

A PARTICIPAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA REFORMA PSQUIÁTRICA E NOS NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL ¹

SIMONE MIYUKI SHINIKI WACHHOLZ ²

MILTON CARLOS MARIOTTI ³

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica, discutida no Brasil desde os anos 80, envolveu trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares que almejavam uma prática menos estigmatizante e voltada para a reinserção social. Abrange questões relacionadas à desinstitucionalização e aos desdobramentos advindos. Foram propostas reformulações nos serviços existentes e a criação de novos equipamentos. Inicialmente a Portaria 224/92 estabeleceu o atendimento em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial e em Enfermarias Psiquiátricas nos Hospitais Gerais. No ano de 2000 as portarias 106 e 1.220, instituíram as Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência. Neste contexto, objetiva-se neste trabalho apresentar a reforma psiquiátrica, sob o olhar dos terapeutas ocupacionais, e investigar o que as publicações deles revelam sobre a prática nos novos serviços. A metodologia utilizada foi revisão de literatura especializada da área de Terapia Ocupacional, com consultas à base de dados LILACS, segundo os critérios: artigos científicos publicados em periódicos nacionais de 1997 a 2007, teses, dissertações e capítulos de livros escritos por terapeutas ocupacionais e livros clássicos especializados. Os trabalhos encontrados abordam a importância da reforma psiquiátrica e descrevem os conceitos de redes sociais de apoio, vida cotidiana, acesso ao trabalho e aos direitos, autonomia e dignidade. Observou-se que os trabalhos analisados são de terapeutas ocupacionais do estado de São Paulo e docentes dos cursos de Terapia Ocupacional, com exceção de um. Em relação ao número de trabalhos desenvolvidos, há pouca publicação, em especial sobre os aspectos da prática profissional.

Palavras-chave: Desinstitucionalização, Reforma dos Serviços de Saúde, Saúde Mental, Terapia Ocupacional.

¹ Artigo recebido em 30 de junho de 2008. Aceito para publicação em 19 de junho de 2009.

² Terapeuta Ocupacional, ex-acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná. Email: si_msw@yahoo.com.br

³ Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

THE OCCUPATIONAL THERAPISTS PARTICIPATION IN THE PSYCHIATRIC REFORM AND IN THE NEW MENTAL HEALTH CARE

ABSTRACT

The Psychiatric Reform, which is under discussion in Brazil since the 80's, has involved mental health workers, service users, and families, who had been longing for a less stigmatizing practice with a view to social reintegration. Its issues covered the de-institutionalization and its consequent ramifications. A process of discussion was engaged and changes in the existing services were proposed as well as the creation of new equipments. At first, regulation nº 224/92 established the services in Basic Health Units, Health Centers, Ambulatories, Centers for Psychosocial Care and Psychiatric wards in general hospitals. In 2000, regulations nº 106 and 1.220 established the Residential and Therapeutic Living Centers. In this context, the objective is to present the psychiatric reform from the occupational therapists' point of view and to investigate what their publications revealed about the practices in the new services. The methodology adopted was to review the specialized literature in the occupational therapy field, by referring to the LILACS database. The criteria were: scientific articles published in national journals from 1997 to 2007, theses, dissertations and chapters of books written by occupational therapists, and classic specialized books. The papers found, addressed the importance of the psychiatric reform and describe the concepts of supporting social networks, everyday life, access to work and rights, autonomy and dignity. It was observed that all authors, occupational therapists, are from the state of São Paulo and teach at Occupational Therapy Programmes, except one. There are few works published, especially regarding professional practice.

Key-words: De-institutionalization; Health Services Reform, Mental Health, Occupational Therapy.

INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica é tema de polêmicas discussões, tendo sido realizados fóruns, encontros e conferências sobre o assunto.

A partir de discussões e da socialização de experiências, o processo da reforma psiquiátrica brasileira vem sendo construído com a contribuição de vários movimentos, como da Psiquiatria de Setor, da França, por volta de

1945; a Psiquiatria Comunitária, dos Estados Unidos, na década de 60; a Antipsiquiatria, também do final da década de 50, na Inglaterra, e por último, a experiência de Trieste na Itália, na década de 60.

No Brasil as discussões ocorreram de forma não linear e com intensa participação social. Este movimento foi iniciado no âmbito da saúde pública com a Reforma Sanitária, que ocorreu a partir da movimentação de

sindicatos, partidos e organizações centradas nas questões da saúde e das políticas de saúde (NICÁCIO, 2003). A Reforma Psiquiátrica foi discutida em diversas esferas da sociedade e, a partir desse processo, surgiram diferentes desafios, como o processo da reabilitação/reinserção social da pessoa com transtorno mental.

