n. 1 e 2, p. 46-62, jan/dez. 1993.

ENGEL, M. G. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. **Loucura & Civilização collection**. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12 de outubro de 2014.

FALKAI, P. et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, supl. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000700003>. Acesso: 14 de outubro de 2014.

FERRARI, S. M. L. A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. São Paulo, n. 2, p. 9-15, 1997.

FILIZOLA, C. L. A. Louco, doente ou diferente? Um pouco de sua história. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 4, n. 1 e 2, p. 5-9, jan/dez. 1993.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, nº 97, p. 305-312, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a12.pdf>>. Acessado em: 16 de dezembro de 2014.

FRANSCISCO, B. R. **Terapia ocupacional**. 2.ed. Campinas: Papyrus, 2001.

_____. **Terapia Ocupacional**. 3.ed. Campinas: Papyrus, 2004.

FREITAS, L. C. **A internacionalização da exclusão**. Educação e Sociedade (online). Campinas. v. 23, n. 80, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302002008000015&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan. 2014.

FURTADO, E. M. A. **Método da escavação como recurso de ensino e clínico em terapia ocupacional na perspectiva ergológica**. Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, pelo Programa de Pós Graduação em Educação da universidade do Vale do Rio dos Sinos. 2010

GRADELLA JÚNIOR, O. Políticas públicas de saúde mental: formação e educação - **Departamento de Psicologia – UNESP/Bauru**. 2002. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/314%20-%20pol%EDticas%20p%FAblicas%20em%20sa%FAde%20mental.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2014.

GUGLIELMO, M. F. **Terapia Ocupacional e psicanálise: desdobramentos**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre. São Paulo, 2014.

HEIDIRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. 2007. Porto Alegre. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1144>. Acesso em: 15 de setembro de 2014.

ISIDORO, A. L. C. Redimensionando atividades. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. São Paulo, n. 5, p. 16-21, set. 2000.

JULIBONI, E. P. K.; SIQUEIRA, F. M. B. Papel da atividade terapêutica na reabilitação do indivíduo queimado em fase aguda. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**. São Carlos, v. 8, n. 2, p. 79-83, jul/dez. 2000.

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, USP**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2011.

LAMENHA, K. C. R. Saúde mental e desinstitucionalização: **um estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil**. Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, apresentada na Faculdade de Serviço Social, na Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2013.

LANCMAN, S. O dilema do uso de atividades terapêuticas nos hospitais psiquiátricos brasileiros. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 1, n. 1, p. 24-49, maio/jul. 1990.

LARA, A. F. L. A produção do conhecimento psicológico-psiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. **Revista de Psicologia da USP**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 35-52, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 20 de outubro de 2014.

LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. Di N.; OKUMA, D. G. As atividades no campo da Terapia Ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 68-75, 2011.

LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. D. N.; OKUMA, D. G. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**. São Carlos, v. 21, n. 2, p. 243-254, 2013.

MAGALHÃES, L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n.2, p. 255-263, 2013.

MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. **Revista de Terapia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005.

MÂNGIA, E, F. A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, jan/abr, 2000.

_____. 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**, São Paulo, v.13, n.3, p.127-34, 2002.

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

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 61-71, 2008.

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

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-48, 1993.

MINAYO, M. C. S. et. al. Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, nº 1, Rio de Janeiro, 2000.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: História crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Vita et Sanitas**, Trindade, Goiania, v. 2, n. 02, 2008. Disponível em: <http://fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_to.pdf> . Acessado em: 10 de maio de 2014.

NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. **Políticas públicas de saúde mental**. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – III Jornada Internacional de Políticas Públicas – Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. São Luís – Maranhão, 28 a30 de agosto, 2007.

OLIVEIRA, F. B. et al. Saúde Mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psiquiatria Online Brasil**, v. 19, n.9, nov, 2014. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em: 20 de novembro de 2014.

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de setembro de 2014.

OLSCHOWSKY, A.; BARROS, S. Graduação em enfermagem: aprendendo a aprender a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 377-383, dez. 1999. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41123/44669>>. Acesso em: 11 Nov. 2014.

OMS. **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução A. Leitão. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acessado em: 13 de dezembro de 2014.

PÁDUA, E. M. M.; MAGALHÃES, L. V. (Orgs.). **Terapia ocupacional: teoria e prática**. Campinas: Papirus, p. 29-46, 2003.

PEDRAL, C.; BASTOS, P. **Terapia Ocupacional: metodologia e prática**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008

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

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev. 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200569&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 de outubro de 2014.

PIBAROT, I. Não digam para minha mãe que faço atividades, ela pensa que trabalho. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, n. 5, p. 6-10, set. 2000.

POLIA, A. A.; CASTRO, D. H. C. A lesão medular e suas seqüelas de acordo com o modelo de ocupação humana. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, São Carlos, vol. 15 n. 1, 2007.

PORTOCARRERO, V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [online]. **Loucura & Civilização collection**, v.4. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, v. 4, p. 152, 2002. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/p26q6/pdf/portocarrero-9788575413883.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2014.

RIBEIRO, S. L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. Psicol. Cienc. Prof. Brasília, v. 24, n. 3, set. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932004000300012&script=sci_arttext. Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

RIBEIRO, E. A. **A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa**. Evidência. Araxá, n. 4, p. 129-148, 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/328-1251-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. 2014.

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**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, 2008.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. **Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social**. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

RODRIGUES, K. P. Terapia Ocupacional: do setting terapêutico para o palco da vida. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, nº 8, São Paulo, 2003.

SILVA, M.; ZANELLO, V. M. Religiosidade e loucura: a influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença. **Psicologia IESB**, v.2, n.1, p.37-47, 2010.

SILVEIRA, C. L.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito da loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 4., jul/ ag. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci_arttext>. Acesso: 20 de julho de 2014.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. História da terapia ocupacional. In A. Cavalcanti & C. Galvão (Orgs.), **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática** (pp. 3-9). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

TEDESCO, A. S. A construção de conhecimento em terapia ocupacional: introdução e discussão de um percurso. **Mundo Saúde**, v.25, n. 4, p. 378-383, out/dez, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan/abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

VALCARENGHI, A. SUS desativou 13 mil leitos entre 2010 e 2013. 2013. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-09-03/sus-desativou-quase-13-mil-leitos-entre-2010-e-2014>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

VALLADARES, A. C. A. **A arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo Vetor, 2004.

VIGOTSKI, L. S. **Historia del Desarrollo de las Funciones Psíquicas Superiores**. Tradução Luis Oliva Ruíz. Habana: Editorial Científico Técnica, 1987.

_____. VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, vol. 1, nº1, jan/abr, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/1005-3958-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

_____. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **História Ciências e Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de setembro de 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

LOCAIS DE SAÚDE MENTAL DA DRS DE BAURU QUE APRESENTAM TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM SUAS EQUIPES

CIDADES	LOCAIS DE SAÚDE MENTAL	TERAPEUTAS OCUPACIONAIS
BARRA BONITA	CAPS	1
BAURU	CAPS AD	1
	CAPS I	2
	HOSPITAL MANUEL DE ABREU	1
BOTUCATU	CAPS I REDE VIVA	2
	CAPS AD II RENASCER BOTUCATU	1
	CAPS II ESPAÇO VIVO	2
BROTAS	AMBULATÓRIO DE SM	1
DOIS CÓRREGOS	AMBULATÓRIO DE SM	1
JAÚ	AMBULATÓRIO DE SM	1
	HOSPITAL TEREZA PERLATTI	7
LARANJAL PAULISTA	CAPS I	1
LENÇÓIS PAULISTA	HOSPITAL DIA NICANOR PEREIRA DE GODOY	2
LINS	CAIS CLEMENTE FERREIRA	9
	CAPS AD	1
	CAPS I	1
	CAPS INFANTIL	1
PEDERNEIRAS	CAPS	1
PROMISSÃO	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL	2
TOTAL	19	38

Observação: 29 locais de Saúde Mental e 19 locais de Saúde Mental com terapeutas ocupacionais

APÊNDICE B**CARTA ÀS INSTITUIÇÕES SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Botucatu, 2013.

Prezado Senhor (a):

Pretendemos realizar a pesquisa intitulada “**SIGNIFICADO DE ATIVIDADE NA TERAPIA OCUPACIONAL: UM ESTUDO SÓCIO-HISTÓRICO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL**”, que tem como objetivo compreender o significado de atividade na terapia ocupacional para diferentes atores teóricos e sociais como profissionais terapeuta ocupacional, pacientes acompanhados pelo terapeuta ocupacional, profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, gestores da saúde e professores de referência.

A escolha dos sujeitos será aleatória, dentro dos critérios estabelecidos e a quantidade de entrevistados será delimitada pelo critério de saturação de conteúdo à medida que as entrevistas forem ocorrendo, não havendo, portanto, definição à priori. As entrevistas serão aplicadas pela pesquisadora responsável em salas reservadas dispostas pela instituição, nas mesmas condições, para todos os sujeitos entrevistados. Os depoimentos serão gravados e transcritos integralmente pela entrevistadora.

A entrevista aberta partirá de uma pergunta base, sendo “*O que é a atividade no seu trabalho de terapeuta ocupacional?*” para os terapeutas ocupacionais; “*O que significa para você estar fazendo atividade no seu tratamento?*”, para os pacientes e “*Qual é o significado do atendimento de terapia ocupacional para você?*” para os profissionais que compõem equipe e gestores.

