

SAÚDE MENTAL E A TERAPIA OCUPACIONAL: CONTEXTO ATUAL¹

Maria Heloísa da Rocha Medeiros

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar

Doutora em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Resumo:

A partir do novo dimensionamento dado à Saúde pela atual Constituição Brasileira, Saúde como direito do cidadão e dever do Estado; Saúde entendida como qualidade de vida - a autora retoma a discussão dos modelos assumidos pela Terapia Ocupacional, e indica alguns dos direcionamentos tomados por esta profissão na perspectiva da efetivação desse novo paradigma. Assumindo que arraigados e questionáveis valores, não só dentro das práticas assistenciais, deverão ser revisados, a autora sugere que a perspectiva da qualidade de vida deve ser redimensionada como um compromisso necessário na prática dos terapeutas ocupacionais, responsabilizando-os enquanto cidadãos - sujeitos construtores da realidade em que vivem.

Palavras chaves: Terapia Ocupacional, Modelos, Saúde Mental.

Falar do contexto atual da Saúde Mental no Brasil é ainda falar dos manicômios, asilos e

hospitais psiquiátricos que cumprem a função de excluir os doentes mentais do convívio e

¹ Este artigo faz parte da tese de doutorado da autora, defendida em 1994 na FCM UNICAMP, Campinas, SP, e divulgado como palestra sob o mesmo nome na IX Semana de Estudos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, out. 1994.

participação social, e de um sistema jurídico que retira desses doentes a condição de cidadãos.

Mas também é falar de Movimentos Sociais que, ao denunciarem tais situações, propiciaram condições para que emergissem diferente e frutíferas experiências, consolidando-se no sentido da desospitalização dos doentes e da desinstitucionalização da doença mental.

A Reforma Sanitária atual, fruto desse Movimentos e experiências, indica uma nova definição de saúde, não mais pautada numa abordagem medicalizante, isto é, considerada apenas como ausência de doenças, mas como um efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa e participativa do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais, etc...²

Tal proposição, parcialmente incorporada na Nova Constituição Brasileira, tem implicado a efetivação de reformas estruturais em todo o Sistema de Saúde e a implementação de políticas sociais mais abrangentes e consistentes, para que se alcance os objetivos que esses princípios indicam.

Além disso, essa nova proposição implica necessariamente, a desconstrução de antigos paradigmas e a construção de um novo que venha subsidiar a prática assistencial. O novo paradigma, portanto, encaminha-se na perspectiva de uma

² Cf. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.

atenção à pessoa, considerada sujeito de sua própria cura, isto é, que deverá ter os meios para realizar sua saúde.

Pelas análises feitas das experiências, projetos e políticas de saúde contemporâneas, podemos constatar que as questões que hoje a Saúde Mental coloca para a assistência ao doente mental não encontram respostas pela medicina, que fragmenta o indivíduo, o coisifica, e que a terapia ocupacional, enquanto área de conhecimento e de assistência que se ocupa prioritariamente das atividades humanas, pode indicar uma tecnologia diferenciada e mais coerente com as questões levantadas, respondendo de modo mais integralizado às questões do sujeito.

Quanto à história das políticas de saúde do Brasil, observamos que ela tem sido marcada pela dicotomia entre saúde pública e previdenciária, pela política de privilegiamento dos serviços privados e pela prática regida pelo mercado. As práticas do atendimento público em Saúde Mental têm sido caracterizadas pelo atendimento predominantemente asilar e psicofarmacológico e pela escassez de investimentos de recursos humanos.

As recentes experiências na assistência ao doente mental, alternativa a esse modelo, têm enfrentado novos problemas, desencadeados pelas intercorrentes mudanças de orientações políticas e interrupções nos programas existentes, impossibilitando a consolidação de modelos consistentes que respondam mais eficazmente às necessidades de saúde da população, na perspectiva

das transformações indicadas pela Reforma Sanitária.

