




Artigo Original

Práticas de terapia ocupacional na rede de saúde mental da criança e do adolescente¹

Occupational therapy practices in the child and adolescent mental health network

Kátia Maria Penido Bueno^a , Simone Costa de Almeida^a , Mariana Moreira Sales^b , Mariana Ferreira Salgado^c 

^a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^b Crepúsculo: Centro de Desenvolvimento Humano, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^c Centro de Referência em Reabilitação de Venda Nova – CREAB-VN/PBH, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como citar: Bueno, K. M. P., Almeida, S. C., Sales, M. M., & Salgado, M. F. (2021). Práticas de terapia ocupacional na rede de saúde mental da criança e do adolescente. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2877. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2173>

Resumo

Introdução: A rede de atenção à saúde mental da criança e do adolescente se expandiu, nos últimos anos, tornando-se espaço de ação significativo do terapeuta ocupacional. **Objetivo:** Caracterizar as práticas dos terapeutas ocupacionais na rede de atenção à saúde mental infantojuvenil do município de Belo Horizonte, MG, identificando ações e abordagens. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com os terapeutas ocupacionais da rede de atenção do município. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas e o recurso para seu tratamento foi a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os terapeutas ocupacionais estão presentes nos três dispositivos da rede de assistência: nove nas Equipes Complementares; cinco nos CAPSi e quatro no Programa Arte da Saúde. Nas Equipes Complementares, identificaram-se três perspectivas de abordagem: a desenvolvimentista/habilitadora; a de tipo psicoterápico; e a perspectiva fundada nos princípios da reabilitação psicossocial. Nos CAPSi, destaca-se a similaridade das ações dos membros da equipe, sem especificação de práticas baseadas nos núcleos profissionais, o que repercute, com tensões, sobre a identidade profissional. No Programa Arte da Saúde, os terapeutas ocupacionais, coordenadores deste serviço, exercem a função de gestão. **Conclusão:** Verificou-se que o terapeuta ocupacional tem participado e contribuído na consolidação da rede de assistência do município e de suas propostas. Identificou-se que não há práticas homogêneas e que estas se relacionam às características e objetivos dos dispositivos e às especificidades da inserção do profissional. Por outro lado, identificaram-se

¹ Artigo baseado em pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sede, CAAE – n. 59016916.6.0000.5149 – e pelo CEP da Secretaria Municipal envolvida – n. 1.779.110.

Recebido em: Out. 13, 2020; 1ª Revisão em: Abr. 25, 2021; 2ª Revisão em: Jun. 06, 2021; Aceito em: Jun. 21, 2021



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

convergências de práticas e abordagens, possibilitando o delineamento de algumas ações do profissional no campo.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Saúde Mental, Crianças, Adolescentes.

Abstract

Introduction: The network of mental healthcare for children and adolescents has expanded in recent years, becoming a significant space for occupational therapists' actions. **Objective:** To characterize the practices of occupational therapists in the children's mental healthcare network in Belo Horizonte, identifying actions and approaches. **Method:** Qualitative, exploratory-descriptive study carried out with occupational therapists in the care network. The data collection took place through semi-structured interviews and the resource for their processing was thematic content analysis. **Results:** Occupational therapists are present in the three devices of assistance network: nine in Complementary Teams; five in the CAPSi; four in the Art of Health Program. In the Complementary Teams, we identified three perspectives: the psychotherapeutic approach, the developmental/enabler approach and the perspective one, based on the principles of psychosocial rehabilitation. In CAPSi, the similarity of the team members' actions stands out, without specifying practices based on the professional nuclei, with affects, with tensions, the professional identity. In the Art of Health Program, occupational therapists, coordinators of this service, exercise the management function. **Conclusion:** The occupational therapists participate and contribute to the consolidation of proposals and the municipality's assistance network. There are no homogeneous practices. Such actions depend on the characteristics and scope of the service and the specificities of the professional's insertion. On the other hand, we identified the convergence of practices and approaches, making it possible to outline the professional's actions in the field.

Keywords: Occupational Therapy, Mental Health, Children, Adolescents.

Introdução

Estudos de perfil epidemiológico têm estimado que de 10 a 20% das crianças e adolescentes sofrem de algum tipo de transtorno mental. Considerando a população brasileira compreendida neste período de desenvolvimento, isso significa, aproximadamente, de 6 a 12 milhões de sujeitos necessitando de algum tipo de assistência (Cunha & Boarini, 2011). Tal magnitude e a inclusão tardia na agenda das políticas públicas de atenção nos levam a reconhecer o enorme descompasso entre as necessidades de assistência e a oferta de serviços públicos destinados a esta população (Couto et al., 2008).

A inclusão formal da assistência à saúde mental da criança e do adolescente, amparada pelas políticas públicas, deu-se pela portaria n. 336/2002 (Brasil, 2002), a qual instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Porém, a grande defasagem na assistência ainda persiste (Taño & Matsukura, 2015), exigindo respostas efetivas do poder público.

Apesar de o quantitativo de novos serviços ainda ser insuficiente para atender esta clientela, naqueles já existentes tem-se demandada a presença do terapeuta ocupacional como um dos profissionais das equipes de assistência (Bueno, 2013). Esta inserção traz ao campo da terapia ocupacional desafios relativos à sua qualificação teórica e metodológica específica, que considerem as particularidades para a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

Outro desafio se revela também na arena das publicações, haja vista que, em um período de dez anos, compreendidos entre 1999 e 2009, de um total de 84 artigos referentes à assistência da terapia ocupacional à criança, somente 5,9% abordavam o campo da saúde mental (Gomes & Oliver, 2010). Na mesma direção, Bonetti (2011) constatou a grande carência na produção científica relacionada às ações da terapia ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil.

Tais questões suscitaram a realização da pesquisa que dá base a este artigo e que buscou destacar a participação e as contribuições da terapia ocupacional neste campo, tendo como *locus* de referência a rede de assistência à saúde mental da infância e da adolescência do município de Belo Horizonte. O município em questão foi pioneiro em nível nacional e regional, nas últimas décadas, em muitas propostas no campo da saúde mental, tanto no aspecto da implantação e sistematização das políticas públicas de assistência quanto na ampliação de serviços. Porém, ao longo deste período, não se observaram, na assistência às crianças e aos adolescentes, os mesmos avanços (Prefeitura de Belo Horizonte, 2004). Este campo, no cenário nacional, também demorou a ser reconhecido no espaço político e, de certo modo, isto comprometeu sua expressão por meio das políticas públicas (Passos et al., 2017).

A partir de 1991, com a realização de um seminário específico do campo da infância e da adolescência, iniciaram-se, em nível municipal, as discussões que serviram de base para a organização de uma rede de assistência. Realizados também em anos subsequentes, esses seminários agregaram novos e variados interlocutores, problematizaram a assistência então ofertada, as políticas de atenção e os fluxos de atendimento. Assim, a rede de serviços e as diretrizes para a implantação de um programa de atenção foram se desenhando gradativamente (Dias & Passos, 2017).

No entanto, somente em 2004, e apoiados pela inclusão formal da assistência à saúde mental da criança e do adolescente nas políticas públicas federais – portaria ministerial n. 336\2002 –, foi formalizado e apresentado aos gestores municipais um documento (Prefeitura de Belo Horizonte, 2004) que, construído coletivamente por todas as discussões anteriores, definiu o modelo de atenção e a estrutura de rede a ser implantada, contando com dispositivos que já existiam e deveriam ser ampliados, além de outros que seriam implantados (Dias & Passos, 2017).

Definiu-se, então, que a atenção à saúde mental do público infantojuvenil da capital mineira seria composta por um conjunto de serviços, norteados pela perspectiva do cuidado em rede e fundamentado no modelo da Atenção Psicossocial, sustentado, por sua vez, como também ocorria em outras regiões brasileiras, nas práticas difundidas pela Reforma Psiquiátrica (Costa-Rosa, 2000).

A rede municipal de assistência foi estruturada contando com quatro dispositivos: Equipes Básicas de Saúde Mental (EqBSM) e o programa Arte da Saúde – Ateliê da Cidadania (AS) no nível primário de assistência; as Equipes Complementares (EqCs),

respondendo pelo nível secundário; e os CAPSi (CERSAMI²), no nível terciário, que responderia pela assistência à urgência e condições de crise (Prefeitura de Belo Horizonte, 2004). Ao longo dessas quase duas décadas, os serviços foram sendo implantados, mas não no ritmo e nem na cobertura populacional necessária e desejável (Passos et al., 2017).