Assim, vimos solicitar a autorização dessa Instituição para a realização dessa investigação. Asseguramos que não haverá, sob nenhuma circunstância, a divulgação da identidade dos participantes da pesquisa, e que os dados coletados estarão disponíveis somente para revisão de pesquisadores e para publicações com propósitos científicos. Após a realização deste estudo, haverá a disseminação do trabalho realizado em revistas científicas, relatórios e apresentação em encontros e/ou congressos, preservando-se, sempre, o anonimato dos participantes e das instituições estudadas, se estas assim o quiserem. Certos de poder contar com sua autorização, nós, pesquisadores responsáveis, colocamo-nos à disposição para fornecer as informações necessárias para compreensão da pesquisa.

Raphaela Schiassi Hernandes

Pesquisadora

Doutoranda em Saúde Pública

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Fone: (14) 9725-2718

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cristina Pereira Lima

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias

Professoras da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Ilmo. Senhor (a)**Nome****Cargo e Instituição**

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “SIGNIFICADO DE ATIVIDADE NA TERAPIA OCUPACIONAL: UM ESTUDO SÓCIO-HISTÓRICO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL”, que pretende compreender o significado de atividade na terapia ocupacional para diferentes pessoas: como terapeutas ocupacionais, pacientes acompanhados pelo terapeuta ocupacional, profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, gestores da saúde e professores de referência.

O sr(a) foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa de forma aleatória, dentro dos critérios estabelecidos, sendo que a quantidade de entrevistados será delimitada pelo critério de saturação de conteúdo à medida que as entrevistas forem ocorrendo, não havendo, portanto, definição prévia de quantas pessoas serão entrevistadas.

As entrevistas serão aplicadas pela pesquisadora responsável em salas reservadas dispostas pela instituição, nas mesmas condições, para todos os sujeitos entrevistados, durando aproximadamente sessenta minutos. Os depoimentos serão gravados e transcritos integralmente pela entrevistadora. E todo o material gravado será destruído após o término da pesquisa

A entrevista aberta partirá de uma pergunta base, sendo “*O que é a atividade no seu trabalho de terapeuta ocupacional?*” para os terapeutas ocupacionais; “*O que significa para você estar fazendo atividade no seu tratamento?*”, para os pacientes e “*Qual é o significado do atendimento de terapia ocupacional para você?*” para os profissionais que compõem equipe e gestores.

Asseguramos que não haverá, sob nenhuma circunstância, a divulgação de sua identidade, e que os dados coletados estarão disponíveis somente para revisão de pesquisadores e para publicações com propósitos científicos. Após a realização deste estudo, os participantes poderão ser informados acerca dos resultados, se assim o quiserem; também haverá a disseminação do trabalho realizado em revistas científicas, relatórios e apresentação em encontros e/ou congressos, preservando-se, sempre, o anonimato dos participantes e das instituições estudadas, se estas assim o quiserem.

Partindo da premissa que o uso do instrumental atividade é a base do processo terapêutico em terapia ocupacional em saúde mental tanto nas ações grupais como individuais, é possível entender que o conhecimento dessas características nos permite entender que o estudo e reflexão sobre sua fundamentação e aplicação, precisa ser revisto nos atuais paradigmas da assistência e lógica à saúde.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir, portanto é livre para abandonar a pesquisa, por qualquer razão, sem que haja prejuízo ou desconforto no seu trabalho ou tratamento. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, e nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade, obedecendo aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

É garantido total sigilo do seu nome e imagem em relação aos dados relatados nesta pesquisa. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Nesse caso, entre em contato com os pesquisadores:

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Raphaela Schiassi Hernandes

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

Rua: Dráusio Marcondes nº 222, Cafelândia Telefone: (14) 97252718

Email: rapha_to@hotmail.com

Orientadora: Maria Cristina Pereira Lima

Departamento de neurologia, psicologia e psiquiatria

Faculdade de Medicina de Botucatu, fone 3880-1220; 9798-0422

Email:mclima@fmb.unesp.br

APÊNDICE D

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

COORDENADORES DE SERVIÇOS

Pergunta base: *Qual o significado do atendimento de terapia ocupacional para você?*

	<p>Coordenador (2)</p> <p>CAPSi</p>	<p>Para nós em terapia ocupacional nós estudamos que a atividade é o terceiro termo de uma relação triádica, nosso equipamento de trabalho e agente usa ela como um recurso terapêutico para estar tratando o paciente. Eu consigo perceber que a atividade me ajuda no meu atendimento de acordo quando os pacientes vão fazendo as atividades, a evolução dele, nesse fazer atividade. Ele faz uma atividade que não sai tão bem na primeira vez, na segunda vez ele já consegue obter uma melhora, conseguindo ter uma habilidade manual melhor para realizar. Ele começa a sentir maior interesse pelo que está fazendo e aí conseguimos ver a melhora do paciente por meio dessa evolução do fazer. A atividade me facilita a chegar mais próximo do paciente, é um meio facilitador da gente manter e fazer uma melhor relação com o paciente.</p>
	<p>Coordenador (3)</p> <p>CAPSad</p>	<p>Eu consigo perceber que o trabalho da terapia ocupacional é um trabalho que tem sentido de transformar, então ele pega o velho e transforma no novo. É o que acontece com os paciente aqui, então eles vem numa situação bastante desmotivado, e com a vida totalmente desestruturada, se sentindo como se fosse um lixo realmente, pois vive em função de alguma coisa, então eles vem aqui para tentar transformar sua vida. Então é dessa forma que o to faz. Por isso ele tem um sentido e um significado muito importante durante o nosso tratamento. Outra coisa é a questão da dinâmica em equipe multiprofissional, por isso todos os profissionais têm total importância aqui dentro, como o to. As atividades acalmam muito os pacientes, pois os nossos pacientes acabam ficando muito ociosos devido ao uso da droga, então durante as atividades eles</p>

		<p>começam a perceber novamente que eles têm condições de voltar a ativa, se valorizar, tem capacidade de fazer aquilo, de mostrar que ele consegue. Eles vêem aquilo que eles fizeram, e tem aquela coisa de resgate da auto-estima. Da questão de valores, da questão do cuidado com ele, a questão da higiene, da beleza, o to consegue trabalhar durante as atividades. A questão da personalidade e do comportamento, responsabilidade, regras e limites, coisa que eles perdem, pois durante as atividades, você precisa respeitar algumas regras, precisa estar concentrado, esperar sua vez, dividir materiais, pois o dependente perde tudo isso com o tempo. A questão da concentração, atenção, memória, então eu acredito que tudo isso seja trabalhado dentro das atividades propostas no grupo de terapia ocupacional.</p>
	<p>Coordenador (4) ASM/RT</p>	<p>Eu vejo de muita importância a parte da terapia ocupacional na psiquiatria até porque o to consegue através das atividades, trazer o paciente para a realidade dele, é um momento que o to tem também de conseguir através das atividades de ver aquilo que está mais afligindo o paciente e que estava escondido. Os pontos mais críticos da doença dele. Eu falo assim que a terapia ocupacional tanto com a psiquiatria, como a medicação, o psicólogo, é tudo casado, é toda uma coisa que precisa da outra. Junto uma com a outra. Porque na terapia ocupacional você consegue muitos ganhos com os pacientes. Até aquelas pacientes que você pensa que tem menos recurso para oferecer, a terapia ocupacional consegue buscar lá dentro do paciente algo de bom, nossa dá para fazer nada com esse, mas to sempre nos surpreende trazendo algo de bom daquele paciente. Então eu vejo muito importante mesmo, um trabalho que eu acho brilhante. Tem que ter to na equipe, principalmente na psiquiatria. Tem gente que vê e fala nossa ficar pintando um desenho, um trabalho manual. Mas que seja um trabalho manual, porque na maioria das vezes no momento que está fazendo as outras pessoas e o próprio paciente não consegue enxergar muito resultado, mas com o tempo isso vai trazer benefício para sua vida lá fora, mesmo</p>

		<p>pegar uma linha que seja, mas ele vai estar ali tentando algumas atividades que ele havia esquecido. Por exemplo você dá um desenho para o paciente pintar e aí durante o fazer o to consegue perceber como esse paciente está, as cores que está usando, carregando, se apresenta uma emoção mais forte, se ele está conseguindo ficar ali fazendo a atividade. Aí você começa a perguntar alguma coisa para o paciente durante o grupo e ele realmente deslança a falar, coisa que se você colocar ele na sua frente e perguntar, um simples bate papo, nada sai, através da atividade, você tem um recurso, para trazer tudo aquilo que nosso paciente já engavetou lá faz tempo e não consegue falar simplesmente. Um paciente depressivo que está naquela fase que não quer fazer nada, não quer sair da cama, então o to consegue muitas vezes trazer esse paciente, bom vocês to sabem dos recursos que vocês tem em mãos para trazer esse paciente de volta, ao dar uma atividade para um paciente psiquiátrico. É uma forma de vocês trazerem ele de volta para a vida para</p>
	<p>Coordenador (5) HP</p>	<p>O terapeuta ocupacional é fundamental dentro da equipe, ainda mais se tratando de pacientes com alterações psiquiátricas. Então como membro da equipe ele soma muito, nas decisões seja ela mais específica da profissão dele, ou da decisão do grupo. Assim a opinião é fundamental e fora o trabalho que já é mesmo né? A AVD, deixar o paciente mais independente possível nas atividades, nas escolhas, e aqui o terapeuta trabalha, como ele trabalha dentro das unidades, então assim, a gente tem uma equipe dentro do setor de psiquiatria, neurologia, ele faz parte da equipe. Então ele trabalha lá na questão do posicionamento da alimentação, isso melhora para o grupo. Então assim além dele trabalhar individualmente a questão do paciente, para o grupo isso é muito importante. Porque se ele consegue adequar aquele morador com um distúrbio mais acentuado que o outro, ele consegue adequar todo o ambiente né? Então assim são as situações em que o terapeuta ocupacional atua. Tanto dentro da equipe, do núcleo no caso. Então assim ele é</p>