A TERAPIA OCUPACIONAL E SUA ATUAÇÃO NO SOCIAL

As atuações da Terapia Ocupacional em serviço público não pode ser entendida como uma ação isolada, mas sim intrinsecamente ligada e marcada pela história do atendimento público à saúde.

Temos observado que cada vez mais ela é convocada a participar, até com certo destaque, em serviços educacionais, sociais e de saúde, quer da rede oficial ou particular, na área da saúde mental ou nas áreas das especialidades médicas, em serviço ambulatoriais ou hospitalares, em escolas, creches e asilos, programas especiais para meninos de rua ou idosos...

Embora à semelhança de outros profissionais de Saúde, a sua atuação tem sido extremamente diversificada, quanto às técnicas e teorias adotadas, em função das finalidades dos programas e serviços que a requisitam. Este fato, porém, tem sido apontado como uma das causas dificultadora da compreensão de sua identidade profissional nos meios acadêmicos e assistencial.

No entanto, ao nosso modo de ver, estas mudanças de posturas significam, na verdade, as várias possibilidades de adequações de seus

instrumentais em relação às finalidades dos programas, serviços e das políticas sociais que os engendram, e este, ao privilegiar determinados conceitos de Homem, Saúde e Doença, imprimem determinados modelos tecnológicos na assistência.

Assim, pode-se falar em múltiplas Terapias Ocupacionais.

Isso, ao contrário do que poderia se cogitar, é um aspecto positivo a ser considerado neste momento, pois indica a sua não cristalização, ou melhor, a sua plasticidade diante das novas proposições para o atendimento ao doente mental. O instrumental da Terapia Ocupacional se mostra condizente com as proposições de transformação assistencial atuais, uma vez que o doente mental é encarado como um cidadão que se realiza e restabelece sua saúde através da sua inserção social, feita na relação com as atividades que lhe proporcionem uma melhor qualidade de vida.

Para melhor compreender as relações que a Terapia Ocupacional tem estabelecido com a Saúde é útil percorrer os caminhos e modelos que vem sendo trilhados, a fim de buscar compreender a função social e ideológica que ela vem assumindo ao longo da história da assistência em nossa sociedade.

A criação desta profissão, no início do século XX nos Estados Unidos, foi decorrente da divisão social do trabalho médico, num momento histórico em que coexistiam e disputavam entre si, diferentes correntes e modelos teórico-assistenciais na área da Saúde em geral, e também na área de Saúde Mental, em particular. Nesta época uma “certa retomada” do

Tratamento Moral na prática psiquiátrica, e mesmo em outras áreas da clínica médica, fez com que se arregimentassem e especializassem pessoas para atuarem desta forma, mas com um instrumental próprio - as atividades - possibilitando assim a formalização e a oficialização desta categoria profissional.

Pela leitura crítica de sua história, fica evidente que a emergência ou a predominância de determinados modelos assumidos, decorrem sempre das pressões advindas dos médicos, de seus saberes e tecnologias, em constantes disputas pela hegemonia política e social.

Atuando de forma mais ou menos massificante ou individualizante, assim como a medicina, a terapia ocupacional procura respaldar suas técnicas e métodos em fundamentos ora mais **individual / curativista**, isto é, em cima de um problema já instalado no sujeito naquela doença, à semelhança dos procedimentos específicos das especialidades clínicas e psicoterápicas do momento, ora no sentido mais **massificante / preventista**, em ações extensivas a grandes grupos populacionais, consolidando a perspectiva da “medicalização do social”. No entanto, o que a difere das demais profissões da saúde é o fato de ter como seu objeto e instrumento de trabalho as **atividades humanas**.

Dado que estas atividades são inúmeras e diversificadas, tanto em qualidades como em possibilidades, dependendo da perspectiva de análise que tomemos, é possível desenhá-las num sem fim de características, enquadrando-as em diferentes

finalidades. Daí que sempre estaremos fazendo reduções ou recortes para que elas se tornem instrumental da clínica.