Para suprir as necessidades daqueles sujeitos, foram criados novos serviços de Saúde Mental, que englobam atendimento em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais, Residências Terapêuticas e Centros de Convivência. Nestes serviços são propostas novas modalidades para o tratamento e a reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

Foi observada a importância do terapeuta ocupacional no processo de reconstrução de redes, pois este profissional busca, por meio de sua prática, a independência dos indivíduos em suas áreas de desempenho ocupacional e nos contextos em que estão envolvidos. A Portaria 224/92 prevê o trabalho de terapeutas ocupacionais em: Ambulatório Especializado, NAPS/CAPS, Hospital-Dia, Hospital Geral e no Hospital Especializado.

Diante deste cenário, o presente trabalho objetivou a realização de um estudo de revisão dos conhecimentos acerca da intervenção do terapeuta ocupacional com pessoas portadoras de transtornos mentais, no interior do processo de desinstitucionalização, nos serviços substitutivos de saúde mental, com o intuito de trabalhar com os processos de ruptura social e as possibilidades da reabilitação psicossocial. Os objetivos foram: apresentar a reforma psiquiátrica sob o olhar dos terapeutas ocupacionais e investigar o que os autores relatam sobre o processo de reabilitação das pessoas com transtornos mentais.

A metodologia utilizada foi revisão de literatura sobre o

assunto, com aspectos da experiência profissional dos terapeutas ocupacionais inseridos no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde a sua fundamentação até a intervenção propriamente dita. Foram utilizadas publicações nacionais, do período de 1997 a 2007. Foram encontrados treze artigos na base de dados Lilacs, a partir dos descritores de assuntos (DECS): terapia ocupacional, saúde mental e desinstitucionalização e quatro trabalhos escritos por terapeutas ocupacionais (dissertações, teses e capítulos de livros).

REFORMA PSIQUIÁTRICA SOB O OLHAR DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

A institucionalização/desinstitucionalização psiquiátrica é um tema que vem sendo discutido desde os anos 80 no Brasil. Os debates iniciaram-se devido às inquietações de vários profissionais que trabalhavam na área da psiquiatria, resultando no relevante movimento dos trabalhadores em Saúde Mental. O movimento recebeu influência das experiências internacionais, sobretudo da Europa e dos Estados Unidos (LEÃO, 2006).

Na década de 80, uma série de modificações políticas, econômicas e sociais favoreceu o estabelecimento de discussões no espaço público. Neste bojo, deu-se a Reforma Sanitária, reivindicada pela sociedade e pelos movimentos populares, pautada pelas conferências municipais e estaduais, que culminaram com a organização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (LOPES, 1999). O movimento social em torno da saúde no Brasil contribuiu para a discussão da Saúde Mental e seus modelos de atendimento.

A percepção social da loucura variou de acordo com as diferentes épocas, essa enfermidade passou de uma visão trágica para uma visão crítica. A primeira permitia um lugar social reconhecido no universo da verdade e a segunda organizava um lugar de encarceramento, morte

e exclusão para o “louco”. A partir do século XIX há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento, a doença mental (AMARANTE, 2001).

Além das perdas, o indivíduo é portador de uma marca, o estigma, que por sua vez tende a ser maior quando o sujeito tem em seu histórico internações psiquiátricas e já possui as marcas produzidas não só pela institucionalização, mas também pelos efeitos colaterais das medicações utilizadas (LEÃO, 2006). BRUNELLO (1998, p.15) descreve sobre o papel que a pessoa com transtorno mental tinha na sociedade, e, por vezes, ainda tem:

“A representação que se formou na nossa sociedade em relação à loucura fez com que o doente mental ocupasse um lugar de total anomia, alienação e despersonalização. Perdeu sua garantia de crédito social, de respeitabilidade, diante de um estigma que o reduziu a quase nada, gerando quebras de comunicação com o resto da sociedade, através da “surdez”, da indiferença, num processo de estigmatização e conseqüente exclusão e confinamento.”

O sujeito com uma doença mental vivencia não só o sofrimento psíquico, mas também o isolamento, desta forma sua história de vida se fragmenta, tornando a sua ação sem sentido (BRUNELLO, 1998).

As pessoas envolvidas com a realidade da prática existente e com o sofrimento discutiram as novas possibilidades para os modelos de tratamento, propondo a Reforma Psiquiátrica. No Brasil as discussões contaram com a participação de usuários, familiares e trabalhadores – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (LEÃO, 2006; NICÁCIO, 2003).