		fundamental para nós. Porque assim cada profissional tem uma visão. O terapeuta ocupacional sua visão, o psicólogo a visão do psicólogo. Então no caso quando eles fazem a avaliação cada um vê mais específico a sua área, mas quando sente e junta fica o individuo como um todo. Claro que cada um vê como um todo com suas particularidades, mas assim, o fato de cada um ter a sua especialidade quando senta todo mundo e junta, o trabalho fica excelente. Porque você tem todas as opiniões, todas as visões. Então fica muito bom.
	Coordenador (1) CAPS I	No caso do meu setor. Ele é fundamental na entrevista. Ele consegue colher dados muito importantes para poder ver qual atividade seria boa para esse paciente. Porque através das atividades que o terapeuta ocupacional propõe ele vai percebendo o paciente, pelas mudanças de atividades e vai passando para a equipe o que ele achou, o que pode ser melhorado. O que cada um pode ir ajudando. O que precisa ser trabalhado. Até a questão da medicação ele consegue nos ajudar. Então é um profissional que nos ajuda muito. Acredito que através das atividades o terapeuta ocupacional trabalha muito também a humanização, hoje na psiquiatria isso é de extrema importância. Na saúde mental. Como o terapeuta ocupacional é um dos profissionais que está mais próximo do paciente, então ele ajuda bastante.

TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Pergunta base: *O que é a Atividade no seu trabalho de terapeuta ocupacional?*

	Terapeuta Ocupacional (2) CAPSi	Eu acredito que a atividade é um meio para atingir um fim que seria a recuperação do paciente, a melhora no sentido tanto psicológico, como psicomotor. Na parte social você usa a atividade tanto para avaliar como para tratar o paciente. Então ela tem uma ampla finalidade. Ela pode ser utilizada para diversos aspectos, avaliação, tratamento, acompanhamento da evolução terapêutica, ela é um instrumento para estabelecer uma relação do terapeuta com o paciente. É uma tríade mesmo, na terapia ocupacional você não tem como isolar isso, a
--	--	---

		<p>atividade, o paciente e o terapeuta. Ela é usada, como no caso de uma criança aqui, agente usa a atividade para tudo mesmo. Tanto para avaliar quando você ainda não conhece a criança em um primeiro momento, você senta com a criança, usa de forma lúdica, interativa, ver como ela reage, como ela utiliza a atividade. Que pode ser uma atividade lúdica, expressiva, uma atividade social, recreativa. Então ela tem uma ampla finalidade. Se você está utilizando uma atividade em um grupo de crianças, de pacientes, a atividade ajuda a ver como a criança interage não só com a atividade, mas também com o próprio grupo e com o terapeuta ocupacional também.</p>
	<p>Terapeuta Ocupacional (3) CAPSad</p>	<p>Atividade é um instrumento de trabalho que eu utilizo para interagir com o paciente, estabelecer vínculo e com isso ir construindo o cotidiano dele, que está fragmentado, pois os pacientes aqui são usuários de álcool e droga e ao longo do tempo eles vão perdendo o contato social devido ao uso da própria substância, porque com a dependência ele se afasta do meio e vive entre eles em grupos que consomem a substância. Então a atividade proporciona para eles uma integração entre eles e a partir daí agente leva para o externo, através das atividades sendo levadas para exposição, eles estão sempre se colocando, agente sempre explicando aos pacientes esse processo do fazer. E com a atividade eu consigo interagir com eles, só que a demanda deles interna é muito grande, essa clientela eles têm uma demanda interna muito grande durante o fazer, por isso é preciso o tempo todo parar a atividade para uma conversa, para ver o que eles trazem de bagagem, eles associam muitas vezes as atividades que eles fazem no grupo de terapia ocupacional, com as atividades da infância. O trabalho é muito legal, mas é muito trabalhoso, pois você tem que ter muito conhecimento de psicanálise, você tem que estar estudando o tempo todo, sentando com o psicólogo e tentando entender alguma coisa que surgiu e perguntando como eu faço outras. Pois no curso de terapia ocupacional não trazemos toda essa bagagem. Como eu sempre trabalhei com pacientes psiquiátricos, a estruturação do terapeuta ocupacional passa a ser de fora para dentro. E aqui não é a atividade associada com o interno. É interessante também</p>

		a volta do sorriso na face dos pacientes, sendo refletido nos seus olhos e faces quando olham as atividades que estão sendo feitas, apreciam elas como troféus, mostrando assim o quanto de vida ainda há dentro desses pacientes que passaram muito tempo dos seus dias presos as drogas.
	<p>Terapeuta Ocupacional (1)</p> <p>CAPS I</p>	<p>A atividade para gente ela é, como vou te explicar, é através dela que agente consegue está tendo, obtendo, uma comunicação com o paciente, pois as vezes você pega um paciente que é introspectivo, então através da atividade você consegue buscar muitas coisas. Que nem aqui agente usa a atividade como uma reconstrução, então vamos estar construindo algo novo, através da atividade. Então eles desenvolvem vários tipos de atividades, atividades artísticas, artesanais, esportivas, de lazer, são uma bateria de atividades que a gente busca está alcançando a reabilitação psicossocial. É através da interação, da expressão corporal, da expressão verbal. E a atividade ela proporciona isso mesmo para agente, a expressão não verbal e aquele contato não verbal, entre terapeuta, paciente e atividade, então é uma tríade. Então uma simples atividade pode estar buscando e conseguindo vários aspectos com relação com o paciente, mesmo ele se comunicando ou não. Tem paciente bem introspectivo, você vê a melhora, uns demoram mais outros menos, mas você vê a melhora na cara do paciente, o paciente chega totalmente introspectivo, um paciente que tem uma depressão, até o esquizofrênico, que é bem introspectivo, durante as atividades, durante os trabalhos, você percebe a evolução, primeiro ele está ali, depois ele começa a interagir com um, dois, e ai você já vê ele está interagindo com o grupo e depois em uma festa ele já está dançando, você entendeu? Então você vê bem a evolução através da atividade, a questão da comunicação, pois tem muitos que são de falar pouco, principalmente na saúde mental, e eles conseguem se expressar e falar com o grupo através das atividades. Ontem teve festas junina e tem um paciente que é esquizofrênico, ele é totalmente embotado, mas você precisava ver ele dançando quadrilha, ele não sorri, ele sorri muito pouco, é muito difícil dele interagir. Mas ali na dança ele interagiu da maneira dele, então aos poucos ele está melhorando. Aqui temos</p>

		<p>grupos de pacientes com transtornos mentais, mas que tem também o retardo junto, então tem a parte cognitiva bem rebaixada, então esse grupo agente separa, que são pacientes que tem uma certa limitação, então através da atividade trabalhamos a questão de limites, pois tem paciente que não tem limite, paciente que não consegue desenvolver, que não interage. Então você trabalhando com o grupo impondo limites, regras, você consegue ver a evolução. Tinha paciente que chegava e se jogava no chão, hoje ele consegue interagir com o grupo. Está afetiva, está adequada, participa das atividades, nunca tinha feito nada. Consegue se expressar. Então a atividade é um meio de comunicação imprescindível. É através delas que o paciente volta a ser ativo novamente, ao invés de ficar só na passividade.</p>
	<p>Terapeuta Ocupacional (4) ASM</p>	<p>Eu acho que o atendimento de terapia ocupacional deve ser um atendimento totalmente singular, eu, o paciente e atividade, então assim que tento ajudar essa paciente a direcionar seu cotidiano. O que ele está passando. Como está em casa, tentando direcionar ele nos seus fazeres. A atividade é um recurso dinâmico, estou há pouco tempo aqui. É visível ver a melhora do paciente quando usamos uma atividade. Acredito que uma das maiores dificuldades encontradas nos nossos pacientes em psiquiatria é que eles se encontram presos em uma passividade, demonstrando uma relutância muito grande em iniciar qualquer tipo de atividade, portanto nós todos precisamos ter muita criatividade gigante para conseguir o início deles nas atividades, pois eles se assustam com qualquer coisa que saia de sua rotina. Eles falam muitas vezes que não querem aprender mais nada, pois não conseguem, são doentes, apenas depois de um tempo de atendimento é que eles vão percebendo que está sendo bom que eles conseguem aceitar mais. Assim as transformações nos pacientes ocorrem gradativamente durante os atendimentos. Há uma inversão do sentir-se inútil para o ser capaz de fazer e aprender. Não existe apenas uma valorização do produto final, mas durante todo o fazer aquela atividade, todo o processo de aprendizagem durante sua realização. Assim eu acredito que as atividades podem trazer diversos benefícios para os pacientes em psiquiatria como</p>