Mas é exatamente este instrumental, pela sua imensa possibilidade de interpretações e aplicações que, muitas vezes, provoca neste profissional dúvidas e inquietações diante do seu fazer cotidiano. A percepção de que as atividades podem ser reduzidas a “recurso terapêutico”, leva-nos a questionar outras tantas reduções e dicotomias em relação aos conceitos assumidos e vivenciados na clínica, tais como: doença/saúde, mente/corpo, louco/são, normal/patológico, deficiente/produtivo, indivíduo/ sujeito, ações individuais/ações coletivas, etc.

O TERAPEUTA OCUPACIONAL: PROFISSIONAL SUJEITO OU SUJEITADO?

Os modelos teórico-práticos assumidos pelo profissional, resultam de uma escolha por determinados pressupostos conceituais, filosóficos e científico (sociológicos, biológicos, antropológicos, etc) acerca de seu objetivo de intervenção, o que lhe indicarão as maneiras de aplicação das atividades como um recurso terapêutico. Embora nem sempre ao nível consciente, esta escolha implica necessariamente uma opção também por determinadas finalidades políticas correspondentes a

estas práticas, dado que elas se realizarão e intervirão no campo social.

Que modelo seguir? Qual o problema a ser tratado? Quais os recursos materiais e humanos usar? Que clientela será eleita como objeto de sua intervenção?

As respostas a estas questões vão nos mostrar as identificações, diferenças e contradições possíveis, existentes entre os modelos tecnológicos da Saúde e os da prática da Terapia Ocupacional.

Refletindo sobre algumas das nossas próprias experiências, como terapeuta ocupacional, em alguns espaços institucionais nas áreas da Saúde, da Assistência Social e da Educação, identificamos alguns denominadores comuns entre essas áreas e a terapia ocupacional.

No que concerne às finalidades dessas práticas, verificamos a existência de um trabalho voltado prioritariamente à adaptação social do indivíduo ao “status quo”, à sua doença, à instituição, à sua condição de vida, etc, conformando-o e submetendo-o às possibilidades e regras externas a ele. Mas, de outro modo também, vivenciamos experiências onde se tentavam estabelecer outros tipos de relações, trabalhando-se na perspectiva de desenvolver as possibilidades do indivíduo enquanto sujeitos da sua própria história, capaz de mudar o rumo das coisas e de interferir na qualidade de sua vida através do seu fazer.

Embora essas duas perspectivas estejam colocadas aqui como antagônicas, não

desconsideramos que, para a construção da sua autonomia, a pessoa tenha que se adaptar e acomodar a determinadas condições internas e externas, como parte de um processo de crescimento. O que assinalamos como diferenciador dessas abordagens, é o fato de que na primeira, busca-se a adaptação como uma finalidade em si mesma, como se os contextos vivenciais dos pacientes - o ambiente, a doença, as condições sociais, etc. - não fossem também mutáveis.

Apesar da enorme diferença existente entre abordagens, reconhecemos que para qualquer dessas finalidades a terapia ocupacional tem ferramentas suficientes para atingi-las, uma vez que a atividade humana, também como seu recurso, é policêntrica e polissêmica.

Assim, ressaltando os pressupostos ideológicos e conceituais que fundamentam os modelos assistenciais predominantes em cada contexto histórico e social, verificamos que os principais modelos encontrados na terapia têm se orientado para:

1. Privilegiar a racionalidade humana e a ordem social (modelos que se assemelham ao Tratamento Moral).

2. Privilegiar o corpo anátomo-fisiológico e a dicotomia corpo/mente (os modelos psicológicos tais como os comportamentalistas, bem como os cinesiológicos, neuro-ortopédicos, e outros tantos decorrentes das demais áreas das especialidades médicas).