LEÃO (2006) cita as influências recebidas pelo Brasil, destacando a Europa e os Estados Unidos, que propunham a extensão da psiquiatria para o espaço

público e a psiquiatria preventiva; embora nos Estados Unidos a proposta de desinstitucionalização acabou por se caracterizar pela desospitalização. NICÁCIO (2003) e LEÃO (2006) trazem apontamentos sobre a discussão desses dois conceitos, o primeiro visto como desconstrução/invenção e se relaciona às formas de conhecimento, aos processos sociais, às instituições, aos técnicos e às pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da exclusão social; o segundo como um processo de substituição dos hospitais psiquiátricos.

O MTSM teve papel importante nas discussões políticas acerca da reforma, NICÁCIO (2003) relata que este movimento trouxe para o cenário nacional as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação, a reclusão e a discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social.

O percurso da reforma psiquiátrica iniciou-se na década de 70 com a mudança da denominação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) para Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), refletindo a tendência preventivista, em que vários planos de saúde mental foram propostos, com destaque ao Manual de Assistência Psiquiátrica, elaborado por Luiz Cerqueira.

O movimento de Reforma Sanitária concretizou-se pelas Conferências de Saúde. Em 1987 realizou-se a primeira Conferência de Saúde Mental, com a proposta de reformulação do modelo vigente, ocorrendo, posteriormente, nos anos de 1992 e 2001, embora a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira aguardasse aprovação no Congresso Nacional desde o ano de 1989, sendo aprovado apenas em 2001 (LEÃO, 2006; NICÁCIO, 2003; RIBEIRO e OLIVEIRA, 2005).

BALLARIN e CARVALHO (2007) e LEÃO (2006) expõem três fatos que auxiliaram na efetivação da Reforma Psiquiátrica: a Conferência sobre a

Reestruturação Psiquiátrica ocorrida no ano de 1990, resultando na Declaração de Caracas; a Portaria nº 224 de janeiro de 1992; e a II Conferência de Saúde Mental, ocorrida em 1992.

NICÁCIO (2003) descreve sobre o processo da Reforma Psiquiátrica Nacional citando as três trajetórias descritas por Paulo Amarante: a primeira, a “trajetória alternativa”, a segunda, a “trajetória sanitarista” e, por fim, a “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção”. Durante a trajetória alternativa buscou-se a democratização do país e a afirmação de direitos humanos universais. Também ocorreram as denúncias e os questionamentos acerca do tratamento fornecido à pessoa com transtorno mental. Na trajetória sanitarista, iniciada na década de 1980, procurou-se formular novas propostas e iniciativas para a assistência psiquiátrica, surgindo então os novos serviços extra-hospitalares como alternativa aos hospitais psiquiátricos. Por fim, a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção tem buscado soluções para alguns questionamentos e reflexões realizadas durante as outras trajetórias. Entre essas reflexões pode-se citar que: o manicômio manteve-se como o centro de referência para o tratamento, os serviços extra-hospitalares continuam em quantidade e qualidade inadequadas às demandas e ainda permanece o grande número de reinternações hospitalares, entre outras.

MEOLA (2000) discute sobre a questão da desinstitucionalização e desospitalização, apresentando a desinstitucionalização como uma desconstrução do modelo de controle e tutela do sujeito, o que remete à reflexão sobre os novos modelos de atenção que visam substituir a prática tradicional.

A partir das propostas realizadas acerca da Reforma foram criadas leis e portarias que se propõem a atender as demandas da saúde mental. LEÃO (2006) e NICÁCIO (2003) citam, em seus trabalhos, algumas

das leis e portarias vigentes, destacando sua importância no processo, como a Declaração de Caracas e a Portaria 224/92.

MÂNGIA e MURAMOTO (2006), MÂNGIA e ROSA (2002) e LEÃO (2006) apontam que a política de saúde mental no Brasil tem como eixos principais: a redução de leitos psiquiátricos, o maior controle sobre as internações, a organização de redes de serviços de saúde mental substitutivos e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Tais estratégias configuram uma nova forma de compreender e tratar os transtornos mentais que dependem da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade que, segundo os princípios do SUS, deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de indivíduos, nos diferentes níveis de complexidade. No ano de 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 154, criou os NASF (Núcleos de Atenção à Saúde da Família) que buscam instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família, que se encontram, atualmente, em fase de implantação. Estes Núcleos preveem a possibilidade de contratação de Terapeutas Ocupacionais.

MÂNGIA e MURAMOTO (2006) ainda fazem uma reflexão acerca da crise que ocorre como consequência de um novo modelo de abordagem, pontuando que não é apenas o sistema de saúde mental que necessita ser modificado e sim toda a cultura que existe em torno dessa esfera. Criticam os serviços, pois mesmo posteriormente a Reforma Psiquiátrica, continuaram mantendo a lógica da institucionalização, a utilização indiscriminada de fármacos, não propõem projetos para a (re)inserção no mercado de trabalho, não expandem as políticas para fora dos serviços (território), não atualizam as técnicas profissionais, continuam

oferecendo atividades desnecessárias e não conseguem oferecer o suporte adequado.