		a melhora da auto-estima; melhora na comunicação entre eles, torna os paciente ocupados e úteis , ajuda nas atividades de vida diária, desenvolve talentos e outros.
	Terapeuta Ocupacional (5) RT	A atividade na terapia ocupacional é a alma do negócio, acho que ela é extremamente importante, porque aqui nós não temos trabalhos profissionalizantes, então se eles forem em uma indústria ou outra coisa, não tem. Então eu como to tenho que tentar que durante as atividades escolhidas com cada paciente eu tenho que pensar nisso tudo, qual delas que vai trazer benefício para esse paciente. Então aqui dentro da residência terapêutica é imprescindível as atividades de vida diária. Então cada um lava sua roupa, arruma sua cama, limpa seu quarto. Agora dentro do ambulatório temos atividades de culinária, todos participam depois eles comem, podem levar o que sobrou para casa para dar para pessoas que gostam, outro dia tem atividades de avd, de quinta eu levo os pacientes em uma lanchonete, fazendo mais uma atividade de ressocialização, toda quinta, agente passa a tarde lá, então é aquele momento que eles comem alguma coisa diferente, escolhe o que quer, toma uma coca-cola, toma um sorvete, um doce. E na sexta-feira de manhã eu sai com os pacientes da residência para comprar o hortifruti. Todas essas atividades os mantêm ocupados, pois senão eles vão ficar aqui dia e noite sem fazer nada. Além de ser boa para cada tipo de paciente. Cada atividade tem que ser específica para cada um. A atividade em todos os casos diminui muito a ansiedade dos nossos pacientes. Acho que a atividade além dela ocupar o tempo ela é uma coisa prazerosa, porque eles gostam de fazer, não é só por obrigação. Quando eu chego para os atendimentos no ambulatório, todos os pacientes já estão prontos na sala me esperando, então eles gostam de participar. Então tem essa interação entre eles. No hospital nós tínhamos muitas atividades para oferecer, tínhamos espaço e auxiliares de to, aqui nós não temos.
	Terapeuta Ocupacional (6) HP	Para mim a atividade é fundamental no trabalho com os pacientes da Saúde Mental, porque é através das atividades que a gente consegue proporcionar uma reestruturação com o morador. E então assim, eu procuro trabalhar muito os aspectos de AVD e de vida prática, porque os

		<p>pacientes vão á cidade, fazer compras, almoçar fora e dentro da unidade a gente utiliza da atividade para facilitar o cotidiano dele, na vida do dia-a-dia, como banho, alimentação. Toda a rotina da unidade. Então assim a atividade ela tem um papel fundamental no processo terapêutica. Na C3 par a gente já consegue que alguns moradores lavem as próprias roupas, então tem a lavanderia, estende, tem uns que até passam a roupa. Então assim para quem não fazia absolutamente nada, ficava assim vamos se dizer na cama o tempo todo ou no pátio, lavando sua própria roupa, é um ganho gigante, mas eles não conseguem visualizar. Mas na verdade não é só eles que não conseguem visualizar, eles não conseguem, funcionários não conseguem. Eu acho que é porque todos se acostumaram com a rotina. É interessante a visão de alguns funcionários com relação ao nosso trabalho. Eu saí ontem com um morador nosso da C3. Aí alguns funcionários falaram assim para mim na hora que eu estava saindo: você vai levar ele para sair na cidade, você tem certeza???? Eu disse: eu tenho certeza e eu vou levar. Nossa chegou na cidade, apesar dele não verbalizar, não conversar, sabe alegria que ele estava, que ele estava sentindo(pausa). Levamos ele para escolher as roupas que iriam ser compradas para ele. Sabe, apesar dele não falar, ele participou o tempo todo desse processo e nós falamos o tempo todo para ele. Nós estamos comprando a roupa para você. O tênis para você. Aí depois das compras paramos no bar, comi salgado, tomou refrigerante, assim, se comportando muito bem. E assim, é tão interessante que esse paciente da C3, teve um dia que eu percebi que ele estava colocando a mão dentro da calça. Eu fui ver e ele tinha colocado a cueca ao contrário, aí eu falei para ele: agora você vai tirar a sua roupa. E ele ria né? Eu falei para ele: tira a sua roupa você. Aí eu comecei até a ajudá-lo e eu brincava com ele assim, aí se a minha LT ver eu fazendo isso ela vai ficar brava comigo, porque é você que tem que tirar a sua roupa. E ele ria, ria, ria, sabe. Então assim, apesar dele não se comunica, se comunicar verbalmente, ele estava interagindo ali, pois a comunicação corporal estava presente o tempo todo. Hoje de manhã até conversando com a psicóloga da unidade eu questioneei assim:</p>
--	--	--

		<p>Mas olha hoje está frio né? Por que necessariamente tem que tirá-los da cama as sete horas da manhã, vamos tirar da cama aqueles que estão realmente sujinho. O xixadinho. Eles vão ter o dia todo para fazer as tarefas, pois aqui é a casa dele. Porque se eu tiver um cuidador e o meu cuidador me levantar as sete da manhã num dia desse, como muito frio e chuva. Não vou gostar nenhum pouco. Então por que???? Ele não pode tomar banho as 10, meio dia, as 2 da tarde???? Tem que ser aquela coisa mecânica.</p>
	<p>Terapeuta Ocupacional (7) HP</p>	<p>Os pacientes aqui no CAIS na maioria são pacientes crônicos, pacientes de longa permanência. Raramente eles mantêm contato com a família e raramente também infelizmente eles vão receber alta, é uma opção mínima. Então o que acontece a própria permanência longa dele aqui dentro, faz com que ele vai deixando cada dia de fazer alguma coisa, porque perde o interesse por aquilo. Então assim, ontem ele fazia barba, semana que vem ele já não quer mais fazer aquilo, ele acha que vai fazer a barba para que? Se ele não vai sair daqui mesmo. Então a gente tem que estar falando quase a mesma coisa, quase todos os dias. Olha é importante para você manter a sua barba feita, porque isso vai trazer uma aparência melhor, melhorada para você. Você vai se sentir mais bonito. Você vai se sentir melhor. Então o trabalho passa a ser muito repetitivo. Fica muito repetitivo, porque o paciente tem uma rotina da própria instituição. Ele acorda, ele tem o remédio da manhã, aí ele vai ara o banho, aí ele vai para o refeitório tomar o café da manhã, então ele tem essa rotina, que ele tem que cumprir essa rotina. E ele tem a própria rotina dele, que é a lentidão ao acordar, vontade de ficar um pouco mais na cama, a vontade de ao fazer mais aquilo, porque não vai adiantar nada. Porque acontece com a gente, não vai acontecer com eles, então, eu vou me arrumar para que se ninguém gosta de mim, ninguém vem me ver, não tenho ninguém, vou me arrumar para que, se eu vou ficar aqui dentro. Vou fazer barba, não, não precisa fazer barba não. Eu não vou sair para lugar nenhum. As vezes nem pensa no sair, mas pensa que não vai adiantar. Vai fazer hoje a toa, tudo de novo. Então acaba sendo isso. Então os terapeutas ocupacionais aqui, a gente encontra essa</p>

		<p>barreira da repetição, acaba deixando a gente realmente cansados. Ai ele vai para o almoço 11 horas, metodicamente. Então ele tem que respeitar a rotina da instituição. A comida chega as 11 e ele tem que comer, esteja com fome ou não. Ele senta para comer, tem o auxiliar de enfermagem, tem o auxiliar da limpeza que também precisa fazer seu trabalho, por isso ninguém pode atrasar para atrapalhar o serviço do outro. Então aquilo começa a ficar embolado. Nesse movimento todo, nós terapeutas ocupacional vamos nos encaixando, ta entendendo, então assim de repente, eu entrei no banheiro e naquele momento eu presenciei uma cena que ele já aprendeu ontem e a auxiliar de enfermagem está fazendo para ir mais rápido, pois ela precisa cumprir horário. Porque ela também tem a rotina dela e que tem que cumprir. Então as vezes sai da nossa mão, pela própria institucionalização, então não tem jeito. Então a gente vai, então acho que aqui hoje a gente é terapeuta ocupacional bombeiro, vai apagando os incêndios, assim tuf, tuf, tuf e quando a gente tem uma pausa que é das 10 horas as 11 horas, que acabou a rotina dele da manhã e 11 horas começa a rotina do almoço. Então eu tenho uma hora. Eu trabalho aquela uma hora, algo mais individualizado. Cada dia com um, então são 40 pacientes dentro da minha unidade. Então se eu for fazer cada dia com um eu vou demorar 40 dias, ou seja, mais de um mês para eu voltar a fazer um encontro com aquele paciente que eu comecei. Então o paciente vai me ver hoje, vai me ver daqui 40 dias e vai me ver durante toda a sua rotina do dia. Então é isso. Então que a atividade dentro de tudo isso funciona. A gente precisa com toda certeza ter o nosso olhar de terapeuta ocupacional, então o olhar de terapeuta ocupacional, eu até falo para as meninas, que nós não podemos esquecer que dentro dessa rotina mesmo, a gente vai construindo uma nova vida, da gente, dele e da rotina da instituição. Então acaba virando uma terapia ocupacional, um núcleo, uma clínica, tudo junto e misturado. Outra coisa que gostaria de falar é sobre um projeto que temos aqui dentro, que eu coordeno, que se chama projeto aquarela. Tudo começou quando eu era terapeuta ocupacional do CAPS na época, na época na verdade nem era CAPS, era Hospital</p>
--	--	---