3. Privilegiar o inconsciente e o simbólico (os modelos analíticos e psicodinâmicos).

4. Privilegiar o crescimento e evolução biológicos (os modelos desenvolvimentistas, tais como sensório-integrativo).

5. Privilegiar a função e a produção sociais (os modelos funcionalistas e sistêmicos).

6. Privilegiar o sujeito histórico (os modelos emergentes nas práticas transformadoras atuais).

Discriminar todos estes “modelos” porém, nada mais seria que um mero diletantismo intelectual, uma classificação lógica de modos de proceder, uma abordagem epistemológica da prática profissional, se não se considerar que cada um deles implica uma dada função na produção e reprodução de valores, ideologias e relações sociais.

Assim, criticando a pretensão da postura da “neutralidade” das ciências é que podemos compreender como tem se estabelecido o relacionamento da comunidade científica com a loucura:

“Já se disse que o louco foi para a ciência aquele outro da razão e que em função disso criaram-se estratégias e táticas para lidar com esse outro que não se conformava ao ideário burguês. Neste ideário, a razão comanda os interesses e, em última instância, determina o consenso, a vontade geral, que faz com que as pessoas vivam em coletividade ou em sociedade. Alguém que rompe com isso precisa ser punido. (...) o infrator encarcerado e o erro da razão corrigido ... Já se disse também que o louco foi para a medicina mental o outro da vontade, o outro da alienação (...) Alguém que perdeu parte da humanidade; alienou-se

de uma parte de si mesmo. E mais uma vez a alternativa para esse desarrazoado que agora é alienado (...) é novamente o hospital” (Costa, 1987, p.47).

E a Terapia Ocupacional, como tem lidado com o doente mental em suas técnicas e práticas cotidianas?

A TERAPIA OCUPACIONAL E OS DISCURSOS CONTEMPORÂNEOS DA SAÚDE MENTAL

Na perspectiva de entendermos a relação que a terapia ocupacional estabelece hoje com a área da Saúde Mental, e fazermos um paralelo entre elas, valemo-nos da categorização feita por Costa (1987), dos discursos contemporâneos desta área, como um dos parâmetros para entendermos tais relações. A eleição desta categorização se deu, por entendermos que ela é adequada e abrangente, referente não só às práticas médicas. Assim, parafraseando este autor, temos 3 tipos principais de discursos:

O primeiro é o **organicista**. Ele se estrutura no modelo médico, buscando as explicações para as doenças mentais na perspectiva do corpo-cadáver ou do fisiopatológico. O local da produção deste discurso é o asilo, e o tratamento proposto são os medicamentos. Dirigido prioritariamente aos médicos, ele pretende atingir o reconhecimento científico de seus pares.

Fazendo um paralelo à Terapia Ocupacional, neste tipo de discurso poderíamos encaixar os modelos desta área que também correspondem a esta mesma lógica, ou seja, a lógica positivista e mecânica de concepção e de intervenção no real.

Nesta perspectiva, o homem, assim como a natureza física, são concebidos e explicados por suas partes. Fragmentado, o homem pode ser analisado, mensurado e controlado. Na divisão corpo e mente, a visão organicista privilegia as ações do corpo sobre a mente, isto é, os afetos, pensamento, motivações, raciocínio, interesses, etc, são manifestações consequentes do funcionamento de um determinado órgão ou sistema corporal, podendo então ser controlados ou tratados por intervenções físicas e fisiológicas equivalentes.

No caso da terapia ocupacional, esta lógica faz com que se entenda as atividades também na perspectiva das partes e funcionamentos corporais (atividades para a mão, ombro, para socialização, etc.). Como recursos terapêuticos, elas deverão cumprir a função de exercitar e desenvolver essas partes.

Na área da saúde mental, o modelo adotado segue a lógica mecanicista, ou seja a atividade é dirigida contra o sintoma. As atividades são escolhidas como estímulos para provocarem respostas específicas e desejadas pelo terapeuta, que é quem possui o domínio do conhecimento sobre o funcionamento do corpo e da técnica.