As grandes questões são: como prosseguir com a proposta e como administrar as várias demandas que existem e não estão dentro apenas dos serviços? ROTELLI, citado por MÂNGIA e MURAMOTO (2006), descreve que desinstitucionalização é muito mais que fechar os manicômios e criar redes de serviços substitutivos; é inventar novas formas de convívio social com a diferença e isso implica em transformações profundas nos modos de pensar e fazer o cuidado, de definir o papel das instituições e, especialmente, colocam permanentemente em questão as diferentes concepções e estratégias utilizadas pelos profissionais, obrigando-nos também a nos reinventarmos.

Apesar de já existirem novos serviços de saúde mental, esses ainda são insuficientes para dar suporte a demanda existente. Também vale lembrar que alguns destes serviços estão sendo criados há pelo menos 20 anos, como por exemplo, os NAPS/CAPS, mas que isso não indica o atendimento às demandas ou à qualidade dos serviços, visto que ainda centralizam as ações em atendimentos clínicos e ambulatoriais, em detrimento das práticas de reinserção social. É necessário estar atento para a produção de serviços efetivamente substitutivos, pois se corre o risco de apenas reproduzir formas de pensar e agir do modelo asilar (LEÃO, 2006; NICÁCIO, 2003).

A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NA VISÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Para compreender a Reabilitação Psicossocial é necessário explorar inicialmente o conceito de redes sociais.

Quando se menciona a expressão redes, uma imagem que nos vem é a rede que utilizamos para deitar, relaxar, embalar, enfim, fios e cordas entrelaçados formando um tecido capaz de suportar um determinado peso.

Pensando desta forma, a expressão rede social pode ser considerada como sendo as relações do indivíduo na sociedade (BALLARIN e CARVALHO, 2007).

MÂNGIA e MURAMOTO (2005 e 2007) citam conceituações de redes sociais, mencionando que estas são espaços em que as pessoas contam com suporte e apoio emocional, compartilham problemas e tentam encontrar soluções. Podem ser: um conjunto de relações, um sistema de apoio, um sistema de modos e elos ou um conjunto de relações sociais entre pessoas. Enfim, as redes são ligações que propiciam ao indivíduo as interações com a sociedade.

No processo de sofrimento mental a pessoa pode experimentar a fragilidade e ruptura dos laços sociais, que, segundo LEÃO (2006), ficam visíveis através da exclusão do mercado de trabalho, da família, da cultura e da política. MÂNGIA e MURAMOTO (2007) lembram que os espaços físicos, desde os individuais, como o quarto, até os coletivos, com frequência são reduzidos proporcionando, assim, uma rede social mais fragilizada.

A Reabilitação Psicossocial não é considerada uma técnica e sim um processo, que tem como objetivo “*a emancipação do indivíduo portador do sofrimento psíquico, bem como a diminuição do estigma, o aumento de habilidades sociais e o apoio social constante*” (LEÃO, 2006, p. 19-20).

A proposta da reabilitação psicossocial visa um projeto terapêutico flexível e claro, no qual a equipe e os usuários participem efetivamente. Nos projetos terapêuticos busca-se a reintegração social para que o sujeito amplie os seus conhecimentos acerca dos seus problemas e também de sua autonomia (MÂNGIA, CASTILHO e DUARTE, 2006; MEOLA, 2000).

MÂNGIA e MURAMOTO (2007, p.55-57) também citam a importância que as redes sociais fortalecidas possuem no tratamento de pessoas com transtorno mental severo e persistente:

“Por outro lado, diversos autores apresentam dados que demonstram que a pessoa que sofre de algum transtorno mental severo e persistente, quando inserida em redes fortes de troca e suporte, apresentam maior probabilidade de êxito positivo no tratamento, em breves períodos de tempo, nas áreas clínica, laborativa e social. (...) Neste sentido, a compreensão sobre como as pessoas se inserem nos diversos espaços que compõem a sua vida e a maneira pela qual interagem e vivenciam suas relações se mostra importante, na medida em que tal conhecimento torna possível identificar fatores que atuam enquanto protetores e aqueles que representam riscos, pois um mesmo contexto social pode produzir, de acordo com o circuito de relações experimentadas pela pessoa, processos positivos de inclusão e promoção da saúde ou processo mais negativo que vulnerabilizaram e podem levar à institucionalização e ao abandono. Sobre essas configurações mutáveis e contingentes devem interferir os serviços de saúde mental.”