		<p>Dia, então eu vim para a unidade, aí teve uma reformulação, mudanças de vários profissionais no local. E aí o que a diretora fez, ela achou que cada profissional, todas as áreas, iria ser usado em locais de emergência, ela achava que eu deveria sair do HD que estava se seguindo e vim para um lugar que estava mais necessitado. Eu vim para essa F1 que na época era uma unidade só de homens, não tinha nenhuma mulher, e era psiquiatria. Então aqui no Hospital Clemente Ferreira, isso há oito anos atrás, tinha duas unidades de psiquiatria só, que era a F1 ímpar, que era uma unidade masculina e a F3 ímpar que era uma unidade mista. Então a F1 era uma unidade de pacientes masculinos mistos com pacientes semi dependentes e dependentes e também de comportamentos misturado, então ali eu tinha um paciente menos agressivo e um paciente agressivo junto, no mesmo local e era um transtorno, porque pensa, na época eu entrei em uma unidade com 40 homens nus, comendo agachado no chão, com a mão, ninguém sentava. Eu falava que era um verdadeiro inferno do avesso, e realmente era. Era um verdadeiro inferno do avesso, que você aquele monte de homens sem direção nenhuma. Mas assim, porque será sem direção. Porque muitos hospitais na época começaram a fechar e o hospital Clemente Ferreira começou a absorver aquela população que vinha de tudo quanto era lugar. Então estava se organizando tudo, se organizando a psiquiatria no estado de São Paulo e se organizando a psiquiatria do Clemente Ferreira, a psiquiatria aqui foi inchando. E aí depois que parou esse processo, agora então vamos nos organizar dentro do que tem, do que ficou, cada um com cada um. Aí no meio dessa miscelânea, veio um senhor que se chama M., que é vivo até hoje, ele veio do hospital de Promissão, Clínica de Repouso Dom Bosco de Promissão naquela época. Ele já veio com histórico de lá, que ele era um fumante compulsivo, agressivo, hostil, que ficava, permanecia, a maioria do tempo deitado no quarto fumando. E isso se repetia aqui dentro. Ele ficava realmente dentro do quarto fumando, com todos os perigos, de dormir com o cigarro e se queimar e o quarto dele, como ele era um paciente que a família está próxima. O irmão vinha e vem visitar ainda com frequência e trazia</p>
--	--	--

		<p>na época muito cigarro para ele, saquinho de fumo e todos os pacientes fumavam muito, porque era o que tinha e também porque aquilo que eu falei estava tudo começando a organização. E um belo dia, fazia uns seis sete meses que eu estava trabalhando dentro desta unidade, eu trabalhava simplesmente o básico, vamos sentar para comer, vamos vestir o sapato, vamos ficar de roupa. Então a atividade da terapia ocupacional naquela época era isso só, era fazer ele entender que ele precisava usar um sapato para se proteger, para ficar mais confortável, fazer o paciente comer melhor sentado do que agachado, usar um talher ao invés de usar as mãos. Era essa atividade que tinha na época, era de emergência na época também, não tinha como pensarmos em outra coisa. Só que esse paciente que te falei, não se enquadrava em nada disso, ele era muito hostil, você chegava para falar com ele, ele não queria, ele tinha ímpetos de agressividade rapidamente, enfim e um dia eu cheguei e conversei com ele. Falei seu M. o senhor precisa se interessar por alguma coisa, o que o senhor gosta de fazer? Ah eu gosto de plantar, eu gosto de cuidar de vaca, eu gosto de cuidar de cavalo, que eram coisas que ele fazia no passado dele né? Ele e a família moravam no sítio, então ele gostava de coisas que faziam parte do seu passado e aí essas coisas não eram possíveis aqui né? A gente não tem vaca, não tem cavalo, não tem essas coisas, e foi aí que num momento que passou pela minha cabeça se ele gostaria de pintar alguma coisa. Ele já foi falando, papel eu não quero, papel eu não quero pintar, então eu disse que poderíamos pintar uma tela, fazer um quadro. Aí eu falei para a gente fazer um quadro para ele enfeitar seu quarto depois de pronto, para assim poder ficar um quarto mais bonito, um quarto mais aconchegante. E ele não me respondeu nada, eu precisei ir embora. No outro dia ele me encontrou as sete horas da manhã assim que eu cheguei no hospital com uma fotografia de um quadro que ele tinha visto em uma revista. Quer era um quadro de festas. Ele disse: eu quero pintar esse. Qual foi a minha surpresa, que eu ia ter que fazer uma atividade que eu nunca tinha feito e ainda auxiliar uma pessoa que não tinha noção de nada daquilo. E nós ficamos lá, desde aquele momento, tinha tudo para ser feito,</p>
--	--	--

		<p>tínhamos que desenhar aquela figura, transcrever aquela imagem para uma tela, a imagem era bem pequenininha e a tela era bem grande. Ficamos das sete as duas horas da tarde passando esse desenho. E daí nós começamos a pintar e com isso outros moradores foram se aproximando, foram pedindo para fazer também, para fazer junto, e daí então nós construímos um projeto, que demos o nome de Aquarela, que foi escolhido pelos moradores, por conta daquela musica Aquarela do Toquinho. Nós resolvemos a partir daí fotografar todos os quadros que eram feitos, fazer um calendário, foi feito um primeiro calendário do CAIS Clemente Ferreira, quando o CAIS completou 50 anos de idade. Então nós fizemos essa primeira vernissage e cada mês uma estrofe da musica aquarela do Toquinho. Primeiro nós pedimos autorização para o Toquinho que nos foi dado, ele recebeu também um calendário que nós enviamos. Fizemos então nossa primeira vernissage, convidamos várias pessoas da cidade, fora da cidade. Nesse primeiro trabalho foi tudo pago pelo CAIS Clemente Ferreira, até porque nós ainda não tínhamos um programa para fazer o calendário. Então nós contratamos um artística gráfico, para fazer o trabalho gráfico do calendário, mandamos depois imprimir em uma gráfica e pagamos tudo isso. Só que nós tivemos uma surpresa. Que todas as pessoas que nós convidamos a maioria vieram e a maioria se interessou tanto pela compra dos quadros, como pela compra dos calendários. E aí nós, o projeto, devolveu todo o dinheiro para o CAIS Clemente Ferreira. A partir daí todo ano a gente sentava para escolher uma música, escolher as telas, aí nós começamos a ficar uma coisa mais profissionalizada. Porque aí eu sentava com eles e conversamos qual seria o tema do nosso calendário esse ano, vamos pensar nisso, vamos pensar naquilo. Ai a gente escolhia o tema, escolhia uma musica que estivesse relacionada com o tema e aí começava a escolher as pinturas. A partir disso começou a ficar mais profissionalizado, mais técnico e isso a gente já estava com 23 artistas participando do projeto. E a partir daí todo ano a gente foi lançando a exposição, a vernissage, e a venda das telas e dos calendários. E foi construindo assim, cada ano a gente vem recebendo elogios. A imprensa</p>
--	--	--

		<p>que cobre nosso evento todo ano. Nós já saímos em revistas, só que esse ano nós demos uma parada, para este ano nós não vamos ter. Mesmo porque está tendo um novo redimensionamento de moradores dentro do hospital, hoje a psiquiatria do CAIS são três unidades, tem a F1, F3 e a C3. Ficando hoje a C3 par com os moradores mais independentes. E onde eu estou F1 semi dependente e a F3 dependente total. Mas ainda não é um projeto fechado. Porque esses moradores que estão na C3 vão para a residência, vão para lares, e os outros vão chegando onde deveriam chegar, em seu destino, que é fora do Clemente. Então para isso a gente está investindo hoje bastante na individualização, nos cuidados com as roupas individualizadas, os utensílios de talheres, escovas de dente, pasta, barbeador, roupas, enfim nós estamos pegando bastante nisso, porque é esse o objetivo levar esses pacientes para o lar e futuramente para uma residência terapêutica. Olha outra coisa a maioria dos pacientes não enxergam o resultado da terapia ocupacional, a maioria dos pacientes não conseguem ver os resultados positivos que eles estão conseguindo. Eu acho que tudo isso, é porque tudo isso que eu já falei, está desmotivado internamente, porque assim eles devem ficar se perguntando porque eles deveriam ficar melhor? Por que eu vou precisar ficar melhor? Ah porque você vai morar em uma casa. Você não quer morar em uma casa? A maioria responde que não, eles não querem viu. Eles não querem sair. Eles não querem nem mudar de unidade, devida a acomodação, porque hoje cada unidade se transformou na casa do paciente. Por isso a gente chama ele de morador. E eles acreditam que nós fazemos parte da família deles. Tira ele dali é um sofrimento, no entanto, a gente tem que tira-los dali para seguir o processo antimanicomial, nós temos, mas para ele é um sofrimento muito grande. Então vê bem, quanta coisa é feita e nós só damos conta quando falamos. Tem uma paciente que chega para mim e fala. Você não pode ficar aqui do meu lado, você tem que ficar ali atrás da mesa e eu sentada aqui na sua frente. Olha você vê quando eu vim para essa unidade, eles não usavam roupa, não usavam sapato, comiam com a mão. Hoje você vai com</p>
--	--	---

		<p>ele para restaurante, vão para festas e se comportam muito bem, usam talher, não faca, pois não podemos usar faca na unidade, não permite nessa unidade, quem sabe mais no futuro. Mas fora da unidade eles usam. Usam guardanapo, usa faca, usa garfo. Aqui ele come com colher. Porque ainda todo mundo fica cheio de dedos na realidade. Então a atividade em sim, ela não tem um produto final palpável, muitos alunos acham que precisa desse tipo de produto final. Mas olha o produto final: é participar da vida do paciente, mas do que pintar um quadro. O problema maior, eu acho da terapia ocupacional é a preocupação com a terapia ocupacional. Eu acho que a gente não tem que se preocupar com isso, a gente tem que deixar a coisa caminhar. E desencana, que vai, porque o negócio é não ter. Porque se não tiver aí fica robôs. Porque imagina se você não entra no banheiro, não dá seu olhar, não facilita aquele negócio, como é que fica? Dentro do banheiro uma auxiliar vai lavando, a outra vai enfiando a roupa. Aí já puxa para lá para tomar café, aí já puxa para cá para andar no pátio. Ficando um condicionamento total.</p>
--	--	---