As sessões são previamente planejadas: o ambiente é cuidadosamente arrumado para que se

evite as interferências ou estímulos indesejáveis, selecionando-se os que deverão ser controlados; as atividades são previamente analisadas em suas fases de procedimentos e dificuldade; os materiais a serem utilizados na sessão, serão apresentados e deverão estar arrumados em sua ordem de uso; a instrução sobre a realização da atividade segue uma metodologia específica, em que o terapeuta diz apenas o necessário, de modo claro e objetivo, cuidando para que a compreensão da tarefa seja alcançada, repetindo explicações ou mesmo executando partes dela para servir de modelo.

Entendidas segundo critérios nosológicos ou funcionais, as atividades são classificadas como **estruturadas e livres**. As estruturadas, as que seguem ou repetem determinados procedimentos e regras bem definidas de execução, geralmente são indicadas para trabalhar a ‘memória’, ‘atenção’, ‘raciocínio’, ‘concentração’, ‘agressividade’, ‘coordenação viso-manual’, ‘lateralidade’, etc, e as atividades ‘livres’ servem para ‘aliviar tensões’, ‘descarregar a raiva’, ‘promover a sociabilidade’.

As atividades também são classificadas e agrupadas conforme a característica física dos materiais empregados, a maneira predominante de realizá-la, e a função psicológica preponderantemente requisitada naquela ação.

Por exemplo:

1. atividade de marcenaria:

- materiais e instrumentais empregados: madeira, pregos, serrote, martelo, cola.

- qualidades físicas dos materiais = resistentes e pesados
- maneira de execução = estruturada
- qualidades psicológicas estimuladas ou requisitadas = descarga de agressividade, concentração e coordenação motora;

2. pintura:

- materiais e instrumentais empregados: papéis, pincéis, tintas, lápis, borracha, etc.
- qualidades físicas dos materiais = leves e flexíveis
- maneira de execução = livre ou estruturada
- qualidades psicológicas estimuladas ou requisitadas = coordenação motora, concentração, alívio de tensão, imaginação;

3. crochê:

- materiais e instrumentais empregados = linhas e agulhas
- qualidades físicas dos materiais = leves e flexíveis
- maneira de execução = estruturada
- qualidades psicológicas estimuladas ou requisitadas = concentração, coordenação motora, noção de sequência, etc.

Os atendimentos geralmente são individuais ou em pequenos grupos, e os registros e as avaliações seguem roteiro criterioso e previamente elaborado, utilizados como instrumentos para a

análise quantitativa posterior, da qual se estabelecerá a direção das próximas sessões. Neste caso a terapia ocupacional colabora para a produção de corpos dóceis e submetidos.

O segundo discurso é o **preventivista**. Nesta perspectiva o interesse e as explicações das doenças mentais não se localizam mais no corpo-cadáver individual, mas na massa social. Alterando para o “perigo social” representado pelos doentes mentais, ou pelos comportamentos reivindicatórios - a “patologia” - dos trabalhadores, a intervenção proposta será a da prevenção psiquiátrica associada aos benzodiazepínicos. Este discurso é dirigido, em última instância, ao aparelho do Estado, a fim de obter seu reconhecimento sobre a importância social da psiquiatria.

Nesta perspectiva, a terapia ocupacional tem acompanhado o movimento de psiquiatrização, psicologização e medicalização dos conflitos sociais, quando se engaja em programas dessa natureza, assumindo muitas vezes a postura da ‘ocupoterapia’, isto é, utiliza-se das atividades como forma de desviar pensamentos mórbidos ou perniciosos da mente dos desocupados. Aqui, a palavra prevenção assume a dimensão de “prevenir-se contra, de quem se evitar”.

São os casos de grupos específicos, a quem a Promoção Social se dirige de tempos, em tempos, tais como os menores abandonados, os idosos, os favelados, etc., sempre que considerados como uma ameaça para a sociedade. Nestes programas, geralmente é o terapeuta ocupacional que se

encarrega das promoções e organizações de festa e comemorações de alguns fatos e datas específicas como aniversários, Natal, festa junina, etc., associando-se aos programas “educativos” de cuidados higiênicos, de sociabilização grupal, etc., repassando valores culturais e ideológicos compatíveis com a classe social dominante. O terapeuta ocupacional nesse caso, funciona como um mensageiro de valores e atitudes, sublinhando as carências, produzindo, conseqüentemente, sujeitos carenciados.