Terapeutas ocupacionais estão atuando na área da saúde mental infantojuvenil na rede municipal de assistência há mais de 25 anos, ainda antes da organização da rede apresentada anteriormente, e acompanharam todas as mudanças implantadas. Isto significa um conjunto de trajetórias de lutas, conquistas, proposições e ações baseadas nas experiências clínicas e em um engajamento efetivo na rede pública.

Conhecer o que tem caracterizado e formatado a presença do terapeuta ocupacional nos diferentes dispositivos da rede municipal de atenção à saúde mental infantojuvenil de Belo Horizonte, identificando suas práticas, abordagens e propostas de intervenção, pode contribuir para a ampliação do debate sobre as ações da terapia ocupacional neste campo.

Método

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com os terapeutas ocupacionais da rede de atenção à saúde mental da criança e do adolescente do município de Belo Horizonte, lotados nos dispositivos de atenção destinados a este público.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: possuir vínculo contratual com a rede municipal de saúde de Belo Horizonte, atuar no campo da assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no ano de 2017 (quando teve início a coleta de dados) e concordar em participar da pesquisa, assinando os termos de consentimento.

O número total de sujeitos foi de 18 participantes³, correspondendo à totalidade das terapeutas ocupacionais atuantes nos dispositivos da rede de atenção incluídos na pesquisa⁴. À época da coleta de dados, as profissionais estavam distribuídas pelos dispositivos de atenção do seguinte modo: nove nas Equipes Complementares, cinco nos CAPSi e quatro na coordenação regional do Programa Arte da Saúde.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – CAAE n. 59016916.6.0000.5149 – e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), instituição coparticipante desta

² No município de Belo Horizonte, o dispositivo equivalente ao CAPSi é chamado de CERSAMI (Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil), mas, neste artigo, optamos por utilizar a nomenclatura da referência legal dos serviços e utilizada nacionalmente – CAPSi – para facilitar a compreensão dos leitores.

³ Todas as entrevistadas eram do sexo feminino.

⁴ As Equipes Básicas de Saúde Mental, porta de entrada da clientela do campo, são lotadas nas Unidades Básicas de Saúde e são responsáveis pelo atendimento da população de abrangência da UBS, de todas as faixas etárias. Sua composição prevê psiquiatra, psicólogo e mais um profissional a critério da gerência. Inicialmente, oriundos de outras unidades municipais de atendimento que foram extintas, vários terapeutas ocupacionais compuseram algumas EqBSM, mas, com o passar dos anos, sua presença neste dispositivo foi reduzida. No período da coleta de dados, restava apenas uma profissional nestas equipes que chegou a ser entrevistada, porém, optamos por não incluir estes dados no escopo da análise, por não se tratar de um dispositivo de assistência específico do campo da infância e da adolescência e pelo aspecto ético da possibilidade de identificação do sujeito.

pesquisa, com o parecer n. 1.779.110. Esta pesquisa contou com o apoio do Programa Institucional de Auxílio à Pesquisa de Docentes Recém-Contratados (Edital 01/2017 – ADRC/PRPq/UFMG) e do Programa de Iniciação Científica Voluntária – PRPq/UFMG.

Instrumentos de coleta e análise dos dados

O recurso utilizado para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, composta por uma parte inicial de caracterização do sujeito e de seu local de trabalho e, em seguida, um conjunto de perguntas relacionadas às atividades realizadas, enfocando as propostas de intervenção efetivadas, os métodos de avaliação e recursos terapêuticos utilizados, os modelos teóricos de referência e as facilidades e dificuldades encontradas em sua ação profissional. As entrevistas tiveram a duração média de 1 hora e 20 minutos.

A análise de conteúdo de tipo temática foi utilizada para a análise dos dados. É caracterizada como o conjunto de técnicas e procedimentos para tratamento das informações e para codificação, classificação e categorização dos dados. Utiliza-se a decodificação baseada em procedimentos nos quais o texto (ou os dados) é recortado em unidades ou índices comparáveis. O tipo denominado *análise temática* se refere aos procedimentos para se descobrir núcleos de sentido ou unidades de significação, cuja presença e frequência significam algo para a compreensão do objeto de pesquisa (Minayo, 2010).

Resultados e Discussão

A prática do terapeuta ocupacional

A terapia ocupacional nas Equipes Complementares

As Equipes Complementares (EqCs), criadas em 2002, têm como objetivo dar suporte ao trabalho das equipes básicas de saúde mental e às equipes do PSF/NASF. A cidade de Belo Horizonte é dividida em nove distritos sanitários e cada um deles passou a contar com uma EqC, lotada em uma das UBS da regional. As equipes são compostas por um psiquiatra infantil, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo. Funcionam como um dispositivo de característica ambulatorial para assistência contínua e oferecem atendimentos individuais e grupais das especialidades; atendimentos compartilhados, reunindo dois ou três profissionais da equipe; e a intervenção a tempo, caracterizada como o atendimento conjunto de cuidador e criança até três anos, quando identificado risco em seu desenvolvimento psíquico (Prefeitura de Belo Horizonte, 2004). Apenas no ano de 2018 iniciou-se a ampliação de mais uma equipe para cada uma das regionais.

As propostas de intervenção das profissionais das EqCs foram as mais amplamente descritas pelas terapeutas e, possivelmente, isso se deva ao fato de este dispositivo reunir o maior número de sujeitos da pesquisa e a algumas especificidades de suas ações nestes serviços. Em primeiro lugar, destaca-se a característica de os pacientes chegarem referenciados, com demandas de ações específicas, relacionadas ao núcleo profissional de cada membro da equipe. Outro aspecto pode se relacionar ao fato de os dispositivos

com perfil de assistência ambulatorial – como as EqCs – se organizarem pela assistência clínica especializada, em que práticas e propostas de intervenção mais tradicionais estão presentes (Mângia & Maramoto, 2006).

Mesmo que tenham sido descritas propostas de atendimento compartilhado com outros profissionais e projetos comuns como o da Intervenção a Tempo, a especialidade profissional é reforçada e demandada, fazendo com que suas ações se diferenciem, favorecendo seu reconhecimento e descrição. Com base no relato das terapeutas ocupacionais, identificaram-se, então, três princípios gerais ou perspectivas de abordagem que orientam suas ações.

Denominamos a primeira perspectiva de abordagem de *desenvolvimentista/habilitadora*, e seu foco está no desenvolvimento e na aquisição das habilidades, considerando tanto a promoção destas aquisições como também os prejuízos que as condições de adoecimento trazem a estes processos. Esta abordagem foi a mais descrita pelas terapeutas ocupacionais das EqCs e se associa à outra singularidade do campo da saúde mental da infância – a atenção ao desenvolvimento e à aquisição das habilidades –, que revela, mais diretamente, a necessidade e as demandas de intervenção do terapeuta ocupacional. Bueno (2013), em sua pesquisa, também encontrou referências das terapeutas ocupacionais entrevistadas ao foco no desenvolvimento de habilidades e na atenção dada aos comprometimentos e restrições das atividades cotidianas.

Eu caracterizo mais o sentido do estímulo ao desenvolvimento, é o mais amplo! (E1).

Olha, eu avalei esta criança, o brincar está comprometido, precisa promover isso, desenvolver habilidades. Pensar nas habilidades, no brincar, no desempenho, nesse fazer da criança que está com prejuízo! (E10).

Todas as terapeutas ocupacionais das EqCs se referiram ao brincar como eixo principal de suas intervenções e ressaltaram sua relevância para a criança, seu cotidiano e seu desenvolvimento. Rezende (2005) destaca que o brincar é um dos focos de intervenção da Terapia Ocupacional e que os pesquisadores da área vêm se dedicando a seu estudo.

De modo mais específico, as terapeutas se referiram à abordagem dos recursos e da capacidade exploratória da criança em relação às brincadeiras e aos brinquedos, ao domínio dos objetos e às interações lúdicas. As profissionais destacaram ainda o estímulo e o favorecimento da ludicidade, a ampliação do repertório lúdico, a conquista do brincar simbólico e as restrições que podem estar presentes.