SARACENO, citado por LEÃO (2006, p.19), afirma que o trabalho nos serviços que visam a Reabilitação Psicossocial deve se nortear por três eixos principais: moradia, trabalho e local de trocas sociais.

KINOSHITA, citado por MEOLA (2000, p.19), acredita que investimentos devem ser feitos para a criação de dispositivos que proponham a autonomia do sujeito, considerada como a *“capacidade do sujeito de gerar normas, ordens para a sua vida”*, o autor ainda esclarece que este conceito não deve ser confundido com independência ou auto-suficiência, afirmando que *“dependentes somos todos e o que diferencia a restrição desses sujeitos é ter muita dependência de poucas pessoas e coisas”*.

A PRÁTICA DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NAS NOVAS PROPOSTAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

MÂNGIA, citada por RIBEIRO e OLIVEIRA, (2005, p.429), observa que a partir do processo de

desinstitucionalização ocorrido na Itália, 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. Passou a utilizar os aspectos práticos, concretos, simbólicos, relacionais e materiais, visando à produção de *“movimentos capazes de oferecer suportes, proteção e resolução de problemas que contribuam para a superação da situação existencial”*. Considera ainda que é através dos espaços relacionais que o sujeito restaura sua contratualidade de cidadão e de produtor de sentido.

Sobre espaços relacionais DELL’ACQUA, MEZZINA e SARACENO, citados por MÂNGIA e MURAMOTO (2006, p.118), concordam que:

“Assumir que só a construção de espaços de troca pode gerar novas relações, implica no desenvolvimento de projetos terapêuticos inovadores, que adotem uma atitude crítica em relação aos tratamentos tradicionais farmacológicos, psicoterápicos ou reabilitativos centrados na remissão dos sintomas e no desenvolvimento de habilidades (quer sejam psicoafetivas, comunicacionais ou práticas), e que apostam na capacidade dos sujeitos de exercitarem ou transferirem para a vida real o que “aprenderam” nos espaços terapêuticos e/ou psicoterápicos individuais ou grupais, oferecidos pelos serviços.”

MÂNGIA (2000, p.31) expõe então os desafios para a profissão, a partir dos novos serviços 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 TO, para os espaços reais do habitar, do trabalhar e do conviver. Os pacientes têm que poder usar suas habilidades no mundo, e o processo de reabilitação se transforma em um processo de reconstrução/construção de redes

relacionais. Para nós também é assim, não é? Nossa inserção social está referida há um amplo espaço de trocas dos quais participamos, nossa casa, os espaços sócio-familiares de trocas, nosso trabalho. É num amplo conjunto de cenários que desempenhamos e desenvolvemos nossas habilidades, nos diferentes momentos de nossas vidas.”

Considerar que espaços relacionais possam gerar novas relações acarreta em novos projetos terapêuticos, que não se concentram nos tratamentos farmacológicos, psicoterápicos ou reabilitativos, que visam à remissão dos sintomas e ao desenvolvimento de habilidades. Desta forma, a história de vida e o cotidiano da pessoa com transtorno mental (onde mora, com quem, do que se alimenta, com quanto dinheiro vive, entre outros) passam a ter importância no momento do desenvolvimento do projeto terapêutico, onde haverá novas exigências em relação aos profissionais e aos serviços acerca da compreensão das necessidades e expectativas do sujeito; assim o eixo prioritário é a construção do direito de cidadania (MÂNGIA, CASTILHO e DUARTE, 2006; MÂNGIA e MURAMOTO, 2006). Estas últimas autoras mencionam ainda três pilares que servem para organizar o processo de trabalho, são eles:

- Acolhimento, no qual se propõe o atendimento assim que a pessoa busca ou expressa a necessidade do serviço, rompendo as barreiras burocráticas e exigindo profissionais e serviços flexíveis e potentes para enfrentar as diversas situações;
- A compreensão sobre a pessoa e a doença, na qual o diagnóstico psiquiátrico ou psicológico é utilizado para a prescrição de fármacos e os processos vividos pela pessoa são tidos como elementos importantes, ampliando não só a visão que se tem em relação aos transtornos mentais, mas também os contextos nos quais são configurados os atendimentos terapêuticos;
- A compreensão interativa: pessoa-contexto-história e recursos. Neste pilar são mencionados os projetos

terapêuticos que visam ao fortalecimento dos fatores de proteção e à diminuição dos fatores de risco, sendo necessária, para isso, a compreensão interativa. Tomam-se como base os recursos sociais, culturais, relacionais, que, quando inexistem, fragilizam as bases de apoio do sujeito.