PROFISSIONAIS DE EQUIPES

Pergunta base: *Qual o significado do atendimento de terapia ocupacional para você?*

PROFISSIONAL		ENTREVISTA
	<p>Profissional (3) CAPSi</p>	<p>Na verdade quando eu entrei aqui eu não sabia muito bem o que o terapeuta ocupacional fazia, ao longo do meu trabalho que eu fui tendo contato com o terapeuta ocupacional e percebendo o quando ele é importante. Explicando muitas vezes para a criança, eu vejo que durante o atendimento da terapia ocupacional, as atividades que são propostas, as crianças não percebem que estão passando por um atendimento, eles realizam a atividade de forma mais prazerosa, não percebem que estão fazendo uma coisa tão importante, que essas brincadeiras estão ajudando nas atividades de vida diária deles, na coordenação motora. Os pacientes medicados que estão com a coordenação mais prejudicadas, nas atividades de terapia ocupacional vão melhorando. São atividades que eles não percebem que está sendo uma terapia, por isso que eles, os pacientes, muitas vezes não denominam o atendimento de terapia ocupacional,</p>

		<p>como um atendimento, uma terapia, mas é. Então muitos não percebem isso, muitos dificuldade de enxergar isso. Hoje eu acho imprescindível ter o terapeuta ocupacional na equipe para o rendimento e progresso do tratamento. Sem terapeuta ocupacional não conseguimos ficar não. A atividade ajuda em todos os sentidos, na percepção, na coordenação motora, eles entram em contato com o esquema corporal, de uma maneira que nem eles percebem, mas eles vão fazendo atividades muito programadas e com grandes objetivos. Pois só o tratamento cognitivo não resolve, no atendimento do terapeuta ocupacional, o paciente tem que ser ativo, tem que fazer, tem que participar. Por isso eu vejo que tem um grande retorno.</p>
	<p>Profissional (4) CAPSad</p>	<p>Eu diria que o profissional terapeuta ocupacional, ela me acrescenta muito no meu trabalho, primeiro pela necessidade da equipe multi. E o que acontece ter essa profissional, ainda mais aqui falando de dependente, agente entende que é assim ela vai facilita no processo desse cliente, a interação, é o trabalho com o grupo, a comunicação, a atenção, a concentração, tudo em um contexto profissional e outras coisas mais que agente sabe né? A habilidade manual, tudo que vier desse profissional. Durante os grupos quando eles passam pelo atendimento da terapia ocupacional eu consigo perceber o comportamento deles também, por exemplo, se eles entram aqui para o atendimento calmos ou quietos por conta da dependência, ou por outras dificuldade, quando eles passam pela terapia ocupacional eles conseguem ter outros comportamentos, um comportamento um pouco mais sociável, passa a interagir melhor. Durante a execução das atividades eu consigo observar o humor desses pacientes, o ânimo deles durante a execução das atividades, falam muito, principalmente o grupo feminino, é interessante elas falam muito durante o grupo de atividades e nem percebem muitas vezes o quanto estão falando. Os meninos também, porque assim, a terapeuta ocupacional não é somente um grupo feminino, mas masculino, adolescente, todo o público.</p>
	<p>Profissional (1) CAPS I</p>	<p>Eu vejo como uma importância tremenda, porque conseguem descarregar suas emoções durante as atividades. Eu vejo que muitos pacientes não tem paciência para fazer as atividades, e com o decorrer do tempo, dos atendimentos, eles conseguem a desenvolver essa paciência, esse</p>

		<p>capricho. Eu vejo o trabalho muito específico com a abordagem, com o atendimento, com a paciência que ela tem. A atividade ajuda muito, pois eles começam de um jeito sem paciência e depois mudam muito. Não conseguem terminar uma atividade, não tem interesse por nada e com o tempo, com a abordagem da terapia ocupacional, eles conseguem terminar as atividades, capricho, consegue descarregar as emoções mesmo nas atividades. Eu não sei te dizer especificamente o que a terapeuta ocupacional trabalha em si, não é da minha área, mas eu consigo ver o desenvolvimento do paciente, como eles melhoram. E como eles gostam também dos grupos que a terapia ocupacional está atuando. Agente consegue ver mesmo em pouco tempo de trabalho, a melhora, o desenvolver da comunicação.</p>
	<p>Profissional (2) CAPS I</p>	<p>Eu não sei muito o que é ser to pois eu não sou né? Mas eu percebo que os pacientes chegam para o atendimento sem coordenação motora, não tem raciocínio rápido, as vezes, eles são meio sonolento, lerdos, e conforme eles vão trabalhando durante as atividades, você vai vendo o crescimento deles, pouco a pouco, porque o trabalho também vai evoluindo. Uma coisa que eles faziam no começo e que não ficava tão boa, vai melhorando, vai tendo uma melhor coordenação motor, consegue pensar, consegue criar. Melhora a paciência do paciente. E o melhor de tudo é que a terapeuta ocupacional sempre aborda de uma forma o grupo, para que o paciente perceba durante a atividade, o que ele pode levar dessas atividades para sua vida fora daqui. As vezes eles falam é isso é difícil não consigo fazer, ai sempre incentivamos não calma, estamos aqui para te ajudar, vamos devagarinho, você vai tentar, senão ficar bom, agente vai desmanchar, vamos tentar novamente, então isso ela consegue ter mais confiança. Ou eles colocam que a atividade é muito boba e depois eles percebem todo o sentido daquela atividade, que eles podem usar aquele fazer do grupo para suas dificuldades fora daqui. E na verdade nós aprendemos mais com eles do que eles com nós. Os atendimentos de terapia ocupacional permitem a valorização do paciente como pessoa atuante na comunidade.</p>
	<p>Profissional (6) HP</p>	<p>Como a gente trabalha em equipe multidisciplinar eu acho que cada profissional ocupa aquele espaço e juntos a gente consegue desenvolver um trabalho bem mais produtivo. No caso da terapia</p>

		<p>ocupacional na minha unidade de psiquiatria com pacientes com uma dependência maior. Então o trabalho desse profissional é bem voltado para a prática do dia-a-dia ali, dos cuidados pessoais, adaptação dele nas atividades. Eu acho bastante interessante, pois no meu caso a gente tem uma terapeuta ocupacional dentro da unidade. Então desde os cuidados do banho, o uso individual dos seus materiais de higiene pessoal, treino, desde a atividade de escovação, de orientação, de estar bem mais cuidado. Então está sendo muito interessante, pois no momento é um pouco novo, pois a terapeuta ocupacional está dentro da unidade. Antes ela fazia parte de um outro grupo e só vinha prestar seu serviço dentro da unidade. Agora ela dentro da unidade, no caso desses pacientes com essa dependência que eu estou te falando está tendo um resultado muito maior. Até treino de habilidades manuais. Consegue observar um direcionamento muito maior das ações desse profissional. A gente como equipe a gente participa também desses cuidados. Melhora a auto-estima o sentir-se se melhor, produtivo. Temos um triciclo também dentro da aula que a terapeuta ocupacional usa, treino de coordenação, equilíbrio, passeios. Divertimento. Tem uma cestinha na frente, uma cestinha atrás.</p>
	Profissional 5 ASM	<p>A terapeuta que eu trabalho uso muito atividades do cuidado e também um trabalho de reinserção social. Onde a terapeuta ocupacional começou agora sair com eles, vai no comércio, antes existia mais atividades de recreação. Agora ela começou a acompanhar as saídas, para comprar as coisas que gostam, passear mesmo. Então ela trabalha aqui dentro do ambulatório algumas atividades e depois sai com eles para comprar todas essas coisas que foram trabalhadas. Por isso tem um significado muito maior. Têm alguns pacientes que gostam de vender algumas atividades e ganham um dinheirinho por isso e sai para comprar coisas que gosta. A gente consegue perceber a evolução do paciente, pois eles conseguem se valorizar muito mais.</p>

PACIENTES

Pergunta base: *O que significa para você estar fazendo Atividade no seu tratamento?*