...quero, por exemplo, que as crianças autistas tenham uma ampliação do repertório de brincadeiras... (E5).

...e do desenvolvimento do brincar, no sentido de alcançar o simbólico, né? (E1).

Este foco na atividade lúdica está próximo ao Modelo Lúdico desenvolvido por Ferlan (2006), que toma o brincar como o próprio objetivo de tratamento, por sua

relevância no cotidiano infantil, pela potencialidade de aprendizados que comporta, por ser o meio principal de a criança se expressar e se apropriar do mundo.

Por outro lado, as terapeutas também ressaltaram que, por meio das atividades lúdicas, podem abordar o que chamaram de “alterações do comportamento”, citando a agressividade, as reações à frustração, a não aceitação das regras, as dificuldades de organização e persistência. Estas distinguiram o uso das atividades lúdicas e seu manejo como recursos frente a estas dificuldades.

...questões de limites, de regras, de... essas questões de comportamento também! [...] questões de birra, de lidar com a frustração (E15).

Nesse caso, a utilização do brincar é tomada como uma ferramenta, um meio para se alcançar objetivos de tratamento. A oferta, o planejamento e o manejo da atividade lúdica são recursos que possibilitam melhorar o vínculo, desenvolver habilidades específicas, favorecer e/ou modificar comportamentos.

O que encontramos, em nossa pesquisa, vai ao encontro do que foi descrito por Fonsêca & Silva (2015) como as duas principais concepções presentes na prática clínica dos terapeutas ocupacionais quando se referem ao brincar: utilizá-lo como um meio ou recurso para se alcançar certos objetivos ou como um fim em si mesmo.

Ainda dentro da perspectiva desenvolvimentista/ habilitadora, as entrevistadas citaram os aspectos da interação e seus comprometimentos e, para estes casos, a priorização dos atendimentos grupais. Destacaram a importância do vínculo, a atenção aos modos e recursos de interação de cada criança e as estratégias que a terapia ocupacional dispõe para “desembaraçar” as dificuldades apresentadas. Esses aspectos levantados vão ao encontro do que foi apresentado por Brunello et al. (2006), que se referem ao grupo e à participação conjunta em atividades, como favorecedores das experiências de socialização e de interação, ampliando as possibilidades de trocas, vivências e experimentações. Algumas terapeutas ocupacionais se referiram, ainda, ao favorecimento da linguagem, como base para propostas de atendimento em grupo de forma compartilhada com a fonoaudiologia.

A criança não falava, não olhava... qual que é o recurso que ela vai começar a interagir? Eu acho que isso, na minha formação de terapeuta ocupacional, foi mais fácil para eu desembaraçar, por ser terapeuta ocupacional (E10).

Outro aspecto destacado pelas profissionais foi a atenção às Atividades de Vida Diária (AVDs). Sua abordagem se dá, preferencialmente, pela via da orientação aos responsáveis, pois, segundo as entrevistadas, a infraestrutura física disponível e o espaçamento da frequência dos atendimentos, devido ao excesso de demanda, prejudicam a intervenção direta. Nestas orientações, tendo como objetivo o ganho de independência e autonomia, referiram-se à abordagem do cotidiano familiar e da rotina da criança, de sua circulação pelos espaços da casa e pelo espaço social e às atividades de vestir e despir, alimentação e higiene, da qual se destacam o controle de esfíncter e o desfralde.

A questão da autonomia da criança, muito da questão da retirada da fralda. Não sabe tirar a roupa, se vestir! (E6).

A mãe às vezes queixa muito da forma de estar em casa, os objetos que podem ser deixados perto, qual que é a forma de organização da casa, que a gente podia melhorar um pouco; a questão da funcionalidade para as famílias. Oriente muito naquilo que ele consegue fazer sozinho (E14).

Destaca-se ainda que todas as terapeutas ocupacionais se referiram à utilização dos princípios da Terapia de Integração Sensorial nos atendimentos às crianças autistas e nas orientações aos familiares. Segundo as profissionais, tem havido, nos últimos anos, um aumento significativo de demanda por atendimento a esta clientela e, pelos encaminhamentos recebidos, da expectativa para que ofereçam esta abordagem. Ressaltaram, no entanto, a existência de limitações importantes para sua implementação, como: restrições de espaço físico, ausência de materiais e equipamentos próprios da técnica e, para algumas, a falta de capacitação específica.

Frente ao que foi apresentado, identifica-se que, nas equipes complementares, a perspectiva desenvolvimentista/ habilitadora se mostrou um eixo de ação significativo da prática do terapeuta ocupacional.

Muitas vezes, ao se atender crianças, algumas atividades, utensílios, ferramentas, jogos, brinquedos e brincadeiras, seus modos de uso, podem ser apresentados, iniciados, facilitados e ampliados com base em nossas intervenções (Bueno, 2007). O domínio e a aquisição de algumas habilidades, como assinala Bueno (2003), repercutem sobre o desenvolvimento destes sujeitos, sobre suas condições de participação, inclusão, construção de autonomia e sobre sua autoconfiança. É ainda importante assinalar que a aquisição de uma habilidade possibilita a abertura de novas possibilidades de ação, a apropriação e compartilhamento de modos de fazer que são construídos culturalmente (Bueno, 2007). Ajudá-los a desenvolver recursos para o exercício de suas possibilidades é uma de nossas abordagens no campo, no sentido que nos alerta Ceccim & Palombini (2009, p. 308), de “detectar potências de vida e dar-lhes existência”.

Cabe ressaltar a importância de as ações de cuidado estarem inseridas no contexto social, no território de referência, pois, como aponta Saraceno (2001, p. 112), “é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria o efeito habilitador”. Assim, a perspectiva anterior não pode se fazer isolada da segunda perspectiva de abordagem identificada, que é aquela fundada nos *princípios da reabilitação psicossocial*.

Esta abordagem, principalmente neste dispositivo e considerando o público de crianças e adolescentes, pode ser pensada também, para além da perspectiva reabilitadora, como habilitação psicossocial (Bueno, 2003). As ações e condições de participação precisarão ser construídas e desenvolvidas junto com os sujeitos, diferentemente da ênfase que se dá com os adultos, na qual o foco é a perspectiva da reconstrução, do resgate, da reapropriação de funções comunitárias perdidas, de reconquista de participações (Juns & Lancman, 2011).

Na perspectiva da atenção psicossocial, o centro das ações se refere à inserção social, destacando-se os espaços de sociabilidade e cidadania (Costa et al., 2015). Considera-se que as possibilidades de trocas sociais, a participação, o exercício de papéis e lugares sociais positivos, a convivência e a experimentação de relações nos espaços coletivos

repercutem sobre os prognósticos. Busca-se também promover e facilitar possibilidades de abertura e de saída de um isolamento doméstico, tantas vezes presente, na realidade das crianças e adolescentes assistidos e de suas famílias (Lykouropoulos & Péchy, 2016).

A consideração do território se impõe como base dessa perspectiva, e as ações se ampliam para além da abordagem clínica. No campo da infância e adolescência e, especificamente, com a clientela assistida pelas EqCs, os cenários de atenção incluem e redimensionam também outros *settings*, como os espaços do habitar, estudar e conviver (Mângia & Maramoto, 2006).

Questões ligadas à inserção dele. Eu sempre tento ver como está na escola, nas amizades, em casa, rotina (E10).

Tento focar na autonomia, na circulação dela pelos espaços, no espaço da casa e da rua. [...] começou a sair comigo, fui ao bairro fazer compras com ela (E14).

No entanto, é importante destacar que essa perspectiva de abordagem não tem sido efetivada plenamente. O número reduzido de equipes e profissionais⁵ e a enorme demanda acabam por absorvê-las nos atendimentos clínicos. O próprio modelo de assistência das EqCs, privilegiando a perspectiva ambulatorial e especializada, também contribui para essa realidade, persistindo *settings* tradicionais e a dissociação entre o contexto de tratamento e os contextos reais de vida (Mângia & Maramoto, 2006).

Apesar de as terapeutas ocupacionais manifestarem o desejo e o reconhecimento da importância das ações no território, com práticas contextualizadas, para além das orientações, que foquem na conquista da autonomia e na inserção social, estas não têm ocorrido plenamente. Os atendimentos domiciliares, a abordagem da família, propostas de participação social, de acompanhamento terapêutico, as parcerias com a escola e ações visando à inclusão escolar têm acontecido de modo muito esporádico e isolado e em condições muito específicas.