MÂNGIA (2000, p.31) cita SARACENO e a sua concepção acerca da intervenção nos novos serviços, nomeando-os como uma “*clínica de produção de sentido*”, que permite a vivência do sofrimento e possibilita trocas que gerem produção de valor social. Propõe uma intervenção voltada para a geração de sentido, uma vez que a pessoa com transtorno mental está suscetível à incapacidade de gerar sentido em consequência do isolamento social e da ruptura das suas redes.

LIMA (2004) cita as oficinas como uma nova proposta dos serviços de saúde mental, apontando para os objetivos e enfoques que comumente são diferentes nos diversos equipamentos. Define o dispositivo como “nova” proposta terapêutica relatando que seu uso tem sido frequente na clínica para designar um amplo espectro de experiências terapêuticas e extra terapêuticas de diferentes formatos e composições. O universo destas oficinas não se define por um modelo homogêneo de intervenção e nem pela existência de um único regime de produção, mas sim pela diversidade.

MÂNGIA, CASTILHO e DUARTE. (2006) expõem sobre a necessidade de uma articulação mais efetiva, no que diz respeito às diversas instâncias sociais (comunidade, profissionais e outras), entendendo que, desta forma, a reabilitação em saúde mental se torna efetiva.

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os CAPS surgiram no ano de 1987, como proposta de um serviço não hospitalocêntrico. Em 1989 surgiram os NAPS como proposta de um serviço estratégico de

substituição ao modelo psiquiátrico tradicional.

Os CAPS são os serviços de saúde mental que mais se aproximam das propostas da Organização Mundial de Saúde. Seus objetivos são: fornecer cuidados clínicos e proporcionar, através do acesso ao trabalho, aos direitos e pelo aumento e fortalecimento da rede social, a reinserção social da pessoa com transtorno mental severo e persistente. Este projeto tem como centralidade a pessoa com as suas singularidades, história, cultura e cotidiano. Mesmo com esses objetivos explícitos, alguns CAPS têm apresentado dificuldades em manter o foco proposto para a intervenção, reproduzindo a lógica dos hospitais psiquiátricos (LEÃO, 2006).

MÂNGIA, CASTILHO e DUARTE. (2006, p.88) abordam a questão da necessidade de consolidação de saberes e práticas para atender aos diversos casos que, no modelo anterior, seriam internados em instituições fechadas:

“A significativa ampliação da implantação de serviços na comunidade e especialmente, a abertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como modalidade de serviço central ao novo modelo, prescindem ainda da consolidação de saberes e práticas que possam distanciar-se do modelo anterior, que adotava como medida terapêutica principal a necessária internação dos casos graves em instituições fechadas e estava centrado na doença e na remissão dos sintomas.”

Os CAPS são classificados de acordo com a população do território de abrangência, horário de atendimento e a complexidade, tendo em comum a responsabilidade de atender pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Partindo dos conhecimentos acerca dos objetivos e normatização desse serviço, de acordo com a Portaria 336/2002, a proposta terapêutica deve recorrer às *“necessidades, interesses e habilidades do usuário e no que ele poderia usufruir no CAPS”* (MÂNGIA CASTILHO e DUARTE, 2006, p.92).

MÂNGIA e MURAMOTO (2006, p.118) mencionam o pensamento de SARACENO (1999) em relação aos recursos oferecidos pelo serviço, lembrando que:

“(...) suas características materiais, organizativas e o estilo do trabalho da equipe são considerados variáveis importantes na evolução da enfermidade mental e juntamente com os recursos individuais do paciente e do seu contexto social e familiar desempenham um papel fundamental no sucesso ou fracasso de um tratamento. Essas variáveis que durante muito tempo foram relegadas ao segundo plano, e não apenas aquelas classicamente consideradas “fortes” pela prática psiquiátrica (idade, diagnóstico e história da enfermidade), hoje são identificadas como as que realmente importam para o êxito das intervenções.”

MÂNGIA CASTILHO e DUARTE (2006, p.95-97) compararam dois CAPS II do município de São Paulo, constatando semelhanças e diferenças entre eles, principalmente com relação à construção do projeto terapêutico. Embora sejam observadas diferenças no quadro de funcionários e no funcionamento dos serviços, as autoras analisam que as dificuldades que surgem na execução dos projetos terapêuticos propostos estão relacionadas:

“ao usuário (dificuldade de acesso ao serviço, limites do próprio usuário, abandono do tratamento), ao sistema de saúde (falta de recursos, dificuldade na implantação do sistema de referência e contra-referência), às questões sociais e à equipe multiprofissional (dificuldade de adaptação às mudanças)”.

Observaram nos dois serviços que a execução do projeto terapêutico, muitas vezes, não leva aos resultados esperados em função das dificuldades e limitações que os profissionais e o próprio serviço apresentam, envolvendo as condições e a qualidade do trabalho, o relacionamento entre a equipe e com outras instâncias. Os serviços oferecem atividades de acordo com as

habilidades dos profissionais, existindo variação entre a oferta de atividades.