“Um sujeito carente é um indivíduo que abandona o exercício de sua cidadania e vai atrás do leite que lhe falta, da educação que lhe falta, do equilíbrio mental que lhe falta” (Lancetti, 1989).

A atenção individualizada neste caso, não é privilegiada, uma vez que as ações terapêuticas se dirigem para o social.

O terceiro discurso é o **psicoterápico**. Pretendendo atingir a família, a classe média, ele se vale de um ‘intimismo psicológico’ a serviço do individualismo burguês, reproduzindo assim uma normalização e uma moralização das camadas urbanas. Este discurso está associado ainda aos discursos da fase de industrialização do Ocidente, quando a valorização do sujeito individual se sobre põe aos demais valores sociais de épocas precedentes. O local privilegiado de sua produção são os consultórios particulares.

Os modelos da terapia ocupacional que se encaixam nesta perspectiva são vários. Mais ou menos sistematizados a partir das concepções que norteiam as várias práticas psicoterápicas, o terapeuta ocupacional adapta seu instrumental de trabalho naquela perspectiva.

Sistematizados ou não uma proposta exclusiva para a área, encontramos modelos que se fundamentam na perspectiva funcionalista e sistêmica, na psicanálise, na psicodinâmica, no psicodrama, na terapia centrada na pessoa, na gestalt, no comportamentalismo, numa mistura disso tudo, em abordagens ora mais holísticas, ora mais mecanicistas.

Neste discurso, é notória a influência da psicanálise que, em nossa sociedade, permeia as mais variadas esferas de práticas e produções sociais, quer na esfera do conhecimento, das artes, da literatura e religiões, como das práticas assistenciais que se reorganizaram a partir de suas críticas e pressuposições.

A terapia ocupacional também bebeu dessa fonte ao reorientar sua prática no sentido de incorporar a premissa da manifestação do inconsciente através dos símbolos expressos nas atividades, bem como no tipo de assistência prestada.

Dessa perspectiva foram feitas várias leituras e reduções, e os modelos daí decorrentes traduzem as mais variadas vertentes.

Nos Estados Unidos foi sistematizada e difundida uma proposta para a terapia ocupacional

baseada em alguns princípios psicodinâmicos. Sua formulação fundamentava-se na crítica à sobrevalorização do uso das atividades em relação aos outros componentes do processo terapêutico, tais como as relações interpessoais entre o paciente, o terapeuta e o grupo. Recolocava a importância da natureza ou experiência da ação em outro patamar, atribuindo uma valorização maior ao processo da ação e ao envolvimento com a atividade, alertando que este, tanto pode ser terapêutico como prejudicial para o paciente.

Neste modelo, o uso das atividades como medida psicoterápica requer

“... conhecimento dos fenômenos do inconsciente, da natureza e do significado dos símbolos, e da psicodinâmica individual, uma sensibilidade para provável impacto de cada um destes aspectos nos outros (aspectos) e, finalmente a capacidade de integrar tal conhecimento na experiência terapêutica para um paciente” (Fidler e Fidler, 1963, p.45).

No Brasil recebemos também a influência de alguns autores e formadores que se valeram de outras perspectiva de origem analítica, tal como a Junguiana, desenvolvida por Nise da Silveira (s/d) no Rio de Janeiro, e a Lacaniana, que tem sido desenvolvida principalmente por terapeutas de Minas Gerais e São Paulo (Benetton, 1991).

Estas correntes geralmente são mescladas assistematicamente na prática cotidiana de muitos terapeutas ocupacionais, com referenciais adquiridos

parcialmente nos cursos de graduação, ou então em cursos de especialização em áreas afins.

Isto corrobora com a análise feita por Costa, ao se referir aos discursos contemporâneos na área da Saúde Mental, como não sendo mútuos excludentes e respondendo concomitantemente a diversas finalidades.