Esta dificuldade identificada no relato das profissionais das EqCs vai ao encontro do que foi apresentado por Fernandes et al. (2020), apesar de se referirem às ações nos CAPSi. A reflexão das autoras sobre a atenção psicossocial no campo infantojuvenil destaca que aspectos estruturais, formativos e de recursos humanos podem contribuir para as dificuldades de superação do modelo clínico e para a efetivação de ações que extrapolem o espaço da instituição e alcancem outros contextos sociais.

Mediante estas condições e dificuldades e, como questiona Bueno (2013), sem a efetiva ação no território, de fato podemos afirmar o embasamento na perspectiva da reabilitação psicossocial? É importante que os gestores considerem que a resposta às demandas não deve ser pensada apenas pelo número de casos acolhidos, mas também pelo atendimento efetivo e abrangente das necessidades apresentadas. Cabe lembrar que o número de equipes e profissionais permaneceu o mesmo desde sua implantação até o ano de 2018. Essa realidade implica a necessidade de arranjos, priorizações e grande espaçamento na

⁵ Importante destacar que, na época da pesquisa, havia uma equipe complementar para cada distrito sanitário, que podia compreender populações de até 300.000 habitantes, chegando a ser referência para 19 Unidades Básicas de Saúde. Ressalta-se ainda que as EqCs eram compostas por apenas um profissional de cada categoria – terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psiquiatra infantil, com uma carga horária de 20 horas semanais.

frequência dos atendimentos⁶. A angústia demonstrada pelas profissionais, frente ao volume de pacientes e à necessidade de oferta de atendimentos, foi expressa por meio de termos como: “drama, desgaste emocional, cansaço, sofrimento!”. Tais condições podem indicar a precarização da assistência que, mediante o reduzido quadro de profissionais e a pressão da demanda, levam a respostas aquém da complexidade dos casos, das possibilidades de intervenção e da orientação pela perspectiva territorializada e psicossocial.

Por fim, a terceira abordagem será chamada de *tipo psicoterápico*. Esta abordagem se associa ao modelo de atendimento clínico e seu aspecto central é a expressão/expressividade, a análise dos conteúdos expressos pelo sujeito por meio de sua atividade e as possibilidades de abordagem e elaboração destes conteúdos.

[...] dentro do brincar, a criança vai trazendo os conteúdos dela, internos, a gente vai elaborando mesmo os processos (E1).

Eu trabalho muito na linha do Chamone, que é fazer falar do que faz! [...] Vão falar do que fez, vão dizer dos sentimentos, vão dizer do que foi feito (E16).

O que se destaca nesta abordagem está próximo do que Lykouropoulos & Péchy (2016, p. 94) descrevem como uma lógica de tratamento por meio da “problematização dos sintomas”. Afirmam a importância de contextualizá-los e compreendê-los como respostas dos sujeitos às questões que lhes atravessam. Referem-se “às expectativas, aos afetos, aos conflitos existentes nas situações em que está imerso, ao lugar familiar e social que ocupa e de como pode ou não responder a isso...” (Lykouropoulos & Péchy, 2016, p. 95). Trata-se da consideração das condições simbólicas e subjetivas que se apresentam para serem desvendadas.

Esta perspectiva é uma abordagem tradicional da terapia ocupacional dentro do campo da saúde mental e, como nos dizem Castro et al. (2016), a ênfase recai sobre o caráter expressivo e subjetivo da linguagem plástica. Considera-se a relação do sujeito com a atividade e seu fazer significativo como meio de expressão, experimentação e elaboração do sofrimento, mediante as possibilidades interpretativas (Costa et al., 2015).

Tais proposições remontam às influências das abordagens psicodinâmicas da década de 1960, influenciadas, por sua vez, pela teoria psicanalítica, destacando-se internacionalmente teóricos como Azima e Azima, Fidler e Fidler (Lima, 2016). No Brasil, destacam-se Luiz Cerqueira e Nise da Silveira e, a partir dos anos 1970, focando na relação terapeuta-paciente-atividade e no processo terapêutico, Jô Benetton e Rui Chamone (Mângia & Nicácio, 2001; Faria, 2007). Cabe assinalar que a psicanálise e estes dois últimos autores foram os mais citados nesta pesquisa, em resposta à pergunta sobre os referenciais teóricos utilizados. Ressalta-se ainda a prevalência da orientação teórica psicanalítica na rede de saúde mental do município de Belo Horizonte.

A proposta teórico-clínica das Trilhas Associativas desenvolvida por Benetton (1991) fundamenta o método chamado de *Terapia Ocupacional Dinâmica*, caracterizando-se “pela observação, elaboração e intervenção sobre a dinâmica que se estabelece entre a

⁶ Houve relatos de até 100 casos vinculados à assistência da terapeuta ocupacional da equipe, em uma carga horária de 20 horas semanais.

realidade externa e a realidade interna”, com base na relação triádica terapeuta-paciente-atividade (Ferrari, 2005, p. 13).

Já os estudos de Rui Chamone nos apontam a compreensão de que as atividades livres e criativas são uma “oportunidade de identificação, estabelecimento de laços e de reconhecimento de si” (Faria, 2007, p. 174). Os objetos produzidos se tornam eixos simbólicos, são linguagens plásticas que serão compreendidas e interpretadas na relação terapêutica ocupacional que se estabelece e que se fundamenta em cinco elementos: os materiais, as ferramentas, os objetos produzidos, aquele que faz e o terapeuta (Chamone, 1990).

No entanto, embora estas sejam abordagens já tradicionais no campo mais amplo da saúde mental, as terapeutas ocupacionais são interpeladas pelas especificidades da clínica da infância, que traz outros componentes.

O primeiro aspecto de especificidade da abordagem de tipo psicoterápico, no campo da infância e da adolescência, que se pode destacar, é a referência à utilização da atividade lúdica em sua dimensão expressiva, passível, portanto, de manejo e interpretação. Outro ponto que merece destaque, como assinala Vicentin (2006), é a necessidade de aqueles que atendem crianças se tornarem “bilíngues”, no sentido de dominarem os códigos da infância, considerando a singularidade de sua linguagem, expressão e compreensão. Acrescenta-se a isso outra especificidade da clínica infantojuvenil, que é a necessidade de suportes simbólicos/ metafóricos para que possamos alcançar e contribuir no alargamento dos recursos e da compreensão da criança sobre aquilo que lhe traz sofrimento.

Destacam-se, assim, algumas das contribuições da terapia ocupacional, pois as atividades nas quais a criança se engaja, as ocorrências reveladas e as interações, no tempo e espaço dos atendimentos, são fontes de evidência, suportes simbólicos/ metafóricos, possibilidades de identificação, produção de sentidos, recursos para a compreensão e para o enfrentamento de suas condições de sofrimento, a serem promovidos e abordados pelo terapeuta ocupacional.

Por fim, é importante assinalar que, conforme apresentado por Fernandes et al. (2020), uma condição essencial no cuidado de crianças e adolescentes é a garantia de seus direitos à palavra, à ação e às subjetividades que comportam.

A terapia ocupacional nos CAPSi

Apesar de o primeiro CAPSi do município ter sua implantação aprovada e prevista no documento já citado de 2004, ele só foi efetivamente instituído em 2008 e, apenas ao final de 2016, o segundo CAPSi foi implantado⁷.

Os CAPSi podem ser caracterizados como dispositivos que oferecem ações de cuidados intensivos para aqueles que apresentam sofrimento psíquico intenso e/ ou em crise. Além da assistência nessas condições, este tem também como objetivo realizar a articulação das estratégias e ações necessárias ao caso, nos territórios de sua abrangência. Trata-se de um serviço aberto que acolhe os sujeitos com base em demandas espontâneas ou referenciados por outros dispositivos de saúde e todos darão entrada via acolhimento.

⁷ Atualmente, a cobertura dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte é dividida entre os dois CAPSi municipais e um serviço de assistência da rede estadual de saúde.

Conforme a definição do projeto terapêutico singular, a permanência no serviço pode ser parcial (um turno), integral (dois turnos) e com hospitalidade noturna, se assim o caso demandar.