NICÁCIO E CAMPOS (2005, p.41) descrevem sobre a experiência da proposta “porta aberta” em um NAPS:

“(...) a implementação da porta aberta requereu produzir uma forma de organização do processo de trabalho plástica, flexível, sensível e permeável à demanda que possibilitasse atenção contínua às pessoas, em diferentes lugares e momentos de seu processo. Tratava-se, também, de buscar superar os modos tradicionais de organização de serviços tais como pré-consulta, triagem, agendamento. Desta forma, não era necessário qualquer encaminhamento para o primeiro atendimento e esse poderia ser realizado, quando necessário, no domicílio, na rua, e em qualquer outro espaço do território, inclusive nas situações de atenção à crise.”

Os CAPS são serviços que propõem a reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais. Desta forma, há a necessidade de modificação na visão sobre a doença, sobre o indivíduo e também no tratamento que será oferecido. Por isso a prática profissional vem sendo discutida, visando novas perspectivas na área da saúde mental.

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

As residências terapêuticas são vistas como serviços imprescindíveis no novo modelo de assistência em saúde mental, pois, de acordo com MÂNGIA et al. (2002), o sujeito internado por longos anos em hospitais psiquiátricos já não possui mais vínculos com o seu território original, tornando necessário um dispositivo que permita à pessoa a transição para a comunidade, bem como a criação de novas redes sociais. Este serviço é proposto como alternativa para a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos e a reabilitação psicossocial baseada na comunidade.

O Projeto dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental foi consolidado em 2000, através da

Portaria GM 106. Trata-se de moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, viabilizando sua inserção social. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

ROLIM et al. (2000) descrevem a experiência do Projeto de Moradia Assistida – República, desenvolvido na cidade de São Paulo por uma iniciativa do Instituto “A Casa”. Este projeto tinha como propósito atender pessoas que não têm indicação de permanecer internadas e não possuem suporte social para garantir moradia, embora a família fosse vista como peça importante no processo de reabilitação social, sendo orientada a participar ativamente do processo. A República conta com a assistência de profissionais especializados que fornecem suporte para a reabilitação, os moradores vivenciam e se responsabilizam por tarefas cotidianas (fazer compras, consertos, entre outras) sendo assistidos pelos profissionais.

O quadro de funcionários é composto por um diretor, um coordenador, sete acompanhantes terapêuticos e duas domésticas. As responsabilidades são: o diretor realiza as entrevistas de admissão e a coordenação das assembleias semanais; o coordenador organiza e encaminha as questões administrativas e as questões referentes aos moradores; os acompanhantes

terapêuticos são responsáveis por assistir os moradores em suas tarefas, sustentando o cotidiano junto ao grupo e avaliam as necessidades dos moradores; e as domésticas preparam as refeições, cuidam da arrumação e limpeza das áreas comuns e dos quartos.

A autora cita a experiência em relação à tarefa de ir ao supermercado, mostrando uma possibilidade de atuação do terapeuta ocupacional:

“A ida ao supermercado é sempre precedida por outras tarefas realizadas pelos moradores: escolherem e listar o cardápio quinzenal, verificar se está faltando algo na lista de compras, chegarem a um acordo coletivo sobre os supérfluos da semana... O supermercado, é uma entre outras atividades que recoloca o morador no circuito social, fornecendo e exigindo informações importantes: o preço, os cuidados com a alimentação, as verbas disponíveis na caixinha da “REPÚBLICA”, as economias e excedentes, a qualidade dos produtos e o enfrentamento da relação com o coletivo.”

CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVAS

Segundo LOPES E LEÃO (2002), citadas por RIBEIRO E OLIVEIRA (2005, p.430), os Centros de Convivência e Cooperativas (CeCCos) foram implementados em São Paulo a partir de 1989 e perduraram até o ano de 2000:

“(...) propunham a convivência entre pessoas portadoras de transtorno mental, portadores de deficiência física e/ou sensorial, idosos, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, e a população em geral em espaços públicos, tais como, parques, praças, centro comunitários”, a proposta de intervenção era guiada por oficinas com diversas atividades, que levavam em consideração as “necessidades dos usuários, valorizando-se sua história e sua identidade sócio-cultural.”