	<p>Paciente (5)</p> <p>CAPSad</p>	<p>Eu faço atendimento há aproximadamente 2 anos, mas estou fazendo certinho novamente há 70 dias. Para mim o atendimento de terapia ocupacional ocupa a minha mente e eu aprendo mais coisas né? Porque quando eu não venho aqui, eu sinto mal e sinto falta de algumas coisas, mas quando eu venho, me sinto melhor, minha cabeça fica ocupada, agente conversa, agente faz artesanato, então agente está tendo um aprendizado e você começa a trabalhar a mente e esquece das drogas. A atividade consegue me aliviar muito, eu amo fazer atividades, gosto de tudo que me propõe a fazer, eu gosto de fazer, participar, festas, quando tem festas eu estou sempre animada, brincando. Quando tem alguma atividade eu me disponho para estar ajudando, eu gosto de tudo, é artesanato, é pintura. Quando eu vou embora eu conta para as minhas amigas o que eu estou aprendendo de atividades aqui, porque tempo para fazer em casa eu não tenho, mas agora elas vão me emprestar agulha de crochê e eu vou fazer em casa um pouco, pois eu gosto muito e assim vou ocupar mais minha cabeça ainda para não pensar nas drogas, principalmente a noite. Eu mudei de casa faz pouco tempo, pois onde eu morava era o foco das drogas, assim eu mudei para a cidade aí a noite ainda dá para eu fazer alguma coisa. Eu não tomo remédio nenhum, graças a Deus. Dessa vez eu parei, pois eu tinha recaído, mas faz setenta dias que eu não utilizo nada, nada e nem tenho vontade. Eu tenho quatro filhos que não mora comigo. Até ontem meu filho me deu uma lição de moral. Eu chamei ele para vir na festa junina aqui no CAPS ontem e o pai dele não deixou, disse que eu não tenho responsabilidade para cuidar do meu filho. E ele falou assim para mim, mãe não liga não, vamos fazer assim para não brigar com o pai e não contrariar você, eu não vou na festinha porque eu não conheço ninguém, então o domingo eu passo com você. Mas ele queria muito vir conhecer. É bom fazer atividade também pois as pessoas elogiam o nosso trabalho, uma vez eu fiz uma lata de porta lápis e levei lá para sertãozinho na casa da minha mãe. E ela ficou mostrando para todo mundo o que a filha dela tinha feito. E algumas atividades nós podemos levar e dar de presente. Mas outras não, antes eles vendiam para comprar mais material agora não.</p>
	<p>Paciente (6)</p>	<p>O atendimento de terapia ocupacional me ajuda em bastante parte, as atividades me faz ter mais</p>

	CAPSad	<p>paciência, tranquilidade, pensar mais na minha família que eu não pensava. Me ajuda em bastante parte, porque as vezes eu fica assim bem furiosa, frustrada, irritada, as vezes, quebrava as coisas, mas eu vindo para cá, eu me sinto mais leve, mais a vontade, me sinto muito bem, e para mim o tratamento da t.o é ótimo. As atividades me aliviam com o pensamento da droga bastante, pois as vezes eu sentia vontade, eu não vinha para cá, e acaba usando. Agora quando dá vontade, eu penso preciso ir para o CAPS fazer atividades, então eu venho, mesmo quando não é meu dia de vir. Aí as meninas falam para mim, mas não é hoje seu dia, mas aí eu venho para sair fora da frustração, ai eu faço alguma atividade e já passa essa sensação. Eu levo algumas atividades para casa, que nem eu terminei um tapetinho, não ficou tão bonito, tão bão né? Eu tenho uma nenezinha com dois meses que nasceu, que está sendo tudo na minha vida. Que acaba sendo uma terapia também, muito boa, e a terapia está sendo ótima. E esse tapete eu fiz na minha casa, mas eu tinha que parar para cuidar da minha nenezinha. Então ele não ficou tão bom, mas eu guardo ele como um troféu, pois eu consegui começar e terminar. Aí hoje eu vou levar mais linha para começar outro e cada vez tenho certeza que vai ficar melhor. Fazendo atividade eu fico mais calma e tranqüila, muito mais tranqüila, porque as vezes, eu ficava meio insegura de dizer o que eu sentia, agora durante as atividades eu consigo me expressar bem melhor, sem medo. Falo bastante durante os grupos, muito até. Eu queria agradecer a toda a equipe por tudo que está acontecendo na minha vida.</p>
	Paciente (7) CAPS ad	<p>Eu faço tratamento de terapia ocupacional há aproximadamente um ano. Eu queria que você soubesse que eu me sinto muito feliz aqui, me sinto alegre fazendo as atividades, gosto de todo mundo, mas ultimamente eu perdi de vir quase um mês, porque minha mãe ficou muito doente eu precisei ficar cuidando da minha mãe. E hoje eu voltei e estou muito preocupada com ela. Então estou aqui e com a cabeça em casa. Quando faço as atividades eu gosto muito, elas me ajudam muito em tudo, eu aprendi a fazer várias atividades e quero aprender muito mais. Por uma força maior eu tive que ficar faltando, mas nessas faltas o médico percebeu que eu estava decaindo, então ele me obrigou a voltar hoje, pois eu não posso ficar sem as atividades daqui. Então ele não quer mais que</p>

		<p>eu falte e quer que eu venha todos os dias de terapia. As meninas acham que eu decaí bastante, que eu não sou mais aquela pessoa alegre, falante, chego sempre de cabeça baixa, triste, quieta. Quando eu inicio o atendimento isso melhora, consigo esquecer um pouco dos problemas, mas é difícil iniciar. As atividades estavam me ajudando muito, você acredita que eu estava até engordando. Agora eu emagreci novamente, não estava dormindo nem de dia e nem de noite.</p>
	<p>Paciente (1) CAPS I</p>	<p>Eu gosto muito de fazer to, a atividade me ajuda muito, me sinto mais calmo. E atividade que eu mais gosto de fazer é quadro, gosto de pintar o que vem na minha cabeça e pronto, sem ninguém colocar o que devo pintar. E as lembranças dos atendimentos fica né? Fica decorada na gente, porque não é a mesma coisa que esse gravadorzinho seu aí, você vai gravar, ele ta gravando, mas só que se você derrubar ele, vai que você cai ali na esquina e quebra, ele vai se arrebrantar e não vai ter mais nada, então as lembranças de todas as atividades, fica na memória de quem fez, só vamos esquecer quando morrer ou quando ficar caduco.</p>
	<p>Paciente (2) CAPS I</p>	<p>A atividade melhora minha cabeça, em casa eu fico sem fazer nada me sinto triste, aqui eu sempre estou ocupado então não penso coisas ruins. Ajuda a distraí um pouco, conhece pessoas novas, vem os estagiários do salesiano, assim eu me sinto muito bem. Durante o grupo eu consigo perceber melhora. Algumas atividades nós podemos levar para casa e outras eles vendem para comprar mais material e fazermos mais atividades. . Eu gosto de fazer desenho, eu desenho muito bem, aprendi aqui, eu fiz um quadro do peixe, de um peixe azul e laranja, e eu acho que até vendeu meu quadro, pois realmente ficou uma obra de arte. Quando eu vejo minha atividade pronta eu me sinto muito orgulhoso, pois as pessoas me elogiam coisa que nunca fizeram. Estou sendo útil para alguma coisa né? Apesar da minha doença. Outra coisa é que no começa agente era meu tímido, não conseguia falar, agora depois que agente conhece, formamos amizades aqui e assim eu posso falar tudo que sinto. Cumprimenta todo mundo, vamos para o salesiano, interage com todo mundo, fazemos atividades físicas.</p>
	<p>Paciente (3) CAPS I</p>	<p>Queria que soubesse que antes de eu vir aqui eu não sai de casa, nem na porta de casa sozinha. Tanto que minha mãe precisou vir quase dois</p>

		<p>meses comigo todos os dias, pois eu tinha medo. Antes eu fazia tratamento no ambulatório de Saúde Mental. Aí me encaminharam para cá e como é tudo novo tudo diferente, isso me assustava muito, então eu chorava muito no começo, eu não sabia como era o pessoal. Mas hoje eu gosto muito de vir apesar de me sentir cansada o momento que eu acordo, mas depois que eu venho eu gosto muito. O grupo de terapia ocupacional me ajudou muito agora eu já até ando sozinha acredita? Até uma certa distância, já ando no meu bairro inteiro, já fui no posto de saúde do meu bairro buscar medicação sozinha. Mas eu ainda não estou andando no coletivo ainda, mas um dia vou conseguir. Eu fiquei quase três anos sem sair de casa sozinha, só acompanhada e mesmo assim era muito difícil. Então a terapia me ajudou e está me ajudando ainda bastante. Para eu ter minha vida normal, só falta eu andar no coletivo sozinha. No grupo da to teve uma vez que eles fizeram um acolhimento com palavras confiança e iniciativa. Então eu consegui colocar essas duas palavras na minha cabeça, pois eles me ensinaram o que eram elas e consegui entrar no posto de saúde sozinha a pé. Gosto de todas as atividades, tudo o que eles propõe a fazer eu faço, mesmo com medo, pois depois passa. Não podemos levar as atividades para casa, eles vendem para comprar mais material. Melhorou minha comunicação, minha sociabilização. Pois ficava dependente do outro e as vezes as pessoas não queriam sair e eu só podia sair dependendo da vontade deles e isso era bem difícil. Outra coisa é que antes de eu iniciar os atendimentos de terapia ocupacional eu agredia as pessoas e me batia muito, batia a cabeça na parede várias vezes, agora eu estou mais relaxada, desde de quando inicia o atendimento aqui não bati mais em ninguém, nem me bato mais. E eu tenho mania de perseguição, pois eu tenho esquizofrenia as vezes, então eu ficava muito tensa, ai vinha as agressões, agora nos grupos eu aprendi quando eu começo a sentir essas coisas, eu ligo para o hospital, peço ajuda, antes de agredir. Então eu aprendi durante as atividades a me conhecer. Eu converso muito com a terapeuta ocupacional. Eu aprendi a resolver os meus problemas do dia a dia. Com os conflitos familiares que eu tinha muito. Por isso eu queria agradecer muito vezes que mexe com essa área, pois senão não íamos conseguir. Muitas pessoas falam, mas nem parece que você tem problema,</p>
--	--	---