A concepção de cuidado presente nos CAPSi, a dinâmica e a organização de seu funcionamento, de modo semelhante ao que ocorre nas outras modalidades de CAPS, caracterizam-se pelo trabalho em equipe, por práticas e estratégias coletivas de enfrentamento das situações cotidianas.

De certo modo, isso implica a perda de um enquadramento profissional, pois a maior parte das atividades desenvolvidas é comum a todos. Esta condição atinge diretamente as definições de especificidade (Juns & Lancman, 2011), coloca em questão a rigidez das especialidades profissionais e demanda maior flexibilidade na atuação.

Conforme reportado pelas terapeutas ocupacionais, elas não realizam nenhuma atividade específica e as ações dos membros da equipe são similares. Estes se reconhecem como técnicos de referência em saúde mental – “profissionais psi” (E4) –, e argumentam que não há atribuições exclusivas, exceto aquelas protegidas pelos Conselhos Profissionais. Ressaltaram que a proposta construída neste dispositivo de atenção não espera uma atuação baseada nos núcleos profissionais e que as funções e atividades a serem realizadas são as mesmas para todos, como a condução do plantão, suas intercorrências e os atendimentos ambulatoriais.

Estou atuando muito mais como um técnico de referência em saúde mental do que dentro de uma prática específica da terapia ocupacional. [...] Acho que é o campo da saúde mental em Belo Horizonte, puxa muito mais os profissionais para atuação no campo, do que nos seus núcleos profissionais (E2).

Todo mundo faz tudo que diz respeito ao atendimento dessa clientela, então, não tem nada que seja de atribuição exclusiva de outros profissionais (E7).

Assim, considerando a lógica da não diferenciação das atribuições e ações, as profissionais justificaram a permanência da composição multiprofissional da equipe, pelo que caracterizam como “diversidade de olhares” e de conhecimentos e não de ações. Essa referência vai ao encontro de outros estudos (Juns & Lancman, 2011; Almeida & Trevisan, 2011; Constantinidis & Cunha, 2016), que assinalaram o deslocamento da especificidade para o “olhar”, não sendo encontrada, portanto, nas ações ou nas propostas de intervenção, mas no modo como se compreende, no que o profissional é capaz de extrair daquilo que vê.

Eu acho que são os olhares que são distintos... eu acho que, a longo prazo, a gente dilui tanto... porque a gente já não tem tanta distinção, né? (E4).

A especificidade do “olhar” foi associada, pelas entrevistadas, ao ganho de autonomia, à circulação social, à autoexpressão, à ampliação do repertório de atividades, à história ocupacional, assim como às relações familiares e sociais e às atividades de engajamento, como escola e trabalho.

... a gente tem esse olhar para como que o indivíduo se relaciona com as suas próprias atividades (E9).

Esses apontamentos repercutem sobre a terapia ocupacional, pois ações tradicionais, como a oferta de oficinas e propósitos do trabalho da terapia ocupacional, como a atenção às atividades significativas, ao contexto da vida cotidiana, o foco sobre a autonomia e participação social do sujeito, passaram a coincidir com paradigmas da Reabilitação Psicossocial (Almeida & Trevisan, 2011; Constantinidis & Cunha, 2016), e se tornaram objetos comuns a toda a equipe.

Desse modo, com base nas distinções de Campos⁸ (2000, citado por Mângia & Barros, 2009), algumas ações, antes identificadas ao núcleo de competência da terapia ocupacional, passaram a compor o campo de competência da equipe. Esta coincidência dos pressupostos foi também reconhecida pelas terapeutas ocupacionais deste serviço.

O que vem na minha cabeça são as referências e os conceitos da reabilitação psicossocial, quando a gente pensa em contratualidade que se dá no campo do trabalho, da família, das relações sociais... acho que o terapeuta ocupacional vê isso, já vem se formando com essa proposta; de pensar a ocupação como um caminho (E2).

Identificou-se que o relato feito pelas terapeutas ocupacionais da não diferenciação de suas ações comporta, muitas vezes, o sentido de uma conquista por reconhecimento profissional e por relações e funções mais simétricas e igualitárias dentro da equipe. Porém, como alertam Saupe et al. (2005), mesmo sem o foco sobre as especialidades, nem sempre a relação hierárquica, de prestígio das práticas e *status* entre as profissões e profissionais, desfaz-se.

Quando pensam no terapeuta ocupacional, pensavam de forma equivocada e pejorativa: ‘já foi fazer a festinha? [...] Não mais, isso lá não acontece mais! (E7).

Tem uma compreensão aqui de que a função não é... é igual a dos outros! (E9).

Aí eu brigo, eu falo, eu tenho total capacidade de atender qualquer caso que chega aqui nesse serviço! (E4).

Conforme perguntam as autoras Constantinidis & Cunha (2016, p. 45), com a diluição das especialidades profissionais e valorização das práticas interdisciplinares, “como ficaria a identidade do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental?”. A perda do enquadramento profissional repercute sobre as terapeutas ocupacionais desta pesquisa, como um elemento de tensão, expresso ao falarem de suas práticas.

...me incomodava não ter isso definido, isso me incomoda muito! (E7).

⁸Campos (2000, como citado em Mângia & Barros, 2009) define Núcleo Profissional como aquele que dá contorno à identidade profissional, demarcando uma área de saber, e práticas utilizadas predominantemente por determinada disciplina; e Campo como o espaço de atuação com limites imprecisos, em que cada disciplina apoia as outras.

...me pergunto insistentemente o que eu tenho que fazer além, como terapeuta ocupacional (E2).

Para as autoras citadas, a principal atividade que revela um tensionamento sobre a identidade são as oficinas, pois estas se tornaram “mediadoras do trabalho interdisciplinar da equipe”, denominador comum aos profissionais atuantes no campo da saúde mental e atribuição de todos (Constantinidis & Cunha, 2016, p. 45). Esta tensão também se mostrou fortemente presente nas falas das terapeutas ocupacionais, ao se referirem à oferta ou não dessa estratégia de cuidado.

Nos dois CAPSi do município, há um técnico de nível médio, denominado *oficineiro*, que é o responsável por organizar e propor a realização de oficinas, que devem acontecer diariamente, nos dois turnos. Como relatado pelas terapeutas ocupacionais, nos horários destas oficinas, os profissionais da equipe (inclusive o terapeuta ocupacional) podem acompanhar os pacientes, observar, fazer alguma intervenção, sem que sejam os responsáveis por sua proposição, coordenação e condução. Tal fato, segundo as terapeutas ocupacionais, influenciou na diminuição da expectativa de que realizassem oficinas, diferentemente do que dizem já ter ocorrido no passado.

Porque algumas pessoas achavam que oficina terapêutica era uma atribuição exclusiva do terapeuta ocupacional (E7).

Como a gente tem um *oficineiro* aqui, a expectativa da TO fazer oficinas e a gente ter que fazer oficinas em todos os horários é um pouco menor. Não que seja assim, uma função do TO manter o paciente ocupado (E9).

Como já mencionado, nenhuma das terapeutas ocupacionais desenvolvia, de modo sistemático, alguma proposta de intervenção que reconhecessem como relacionada ao seu núcleo profissional, mas quatro delas falaram de seu desejo de conseguirem propô-las e efetivá-las, sobretudo se referindo às oficinas, sempre ressaltando que esta seria uma ação também esperada de todos os profissionais, não só dos terapeutas ocupacionais.

Tinha uma grande expectativa, quando eu cheguei, de conseguir pensar, propor, desenvolver alguma oficina; ainda não consegui (E2).

Todos têm que realizar oficinas, tento ajudar os colegas a pensarem nas oficinas, a entenderem o sentido terapêutico. [...] a gente consegue intervir de forma diferente que o *oficineiro* faz! Os profissionais devem fazer oficina, não somente o terapeuta ocupacional. [...] precisa ter um objetivo, não é só para passar o tempo! (E9).

A tensão identificada na fala das terapeutas ocupacionais pode significar a percepção da oficina como um lugar de riscos: o risco do desvalor, da realização de um trabalho que pode ser visto como subqualificado, e o de se tornar uma prática de entretenimento, que escamoteie o vazio institucional, como nos alerta Costa et al. (2015).