Apesar das críticas que a psicanálise e os psicanalistas têm recebido, não resta dúvida que ela ainda tem se prestado como um importante arcabouço compreensivo das diferentes manifestações humanas não compreendidas por outros referenciais. Isto a torna um foco permanente e importante para instigar debates e gerar novas proposições no enfrentamento dos mais diversos problemas humanos. Mas isso também não quer dizer que não se utilize de suas formulações para fins os mais diversos e contraditórios, e como sustentação e justificativa para proposições ideológicas de caráter excludentes e punitivas ainda em nosso sistema.

A CONSTRUÇÃO DO NOVO PARADIGMA

Ao participar ativamente dos Movimentos Sociais que denunciavam e propunham formas alternativas de se conceder e tratar os doentes mentais, vários terapeutas ocupacionais se engajaram em projetos assistenciais transformadores, realizando modificações importantes nas práticas assistenciais

locais e, em conjunto com outros profissionais, têm podido reciclar e fornecer novas ferramentas para o enfrentamento das novas questões colocadas e para a criação de um novo paradigma para a Saúde Mental.

Em estudos realizados sobre recentes experiências alternativas à atenção ao doente mental, tais como as realizadas no município de Campinas no período de 1989 a 1991 (Medeiros, 1994), verificamos que a terapia ocupacional tem sido requisitada a participar.

Verificamos, no entanto, que os documentos oficiais contribuíram para estabelecer a sua inserção no contexto histórico e atual do atendimento público de saúde, mas não deram parâmetros da qualidade desta inserção. Nem mesmo o estudo da prática multiprofissional contribuiu para delinear a ação específica mais propícia da Terapia Ocupacional junto aos serviços públicos de Saúde Mental.

Estes estudos mostraram, entretanto que, embora compondo grupos de tarefas mais ou menos comuns, o que encontramos foram subjetividades que se uniram e distanciaram em torno de um projeto de transformação de uma dada realidade social, cujas mudanças implicavam redimensionar e alterar valores sociais profundamente arraigados em nossa sociedade.

Assim, a Terapia Ocupacional pode ser necessária neste processo de mudança, não só por se configurar numa profissão bastante eclética no modo de conceber e tratar seus clientes, mas porque potencialmente capaz de responder mais concretamente a esse sujeito construtor de sua

própria saúde, capaz de transformar a realidade em que vive, e que tem direitos.

Como saúde não é um estado estável e inatingível de bem estar físico, psíquico e social, mas sim um processo constante e dinâmico de alcançá-lo, a conquista dos meios concretos para sua realização passa ser o objeto concreto de intervenção dos profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, o terapeuta ocupacional, também como sujeito construtor da realidade em que vive, deverá rever sua “caixa de ferramentas”, no sentido de entendê-las e utilizá-las juntamente com seus clientes e demais profissionais de saúde, com o objetivo de lutar para conquistar e garantir os meios necessários para esta construção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENETTON, J., “**Trilhas Associativas - ampliando recursos na clínica da psicose**”, Lemos Ed., S.P. 1991.
- COSTA, J. F., Os interstícios da Lei, in: VÁRIOS, “**Saúde Mental e Cidadania**”, ed. Mandacaru e Plenários de Trabalhadores em Saúde Mental, S.P., 1987.
- FIDLER, S. e FIDLER, J. W., “**Occupational Therapy: a communication process in psychiatry**”, New York, MacMillan Publishing

Co., 1963, tradução de docentes da PUCCamp, mimeo.

LANCETTI, “Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental”, in: **Saudeloucura 1**, Ed. Hucitec. S.P., 1989.

MEDEIROS, M. H. R., “**A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a Terapia Ocupacional**”, tese de doutoramento em Saúde Mental, FCM, UNICAMP, 1994.

SILVEIRA, N., “**Terapêutica Ocupacional - teoria e prática**”, Casa das Palmeiras, R.J., s/d.