		<p>mas é que eu aprendi aqui no CAPS, com a psicólogo a lidar com tudo isso, principalmente a turma da to que trouxe as palavras, pois se eu não tivesse levado essas palavras para casa eu só estaria na esquina, nem chegaria no posto. Eu estudei, fiz cursos técnicos, mas ajudo cuido da minha casa. Eu não aceitava minha doença, eu não me aceitava então também nessa parte a terapia ocupacional me ajudou muito. Na ultima crise minha eu queria queimar todas as minhas roupas e sair nua pela rua, joguei vários objetos fora, pois eu achava que tinha coisas, mas eu queria queimar toda a minha roupa. Quando eu tenho a crise eu acho que tem coisas na minha roupa, acho que as pessoas estão falando de mim, então já vou para bater. Mas eu tenho apoio da minha família também e isso me ajuda muito. Só não venho para a terapia quando estou doente mesmo ou quando a mulher que cuida da minha mãe não vai, do resto nunca faltou. Ah e deixo eu te fala, quando eu era menina eu sonhava em ser artista e agora fazendo essas atividades, quem disse que eu vou morrer sem ter realizado esse sonho.</p>
	<p>Paciente (4) CAPS I</p>	<p>Para mim as atividades me ajudaram muito, pois eu tenho depressão grave, não conseguia sair de casa de jeito nenhum, agora não, pois eu acho uma obrigação de eu vir para cá, mesmo gostando, é uma obrigação então isso me dá mais força de vir. Pelo menos tem um motivo de eu sair. Melhorou minha comunicação, pois eu sou muito tímida, não converso com ninguém, aqui eu fiz amizades, consigo conversar um pouquinho mais. Eu gosto de fazer bijuterias e pinturas, e consigo me expressar melhor. As vezes eu chego aqui muito angustiada, chorando, as meninas conversam comigo e eu inicio o grupo, parece que tudo desaparece. Quando eu ficava só em casa, eu ficava guardando tudo para mim, não falava nada para ninguém, não falava para meu marido, não falava para minha filha. Então eu ia ficando desesperada eu dava cabeçada na parede, no espelho, eu já tentei suicídio, porque ficava muito desesperada, angustiada. Queimei toda a minha roupa, pois eu não queria mais ser eu mesma. Peguei todas as minhas coisas no armário, joguei álcool e queimei tudo antes das pessoas chegarem. Eu tinha raiva das minhas coisas. Agora não, então quando eu estou assim desse jeito eu já chego aqui, converso com as meninas, inicio minhas atividades e tudo vai passando. Pois eu começo a prestar atenção nas</p>

		atividades que eu estou fazendo e esqueço aqueles pensamentos ruins. Todas as profissionais tem um carinho muito grande pela gente.
	Paciente (8) ASM	O atendimento de terapia ocupacional, fazer atividades no grupo, sempre me ajudou muito, na verdade só isso me ajudava, mas hoje não estou tendo mais paciência, não sei porque. Faz um mês que estou assim, já falei para a equipe, mas não tive resultado ainda. Estou muito mal, quero morrer, acho que esse mundo não faz parte de mim. Quando eu estou aqui eu me sinto bem, mas só eu sair daqui volta todos os pensamentos novamente. No grupo melhora minha auto-estima, paciência, vontade até um pouquinho de viver. Mas é só eu sair que todos os pensamentos estão voltando. Antes eu conseguia levar para fora daqui, agora não mais.
	Paciente (9) RT	Faço um monte de atividades que a to me ensinou desde de quando eu morava dentro do hospital e agora já temos nossa casinha. Tudo que você ta vendo aí eu faço. Compra, limpo a casa, ajudo na medicação dos outros, pois eles são meio lerdos né? Bem devagar. Então eu tenho que acordar eles e da algumas funçãozinhas, pois as mais difíceis eu que faço.muito de vez em quando algum deles lava os trem, mas eu tenho que repassar as vezes, fazer comida e ainda ficar vigiando. A tarde eu tenho que arrumar alguma comida, pois ninguém vai dormir sem comer, eles não querem a mesma comida, uma sopa ou um lanche. Sempre tem alguma roupa para lavar também. Eu acordo cedo levanto, faço café, chamo esse povo para tomar café e tomar banho, aí eu vou fazer as coisas pros cara lá e eles me deixam ler o jornal, pois eu não compro. Ai eu me sinto bem responsável e tenho amigos. A to vem aqui só me dar uma força, pois agora eu aprendi muita coisa. Vou na academia, mas não vou junto com eles não, não gosto de bagunça, sozinho faço melhor e eles vão de van, acha? Como eu vou para a academia de van se eu preciso chegar lá aquecido. Durante todas essas atividades eu me sinto melhor, não penso bobeira e esqueço algumas coisas. Me sinto muito útil, pois todos precisam de mim. Outra coisa que eu faço é uns biquinhos para outras pessoas aqui da redondeza, pago conta, compro algumas coisas e ganho um dinheirinho. Tenho meu cartão, vou no banco, mexo na minha conta. No começo ela me ajudava agora aprendi sozinho. Estamos aqui desde de 1997, fez 16 anos. Eu não saiu a noite,

		<p>pois tenho problema de pressão tenho horário para dormir e acordar também, pois no outro dia tenho muitas coisas para fazer e eles precisam de mim. Eu fico responsável para orientar na medicação, ela me ensinou. A hora que você já vê o dia já foi, estou até com pressa para falar com você, pois eu tenho que fazer o almoço e agora que for duas e meia eu já estou me preparando que tenho que fazer exercício lá na academia. A terapia fazer atividades manuais eu não gosto muito, gosto dessas outras atividades, essas são atividades de to também? As atividades sentadas ajudam aquele paciente que não para, tem um que não consegue sentar nenhum pouquinho, mas quando ela vem aqui ele consegue sentar e fazer uma atividade um pouco sentado, fica até mais calmo. O que me deixa triste é que as atividades que são oferecidas no ambulatório são muito paradas, não gosto, quando tinha o hospital eu participava da horta e da marcenaria agora não tem mais essas atividades. Eu ficava o dia todo na horta era muito bom, eu ficava respirando o ar das arvores, ficava regando as plantas, plantando, fazendo canteiro. Quando eu não estava na horta eu ficava ajudando a outra mulher na lavanderia. E nós ganhávamos as coisas quando ajudava cigarro, pente, coisas da cantina. Eu estou indo para onde o barco for.</p>
	<p>Paciente (10) HP</p>	<p>Tá muito frio!!! Oh eu vou falar das atividades da terapia ocupacional sim. Oh eu fui trabalhar na JBS e não deu certo. Entrei na escola, computação deu certo. Ai eu comecei a pintar os quadros. Primeira coisa que eu comecei aqui foi pintar quadros com a Jane aqui oh. Deu certo. Gosto muito de pintar quadros. Teve exposições de quadro e tinha quadro meus, foi bom. Gostei muito de pintar quadros, é gostoso. Ai eu fui fazer computação. Eu nunca na minha vida mexi em um computador. Aqui eu mexi. Mexo no computador, pinto quadro. Eu nunca pintei um quadro também. Ela me ensinou tudo isso. Com ajuda dela eu consigo, quando eu estou fazendo atividade eu fico mais calmo. Se tiver mais quadro eu pinto ta? Tem mais quadro? Eu já pintei dois quadros, um cachorro e um outro que era um caracol tudo misturado. Esses quadros foram para exposição. Quando eu era mais novo eu pintava quadro, ai eu tive que vim para cá, meu patrão mandou eu vim para cá. Ai eu vim para cá. Eu comecei no CAPS, aí depois vim para cá. Eu comecei pintando quadros. Distrai, distrai, distrai a cabeça. Aí deu certo a computação, mas agora</p>

		<p>estou de férias, em agosto eu volto. Na computação eu aprendi a escrever meu nome, escuto musica, eu gosto de musica. Dá para ouvir no computador. Quando faço a atividade eu me sinto bem, me distrai muito, eu sinto bem, é muito ruim fica parado, é muito ruim. Eu to até escrevendo no computador, peguei um livro para eu lê também, um livro de história, é gostoso. Mas logo, logo eu vou embora daqui, eu vou para minha casa. Eu durmo na minha casa já. É sinal que estou bem? O que você acha? Tô melhorando? Um dia eu vou ter minha alta? De final de semana eu fico em casa. Eu tenho dois irmãos, mas um não é muito legal não, o outro é legal. O legal me ajuda, ele já casou, tem uma mulher. Esse daí é legal, o outro não, não converso, nem conversa comigo. Eu moro com a minha mãe. Só penso em sair daqui bem, to sentindo que to melhorando, pois estou prendendo bastante coisas. Agora estou na escola, aprendendo muita coisa. Eu gostei muito de conversar com a senhora. Você gostou de mim também? Senhora ou você? Você? Eu gostei de você. Oh conforme eu vou digitando vai saindo meu nome, mas eu já sabia escrever meu nome. Estudei até o terceiro. Já terminou? Vou almoçar ta?</p>
	<p>Paciente (11) HP</p>	<p>Eu tô aqui faz tempo. Eu gosto das atividades. Eu to indo na escola todos os dias a tarde. Aprendi a escrever, eu não sabia. Eu até passo roupa para alguns pacientes aqui e ganho um dinheirinho, aí eu compro tudo em roupa para mim. Ontem mesmo eu fui na cidade com ela para comprar roupa. As outras atividades eu não gosto de fazer muito não. Gosto de passar roupa, lavar essas coisas. Quando alguém pedi eu faço sabe né? Não gosto de ficar parada, fico mal, muito mal. Por isso sempre to fazendo alguma coisa. Eu aprendi tudo aqui dentro com ela ali mesmo.</p>