Lembremos, ainda, como nos indica Lima (2016), que as oficinas foram um elemento importante da lógica asilar, mas foram também acionadas a participar, como ação estruturadora dos serviços substitutivos, da desconstrução dessa mesma lógica. É

possível que esta dupla condição atinja as terapeutas ocupacionais, deixando-as ambivalentes em relação às oficinas.

De um lado, o reconhecimento das possibilidades terapêuticas que podem estar presentes na proposição das oficinas e que tem sido abordado em muitas publicações da profissão. Trata-se de uma prática de cuidado que, quando fundamentada no raciocínio clínico, conjuga, de modo indissociável, a produção da materialidade e da subjetividade (Lima, 2004). Com uma postura de convite para o encontro e para a ação significativa, por parte do terapeuta, é possível sustentar nas oficinas o espaço e o tempo para a exploração, experimentação e aprendizado, para acertar ou errar, para fazer de novo, para “descobrir-se enquanto ser de possibilidades e limitações” (Gontijo & Morais, 2012, p. 203). Elas podem ser lugar de intercâmbio, de interações e de acontecimentos singulares, cabendo ao terapeuta ocupacional analisar esta dinâmica complexa que se instala entre a interação do grupo e as atividades que realizam (Brunello, 2002). Como assinala Lima (2004), aquilo que se produz se torna linguagem, e é papel do terapeuta ajudar o paciente a dar significado àquilo que está sendo percebido e expresso pela atividade. Ou, como nos diz Bueno (2002), o sujeito pode se ver e se reconhecer naquilo que produz.

Por outro lado, há o temor de ocuparem o lugar do entretenimento, da ocupação pela ocupação, da desvalorização dessa proposta, comparada a outras intervenções. Kinker (2014) nos alerta sobre a voracidade de algumas instituições do campo da saúde mental pelas propostas de entretenimento. Talvez, por conhecerem esta voracidade, as terapeutas ocupacionais de nossa pesquisa tentam diluir a relação de sua formação, *expertise* e compreensão na proposição de oficinas, condicionando seu exercício ao seu compartilhamento com outros profissionais, ou deixando-a como secundária às outras atividades demandadas da equipe.

Assim, como viemos descrevendo, os aspectos abordados de tensão sobre a identidade profissional repercutem sobre as entrevistadas e sobre suas propostas e ações. No entanto, a proximidade e a coincidência de pressupostos da reabilitação psicossocial com a formação, propósitos e objetivos da terapia ocupacional (Almeida & Trevisan, 2011; Costa et al., 2015), como já apresentado, não seriam fatores de fortalecimento para a efetivação de ações e proposições por parte do profissional?

Como questionam Constantinidis & Cunha (2016, p. 49), “não seria possível fazer uma ponte entre o olhar e a prática?”. Ou seja, a contribuição das especialidades profissionais, para além do âmbito compreensivo e discursivo, pode também se revelar nas ações propostas e nas práticas realizadas.

Em nosso entendimento, tornar-se profissional do campo ou “profissional psi”, como disseram as entrevistadas, não anula os núcleos profissionais e as contribuições advindas deles. Isso está na base da perspectiva da composição multiprofissional da equipe, reunindo profissionais dos quais se esperam competência em seu campo profissional e para o trabalho coletivo (Juns & Lancman, 2011).

Pode-se assinalar, por um lado, que o projeto coletivo, as ações compartilhadas, os propósitos e objetivos comuns, as propostas trans e interdisciplinares não implicam a anulação da identidade profissional. Por outro lado, a identidade e a diminuição das tensões sobre ela não se baseiam em pretensões de exclusividade de ações. Ela pode ser exercida, experimentada, reconhecida, com a apropriação e o exercício de proposições, ações, intervenções, direcionamento de atenção e foco para aquilo que nos é próprio,

para aspectos que estão conectados ao nosso núcleo profissional, à nossa formação e aos nossos conhecimentos.

Na construção do projeto assistencial comum, nas trocas, nas relações, na formulação do projeto terapêutico singular, na efetivação de ações coletivas, nas discussões de caso e de equipe, vão se compondo espaços híbridos, cooperativos, compartilhados, coletivos, campos transdisciplinares que exigem abertura e flexibilidade. Essa configuração não desfaz a importância de todos estarem apropriados de sua *expertise* e competência profissional para as quais se capacitaram, e exercê-las, tanto no nível teórico, da compreensão e reflexão, quanto no nível da ação e proposições de intervenção.

A terapia ocupacional no Programa Arte da Saúde

O programa Arte da Saúde – Ateliê da Cidadania (AS) – foi implantado em uma das regionais do município no ano de 1994, após a parceria com a Cáritas/ Regional MG, e ampliado, ao final dos anos 2000, para todos os distritos sanitários. Este visa ofertar espaços de socialização e convivência, mediados por oficinas artísticas e culturais. O programa funciona como suporte para a rede de atenção à saúde mental da criança e do adolescente e se orienta pela perspectiva territorializada de promoção de saúde, de articulação intersetorial e escuta, anterior ou alternativo ao tratamento especializado e à medicalização. Em cada regional, há um coordenador geral, que supervisiona as atividades de no mínimo cinco núcleos de oficinas, ofertadas em diferentes bairros da regional, ministradas por monitores (Prefeitura de Belo Horizonte, 2004).

No AS, a vaga de coordenação não é definida pela categoria profissional, podendo ser ocupada por qualquer um dos profissionais do campo da saúde mental, mas a inserção dos terapeutas ocupacionais nesta função indica um novo espaço de participação e contribuição da terapia ocupacional, que é o espaço da gestão. Segundo Furlan & Oliveira (2017), a própria ampliação do conceito de saúde tem possibilitado a incorporação de diferentes profissionais na gestão de serviços e programas.

No exercício da função de gestão, as terapeutas ocupacionais destacaram a proximidade dos pressupostos do programa com os fundamentos de formação e ação da terapia ocupacional. Este compartilhamento de pressupostos é tomado, pelas profissionais do Arte da Saúde, como um apoio à sua identidade profissional e à sua capacitação para o exercício da função. Esta proximidade com os domínios de sua competência profissional também é sentida como um fortalecimento de seu papel como coordenador e de reconhecimento no campo.

O Arte tem tudo a ver com a TO (E8).

Eu tive o desejo de vir para o Arte da Saúde porque me identifiquei, como terapeuta ocupacional, com essa proposta. A proposta não surgiu de uma terapeuta ocupacional, não teve essa conotação aí da especificidade [...] mas acho que tem a cara, a identidade da terapia ocupacional nessa história (E13).

Neste programa, o papel das oficinas e, principalmente, sua concepção territorializada, são percebidos, propostos e estruturados, como mecanismos de empoderamento, proteção e participação social e como elemento de transformação e

abertura de possibilidades para os sujeitos assistidos. Proposta esta que se aproxima do que nos dizem Castro et al. (2016, p.182) como “espaço de vida, de convivência, do enriquecimento da vida cotidiana e da própria existência”.

O Arte da Saúde tem essa pretensão assim, de abrir horizontes pros meninos.[...] Eu continuo acreditando que essa atividade que os meninos fazem, elas são, elas transformam a realidade deles, transformam, é, objetiva e subjetivamente (E13).

As terapeutas ocupacionais destacaram como suas contribuições principais a preocupação com a construção, o percurso e o sentido e menos com o produto final, a atenção aos outros contextos de inserção, como escola, vizinhança e família – *“para o sujeito em seu contexto”* (E12) – a atenção àquilo que conseguem realizar e aos potenciais das crianças e adolescentes. Todas as terapeutas ocupacionais ressaltaram como um aspecto central de sua ação, principalmente na orientação dos monitores, o modo como se pensa a própria oficina, sua função de abertura e participação social e sua relação com o território,

A terapia ocupacional não dá atividade pela atividade, não bota os meninos pra fazer as coisas por fazer, aquilo precisa ter um sentido e esse sentido precisa ser transformador de alguma realidade (E13).

Seria como se pensa a oficina, seria como se pensa a organização no território. É o olhar da minha formação! (E12).

Fica assim evidente que o engajamento das terapeutas ocupacionais na coordenação deste dispositivo tem se embasado, preferencialmente, nos pressupostos assistenciais da proposta, na dinamicidade que imprimem em função da proximidade que identificam com o seu campo profissional e, em função disso, pelo reconhecimento das potencialidades e das complexidades inerentes à proposta. O exercício deste papel de gestor tem se apoiado em suas fundamentações profissionais e pressupostos assistenciais, e vão construindo sua experiência e desenvolvendo suas capacitações para os aspectos mais administrativos da função.