A proposta dos CeCCos visa à convivência entre os diferentes grupos sociais utilizando os equipamentos existentes na sociedade (parques, praças, centros

esportivos, entre outros). Para que esta proposta fosse efetivada, foram sugeridas oficinas que seriam mediadas por uma equipe de profissionais (área da saúde, área da educação, da cultura e apoio). As cooperativas, por sua vez, têm como objetivo promover núcleos de trabalho, almejando uma estrutura de produção sustentável, não pensando em convênios com empresas, mas sim a divisão da remuneração entre os usuários pelo trabalho realizado. A equipe atua na assistência ao grupo em relação às dinâmicas das relações e a experiência de re-significação de autonomia e dignidade (LOPES e LEÃO, 2002).

NASCIMENTO (1997) fala sobre o Centro de Convivência TAMTAM, que fazia parte do Projeto de Saúde Mental de Santos, caracterizado como um espaço artístico, facilitador de trocas sociais e emissor de mensagens culturais.

Embora essa modalidade de serviço tenha sido proposta e praticada durante alguns anos no estado de São Paulo, demonstrando ser um recurso viável e que possibilita a reintegração na sociedade, não foi continuada devido às questões políticas do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período de 1997 a 2007 foram encontrados 18 trabalhos sendo: 13 artigos; 01 dissertação de mestrado; 02 teses de doutorado e 02 capítulos de livros. Quinze diferentes autores, terapeutas ocupacionais, escreveram artigos disponíveis na base de dados on-line LILACS com os seguintes descritores de assunto: terapia ocupacional, saúde mental e desinstitucionalização. Observou-se que os terapeutas ocupacionais escrevem sobre a temática, mas poucos têm registrado acerca da prática do profissional nos novos serviços de saúde mental, embora estejam inseridos nestes serviços. Com uma exceção, os autores são docentes dos cursos de Terapia Ocupacional e 100% deles desenvolvem seus trabalhos na região sudeste do país, mais especificamente em São Paulo.

Notou-se que a maior parte dos autores utiliza, em seus textos, referências bibliográficas de outras áreas do conhecimento que não a Terapia Ocupacional.

O termo Reforma Psiquiátrica não faz parte do DECS, mesmo sendo encontrado em diversas publicações (Ministério da Saúde, artigos científicos, teses, entre outros), o que aponta para a necessidade de uniformização na linguagem, seja por parte dos autores ou da própria Base de Dados.

A Terapia Ocupacional na área de saúde mental, mesmo sendo uma das áreas que possui um maior número de profissionais inseridos, necessita do desenvolvimento de pesquisas e relatos sobre as práticas desenvolvidas, especialmente pelos profissionais que desenvolvem a clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. D. de C., (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BALLARIN, M. L. G. S; CARVALHO, F.B. Considerações Acerca da Reabilitação Psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (orgs.) *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 162–170.

BRUNELLO, M. I. B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. São Paulo, v.9, n.1, p. 14-9, jan/abr, 1998.

LEÃO, A. *As Práticas de Inclusão Social: o desafio para os serviços de saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) 184p. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 2006.

LIMA, E. A. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.) *Oficinas Terapêuticas*

em Saúde Mental: sujeitos, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004, p. 59-81.

LOPES, R. E. *Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo*. Tese (Doutorado em Educação) V1. 215p. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 1999.

LOPES, R.E.; LEÃO, A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações de saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v.13, n.2, p.56-63, mai/ago, 2002.

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

MÂNGIA, E, F.; ROSA, C. A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v.13, n. 2, p; 71 -7, mai/ago, 2002.

MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L.V; DUARTE,V. R. E. A Construção de Projetos Terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. São Paulo, v.17, n.2, p. 87-98, maio/ago, 2006.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. O Estudo de Redes Sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 16, n.1, p.22-30, jan/abr, 2005.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 17, n.3, p. 115 -122, set/dez, 2006.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M. Redes Sociais e Construção de Projetos Terapêuticos: um estudo em serviços substitutivos em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. São Paulo, v.18, n.2, p. 54-62, 2007.

MEOLA, M.E. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. São Paulo, v.11, n.1, p. 17-22, jan/abr, 2007.

NASCIMENTO, S. P. S. O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos, São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. São Paulo, v. 8, n.1, p. 5-14, jan/abr, 1997.

NICÁCIO, M. F. de S. *Utopia da Realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) 205p. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas Campinas, SP: 2003.

NICÁCIO, M. F. de S.; CAMPOS, G. W de S. Instituições de “portas-abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. São Paulo, v. 16, n.1, p. 40-46, jan./abr., 2005.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia Ocupacional e Saúde Mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v.9, n.17, p.425-431, mar/ago, 2005.

ROLIM, M. G.; BARBOSA, S. J.; BLUM, R.; CARROZZO, N. L. M.; MIGUEL, M. P. C.; PANDJIARJIAN, C.; PETRI, R.; VERDINI, F. República – projeto de moradia assistida para pessoas em processo de reabilitação social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 23-7, jan/abr, 2000.