As profissionais identificaram várias atividades que compõem sua função para além das orientações aos monitores, acompanhamento das atividades e da assistência oferecida, como: planejamento de despesas, gerenciamento financeiro e prestação de contas das verbas disponíveis para materiais e alimentação⁹, organização de atividades e participação em eventos culturais associados às oficinas, compra de materiais, participação na seleção de monitores e controle de presença destes, acompanhamento da frequência dos usuários, participação em reuniões variadas com outros gestores, articulação com a rede de saúde mental, com outros dispositivos do distrito sanitário e com toda a rede de proteção à criança e ao adolescente. Todas as entrevistadas destacaram a percepção de que a jornada de 20 horas semanais do coordenador é insuficiente para todas as atribuições próprias da função e manifestaram a expectativa de conseguirem ampliar a jornada de trabalho no futuro.

⁹ Em todas as oficinas, são fornecidos lanches para as crianças e adolescentes.

Tem a questão da carga horária, nós fazemos 20 horas na coordenação, então assim, é muito pouco; é pouquíssimo! (E8).

Como destacam De Carlo et al. (2009), a função de gestão demanda várias habilidades e competências, o que exige, por sua vez, conhecimentos próprios a esta atribuição. Santos & Menta (2017) destacam que a função de gestão em saúde implica princípios da administração que se relacionam ao planejamento de serviços e ações, sua organização, a controladoria, a tomada de decisões, a coordenação de pessoas, o monitoramento e avaliação das atividades e as negociações políticas.

Assim, um aspecto relevante que os autores citados apontam é a importância da formação e a qualificação dos profissionais para o exercício dessas funções. Identificaram em suas pesquisas, no entanto, que os conteúdos relativos à gestão, de modo geral, são pouco estudados nos cursos de graduação da terapia ocupacional, como também acontece em outros cursos da área da saúde. Na mesma direção, Cruz et al. (2014) destacam a escassez de publicações sobre o tema, indicando poucos subsídios da área que auxiliem os profissionais a fundamentarem suas práticas do lugar de gestor.

As terapeutas ocupacionais de nossa pesquisa foram construindo seus conhecimentos e habilidades com base no engajamento na função e, portanto, de forma não sistematizada. Também relataram não terem contado, em sua formação, com conteúdos que abordassem a gestão de serviços.

Então, eu acho que eu fui construindo o meu conhecimento, né? Com relação à minha prática mesmo, a minha atuação (E17).

...que eu nunca estudei isso antes, entende? Assim; é, então, eu acho que em relação às questões mais administrativas pelo menos na minha formação ela foi muito limitada (E12).

A ampliação das possibilidades de atuação profissional no campo da gestão, para além da prática clínica, constatada em nossa pesquisa, leva-nos, em conjunto com autores do campo, como Furlan & Oliveira (2017), Cruz et al. (2014) e De Carlo et al. (2009), a assinalarmos a importância e a necessidade da inclusão, de maneira mais sistematizada, deste tipo de conhecimento na formação profissional.

Conclusão

Nossa intenção foi apresentar como têm se delineado as ações da terapia ocupacional no campo da saúde mental da infância e da adolescência, tomando como base a rede municipal de Belo Horizonte. Expor o panorama de suas contribuições permite seu reconhecimento e a ampliação do debate com as equipes, os gestores e com os colegas terapeutas ocupacionais.

A caracterização das ações do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental da infância e adolescência nos indicou que não há uma ação única, homogênea ou uniforme que pudesse ser identificada e analisada. Cada sujeito tem singularidades de formação, abordagem e entendimento que vão interferir em suas ações e cada dispositivo com suas propostas, características, funções, público-alvo, vinculação a níveis de atenção distintos

e especificidades vão condicionar a inserção dos profissionais. Há, portanto, uma heterogeneidade de ações que nos leva a reconhecer especificidades e focos, mas há também convergências que puderam ser analisadas.

Nas EqCs, pudemos identificar, com base nas práticas descritas pelas profissionais, que o paradigma clínico e o modelo biomédico estão presentes e têm sido preponderantes, sustentados por sistemas de organização semelhantes aos ambulatórios especializados, focados no sujeito e em sua sintomatologia, estruturados em agendamentos e preenchimento completo das agendas, que acabam por limitar outras propostas de ação. Mesmo que gestores e profissionais venham sustentando propostas coletivas, como a da Intervenção a Tempo e de atenção e ação compartilhadas entre os profissionais em atendimentos grupais, isso não tem sido suficiente para uma mudança do modelo.

Há, ainda, um caminho importante a ser trilhado e construído para que o modelo psicossocial e as possibilidades de ação das terapeutas ocupacionais nesta perspectiva possam, de fato, efetivar-se de modo específico, mas também dialogando e se relacionando com as outras perspectivas de abordagem analisadas – desenvolvimentista/habilitadora e de tipo psicoterápico.

Assim, a perspectiva de uma clínica ampliada, fundada no reconhecimento da complexidade dos casos, dos processos de saúde-doença, que considere e integre às propostas de cuidado os contextos de vida, as condições cotidianas e o território e que esteja articulada à intersectorialidade precisa ser expandida. Essa expansão certamente implicará mudanças nos processos de trabalho e na ampliação das equipes e profissionais e, portanto, também envolve, diretamente, os gestores.

Nos CAPSi, o que se destacou foi o modelo coletivo de assistência, o compartilhamento de funções não diferenciadas pela especialidade, nas quais as terapeutas ocupacionais do dispositivo têm se engajado, mas que repercute, com tensões, sobre o aspecto da identidade e do fazer profissional, sobretudo no que diz respeito à proposição de oficinas. Este compartilhamento tem deixado como secundários ou presentes, em ações isoladas e individualizadas, o exercício e a apropriação de sua *expertise* profissional.

Tal apropriação não quer dizer, de modo algum, exclusividade de atribuições e ações, pois o modelo psicossocial de assistência se funda em pressupostos comuns e compartilhados. Pareceu-nos que, envolvidas pela sombra dos riscos de simplificação, hierarquização ou não compreensão de suas práticas, abordados anteriormente e, assim como outros profissionais da equipe, absorvidas pela dinâmica e atividades estruturadoras do serviço, as terapeutas ocupacionais não têm conseguido efetivar suas propostas de modo sistemático, atuando aquém da potencialidade de seu saber e fazer profissionais.

As proposições da Reabilitação Psicossocial são um bem comum que vêm sendo construídas e conquistadas com ações coletivas, fundadas em propostas inter e transdisciplinares, para as quais temos contribuições importantes a serem efetivadas e agregadas à riqueza das proposições coletivas e à complexidade das demandas clínicas.

No programa Arte da Saúde, identificou-se que a proximidade entre os pressupostos do programa e a formação profissional foi descrita como um elemento de apoio para o exercício da função de gestor e para a orientação que imprimem à proposta. Outro aspecto relevante assinalado é a necessidade de as instituições responsáveis pela formação

do terapeuta ocupacional incluírem, nos conteúdos formativos, de maneira mais sistematizada, conhecimentos relativos ao exercício da função de gestor, pois este lugar se apresenta como um espaço promissor e em crescimento para o campo profissional.

Verificou-se, por fim, que o terapeuta ocupacional tem participado e contribuído de modo efetivo na consolidação de propostas e da própria rede de assistência do município de Belo Horizonte, porém, também pudemos identificar que a rede de assistência ainda é reduzida frente ao contingente populacional de cobertura e à complexidade de suas demandas. Outros dispositivos necessitam ser implantados e o número de profissionais ampliado, interpelando os gestores no compromisso político com o campo da saúde mental da infância e da adolescência. Tal condição indica também ao terapeuta ocupacional a perspectiva de um campo em crescimento, para o qual ele precisa estar preparado, do ponto de vista teórico/ metodológico, e comprometido politicamente em sua construção.

Reconhecemos como limitação desta pesquisa o número de sujeitos entrevistados, quando consideramos o quantitativo de profissionais lotados em cada um dos dispositivos. Outra limitação se refere à circunscrição da pesquisa às profissionais da rede municipal de Belo Horizonte, podendo ter acarretado o viés de um único modelo de orientação assistencial. Em pesquisas futuras, a inclusão de profissionais de redes assistenciais de outros municípios e de instituições de outras instâncias de gestão – como a esfera estadual, por exemplo – poderá ampliar o número de sujeitos e a complexidade das propostas a serem analisadas.

Agradecimentos

Às terapeutas ocupacionais da rede de assistência à saúde mental e à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/SMSA – PBH, instituição parceira da pesquisa de referência deste artigo.

Referências

- Almeida, D. T., & Trevisan, E. (2011). Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 299-307.
- Benetton, M. J. (1991). *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Bonetti, A. (2011). *Saúde mental na infância: um enfoque da terapia ocupacional* (Monografia de aperfeiçoamento). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Brasil. (2002, 19 de fevereiro). Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Brunello, M. I. B. (2002). Terapia ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica de papéis em um grupo de atividades. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 13(1), 9-14. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i1p9-14>.
- Brunello, M. I. B., Jurdi, A. P., Angeli, A. A. C., Carvalho, C. C., & Kou, V. (2006). A criação de um espaço para a existência: o Espaço Lúdico Terapêutico. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(1), 4-9. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v17i1p4-9>.

- Bueno, A. R. (2013). *Terapia ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil: revelando as ações junto aos Centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSi)* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Recuperado em 15 de dezembro de 2017, de <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6871/5042.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bueno, K. M. P. (2002). Módulo de madeira: uma experiência de uso terapêutico da atividade. *Revista de Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes*, 3(9), 29-34.
- Bueno, K. M. P. (2003). *As habilidades humanas: formas de compreensão e processos de constituição*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.
- Bueno, K. M. P. (2007). Os processos de constituição das habilidades. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 18(2), 47-53.
- Carlo, M. M. R., Santana, C. S., Elui, V. M. C., & Castro, J. M. (2009). Planejamento e gerenciamento de serviços como conteúdos de formação profissional em terapia ocupacional: reflexões com base na percepção dos estudantes. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 13(29), 445-453.
- Castro, E. D., Mecca, R. C., & Barbosa, N. D. (2016). Experiência estética, exercício cultural e produção de vida. In T. S. Matsukura & M. M. Salles (Eds.), *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental* (pp. 167-191). São Carlos: EDUFSCAR.
- Ceccim, R. B., & Palombini, A. L. (2009). Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. *Psicologia e Sociedade*, 21(3), 301-312. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000300003>.
- Chamone, R. J. (1990). *O objeto e a especificidade da Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: GESTO.
- Constantinidis, T. C., & Cunha, A. C. (2016). Desinstitucionalizando conceitos: a terapia ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental. In T. S. Matsukura & M. M. Salles (Eds.), *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental* (pp. 61-76). São Carlos: EDUFSCAR.
- Costa, L. A., Almeida, S. C., & Assis, M. G. (2015). Reflexões epistêmicas sobre a terapia ocupacional no campo da saúde mental. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(01), 189-196. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARL432>.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Ed.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-398. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>.
- Cruz, D. M. C., Souza, F., & Emmel, M. L. G. (2014). Formação do terapeuta ocupacional para a gestão. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(3), 309-316. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p309-316>.
- Cunha, C. C., & Boarini, M. L. (2011). O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 68-76.
- Dias, F. W., & Passos, I. C. F. (2017). Transformações históricas da política de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil e em Minas Gerais. In I. C. F. Passos & C. M. F. Penido (Eds.), *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes* (pp. 54-79). São Paulo: Zagadoni.
- Faria, M. B. S. R. (2007). Referencial de Rui Chamone Jorge. In A. Cavalcanti & C. Galvão (Eds.), *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática* (pp. 171-183). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ferlan, F. (2006). *O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a Terapia Ocupacional*. São Paulo: Rocca.
- Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., Lussi, I. A. O., Ferigato, S. H., & Morato, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 725-740. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>.

- Ferrari, S. (2005). Terapia Ocupacional e as fronteiras de seu território. *Revista Ceto*, 9(9), 9-17.
- Fonsêca, M. E. D., & Silva, A. C. D. (2015). Concepções e uso do brincar na prática clínica de terapeutas ocupacionais. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(3), 589-597. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0554>.
- Furlan, P. G., & Oliveira, M. S. (2017). Terapeutas ocupacionais em gestão da atenção básica à saúde. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 25(1), 21-31. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0781>.
- Gomes, M. L., & Oliver, F. C. (2010). A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(2), 121-129. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p121-129>.
- Gontijo, A. M., & Moraes, R. R. (2012). Contribuições da terapia ocupacional na permanência dia de um serviço de urgência em saúde mental infantojuvenil. In T. Ferreira & V. L. Bontempo (Eds.), *Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos* (pp. 199-206). Curitiba: CRV.
- Juns, A. G., & Lancman, S. (2011). O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 27-35. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p27-35>.
- Kinker, S. F. (2014). Enfrentamentos e construção de projetos de trabalho para a superação da laborterapia. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(1), 49-61. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.006>.
- Lima, E. A. (2004). Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Eds.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania* (pp. 59-81). Rio de Janeiro: Coleções IPUB.
- Lima, E. M. F. (2016). Subjetivação e criação: linhas para uma terapia ocupacional construtiva. In T. S. Matsukura & M. M. Salles (Eds.), *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental* (pp.147-165). São Carlos: EDUFSCAR.
- Lykouropoulos, C. B., & Péchy, S. H. S. (2016). O que é um CAPSI? In E. L. Ribeiro & C. B. Lykouropoulos (Eds.), *O Capsi e o desafio da gestão em rede* (pp. 87-99). São Paulo: Hucitec.
- Mângia, E. F., & Barros, J. (2009). Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(2), 85-91.
- Mângia, E. F., & Maramoto, M. (2006). Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(3), 115-122.
- Mângia, E. F., & Nicácio, F. (2001). Terapia ocupacional em saúde mental; tendências principais e desafios contemporâneos. In M. R. P. De Carlo & C. C. Bartalotti (Eds.), *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (pp. 63-80). São Paulo: Plexus.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Passos, I. C. F., Dias, F. W., Lima, I. C. B. F., Beato, M. S. F., Akerman, J., & Ribeiro, C. S. (2017). Cartografia da rede de saúde mental infantojuvenil de Belo Horizonte. In I. C. F. Passos, & C. M. F. Penido (Eds.), *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes* (pp.149-184). São Paulo: Zagadoni.
- Prefeitura de Belo Horizonte. (2004). *Projeto de atenção à saúde mental da criança e do adolescente*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Rezende, M. B. (2005). O brincar sob a perspectiva da Terapia Ocupacional. In A. Carvalho, F. Salles, M. Guimarães & J. A. Debortoli (Eds.), *Brincar(es)* (pp. 51-64). Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Santos, R. S., & Menta, S. A. (2017). A formação do terapeuta ocupacional para a gestão de serviços: um estudo de bases curriculares. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 25(1), 43-51. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0710>.

- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania*. Rio de Janeiro: Editora TeCorá.
- Saupe, R., Cutolo, L. R. A., Wendhausen, A. L. P., & Benito, G. A. V. (2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 9(18), 521-536.
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2015). Saúde Mental Infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(2), 439-447. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>.
- Vicentin, M. C. G. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(1), 10-17. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v17i1p10-17>.

Contribuição dos autores

Kátia Maria Penido Bueno responsável pela concepção e coordenação da pesquisa, coleta e análise dos dados, concepção e redação do texto. Simone Costa de Almeida responsável pela revisão e contribuições na redação do texto. Mariana Moreira Sales, bolsista de iniciação à pesquisa, responsável pela coleta e transcrição dos dados da pesquisa, revisão bibliográfica e organização de fontes. Mariana Ferreira Salgado, bolsista voluntária de iniciação à pesquisa, responsável pela coleta e transcrição dos dados, revisão bibliográfica e organização de fontes. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Fonte de Financiamento

Programa Institucional de Auxílio à Pesquisa de Docentes Recém-Contratados – Edital 01/2017- ADRC – Pró-Reitoria de Pesquisa/PRPq/UFMG e Programa de Iniciação Científica Voluntária/ PRPq/UFMG.

Autor para Correspondência

Kátia Maria Penido Bueno
e-mail: katiapenidobueno@gmail.com

Editora de seção

Profª. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi